



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

O PERCURSO PARA A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Por

Ana Jorge Santos Marques

Porto, junho de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O PERCURSO PARA A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

***THE ROUTE TO THE EXCELLENCE OF NURSING CARE FOR PEOPLE
IN A CRITICAL SITUATION***

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

Por

Ana Jorge Santos Marques

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, junho de 2021

RESUMO

O presente relatório, realizado com base numa metodologia reflexiva e descritiva, surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, que é parte integrante da 13^a Edição do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Pretende expor o caminho trilhado durante os dois estágios finais, realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente Específica e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, abordando e refletindo sobre o crescimento pessoal e profissional desenvolvidos, e que permitiram a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na acima referenciada.

Após a introdução, o capítulo dois aborda as competências desenvolvidas previamente à realização desta Unidade Curricular e que serviram como alavanca para o resto do caminho. No capítulo três começou-se por contextualizar os diferentes locais de estágio, para de seguida, refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento de competências na área de especialização. Para isso, dentro de cada Domínio de Competências e para cada objetivo elencado, identificaram-se as atividades desenvolvidas em cada local de estágio e, conseqüentemente, as competências adquiridas. Por fim, realizámos uma análise global do caminho percorrido, englobada na conclusão.

Dentro das temáticas abordadas para melhorar os cuidados prestados no dia-a-dia e adquirir aptidões enquanto Enfermeira Especialista, destacamos o desenvolvimento de uma proposta de protocolo de Desmame Ventilatório e a análise na literatura sobre a humanização dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Acrescentámos ainda a pertinência sobre as reflexões críticas fundamentadas sobre a prática clínica na área de especialidade, que se traduziram em implicações para a prática profissional, demonstrando crescimento pessoal e profissional.

Durante este percurso foram desenvolvidas competências na abordagem à pessoa em situação crítica e/ou família/cuidador, demonstrando uma prática profissional, ética e legal; nas práticas de qualidade, nomeadamente em programas de melhoria contínua dos serviços; na prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos; na gestão de cuidados de enfermagem, antecipando instabilidades e risco de falência de órgãos; na gestão e liderança de recursos; e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, nomeadamente no autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica especializada em evidência científica atual.

Em suma, este caminho foi rico em experiências que possibilitaram não só a aquisição de competências, mas também o desenvolvimento crítico-reflexivo enquanto Enfermeira Especialista, o que se traduziu em implicações para a prática profissional, nomeadamente na abordagem à pessoa em situação crítica na sua globalidade.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Unidade de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

This report, based on a reflexive and descriptive methodology, appears within the scope of the Curricular Unit "Final Internship and Report", which is an integral part of the 13th Edition of the Master's degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation, of the Universidade Católica Portuguesa do Porto. It intends to expose the path trodden during the two final stages, carried out in a Specific Monovalent Intensive Care Unit and a Multipurpose Intensive Care Unit, addressing and reflecting on the personal and professional growth developed, and which allowed the acquisition of competencies as a Specialist Nurse in Surgical Medical Nursing in the above mentioned.

After the introduction, chapter two addresses the competencies developed before the realization of this Curricular Unit and that served as leverage for the rest of the way. In chapter three, we started by contextualizing the different internship sites and then critically reflecting on the process of developing competencies in the area of specialization. For this, within each Competence Domain and for each objective listed, the activities developed in each internship site and, consequently, the acquired competencies were identified. Finally, we carried out an overall analysis of the path taken, encompassed in the conclusion.

Within the themes addressed to improve the day-to-day care provided and acquire skills as an Expert Nurse, we highlight the development of a proposal for ventilatory weaning protocol and the analysis in the literature on the humanization of care for people in critical situations. We also added the relevance of the critical reflections based on clinical practice in the area of specialty, which resulted in implications for professional practice, demonstrating personal and professional growth.

During this course, competencies were developed in the approach to the person in a critical situation and/or family/caregiver, demonstrating a professional, ethical and legal practice; quality practices, in particular in programs for the continuous improvement of services; prevention, intervention, and control of infection and antimicrobial resistance; in nursing care management, anticipating instability and risk of organ failure; in the management and leadership of resources; and the development of professional learning, namely self-knowledge and assertiveness, based on clinical practice specialized in current scientific evidence.

In a sense, this path was rich in experiences that made it possible not only to acquire skills but also to critical-reflexive development as an Expert Nurse, which resulted in implications for professional practice, namely in the approach to the critical person as a whole.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Person in Critical Situation, Intensive Care Unit

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia por ter sido incansável no apoio e disponibilidade para
levar este sonho a bom porto.

À Professora Sabrina pelo acompanhamento no início deste percurso.

Ao Enfermeiro Sérgio Sousa, à Enfermeira Tânia Sousa, à Enfermeira Luciana
Moreira e ao Enfermeiro Gustavo Azevedo, pela partilha de conhecimentos e
experiências, bem como pela dedicação à minha aprendizagem.

À Sofia e à Patrícia por dividirem comigo os bons e maus momentos do meu
caminho. À Ana Catarina por ser a minha companheira nesta loucura. Aos
Boémios por acompanharem o meu caminho, festejando as loucuras.

À minha Família, por ser o meu pilar, suporte e retaguarda, sempre.

À Vó e ao Vú, por viverem comigo as alegrias e as conquistas alcançadas.

À minha Leonor, por fazer a minha vida mais colorida.

Às minhas Tias e Tios, Madrinha e Padrinho, por serem o exemplo de
crescimento pessoal e profissional, não descorando o apoio e incentivo
constante.

Ao meu Pai, por ser o meu modelo de luta e dedicação, incentivando-me
diariamente a ser mais e melhor, dando-me coragem para voar.

À minha Mãe, pelo amor incondicional, pelo colo de sempre, mas
principalmente por ser a minha fonte de inspiração.

A todos,

O meu sincero e honesto,

Obrigada.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

AARC - *American Association for Respiratory Care*

APA - *American Psychological Association*

BIS - Índice Bispectral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CISD - Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

CO₂ - Dióxido de Carbono

COVID - *Corona Virus Disease*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CVVH - Hemofiltração veno-venosa contínua

CVVHD - Hemodiálise veno-venosa contínua

CVVHDF - Hemodiafiltração veno-venosa contínua

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG - Escala de Coma de *Glasgow*

ECTS - *European Credit Transfer System*

EE - Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI - Emergência Médica Intra-hospitalar

END - Escala Numérica da Dor

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ETCO₂ - Fração expirada de CO₂

H – Horas

ICS-UCP - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

IHD - hemodiálise intermitente

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

NAS - *Nursing Activity Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PaCO₂ - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PaO₂ - Pressão Arterial de Oxigénio no sangue arterial

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRIS - *Propofol-Related Infusion Syndrome*

PS - Pressão de Suporte

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCP - Reanimação Cardiopulmonar

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SaO2 - Saturação de Oxigénio no sangue arterial

SCUF - ultrafiltração contínua lenta

SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TOT - Tubo Orotraqueal

TRE- Teste de Respiração Espontânea

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIE - Unidade de Cuidados Intensivos Especializada

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

VPN - *Virtual Private Network*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. ÍNICIO DO PERCURSO	21
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	25
3.1. Competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	28
3.2. Competências no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	44
3.3. Competências no domínio da Gestão dos Cuidados	52
3.4. Competências no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	57
4. CONCLUSÃO	73
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
6. APÊNDICES.....	87
APÊNDICE I – “A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”	89
APÊNDICE II – “PROPOSTA DE PROTOCOLO: DESMAME VENTILATÓRIO”	125
APÊNDICE III – PÓSTER: “BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE CAPNOGRAFIA NO DOENTE SUJEITO A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CONTEXTO EXTRA HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA”	153
7. ANEXO: CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO	157

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da 13ª Edição do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), é elaborado o presente relatório intitulado “O Percurso Para A Excelência Dos Cuidados De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica”. O título escolhido teve em consideração o caminho desenvolvido para adquirir essas competências, a fim de prestarmos cuidados mais significativos e de excelência à PSC. Desta forma, pretende-se analisar as competências adquiridas como Mestre e Especialista na área em destaque, bem como, descrever as atividades desenvolvidas durante a Unidade Curricular (UC) "Estágio Final e Relatório", e ainda, reportar todos os momentos relevantes do decorrer do curso.

Esta UC engloba um total de 840 horas (H) de trabalho, equivalendo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS), em que 360H são dedicadas à prática clínica em estágio, sendo as restantes horas dedicadas a trabalho individual, orientação tutorial e seminário. Os estágios descritos neste relatório decorreram entre 2 de Novembro de 2020 e 27 de Fevereiro de 2021, numa Unidade de Cuidados Intensivos Especializada (UCIE) do foro oncológico, sob orientação da Professora Doutora Ana Sabrina Sousa, e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho.

Como descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a excelência do exercício da profissão é considerada um princípio orientador da atividade destes profissionais (Lei n.º 156/2015), e assim, enquanto Enfermeiros devemos procurar ativamente prestar cuidados com qualidade à população. É também fundamental analisar regularmente a prática profissional, manter a atualização contínua dos conhecimentos, conjugar o uso da tecnologia disponível, e manter o foco na pessoa tendo em vista a sua globalidade. Enquanto Enfermeiros Especialistas (EE), devemos elevar a excelência dos cuidados prestados, refletindo criticamente sobre os mesmos, com base nas competências adquiridas, a nível científico, técnico e humano (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os cuidados na área da saúde englobando os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica (Regulamento n.º 140/2019). Olhando a Enfermagem como profissão, ao prestar cuidados a um ser humano, são ou doente, ao longo de todas as etapas do ciclo vital, e abrangendo todos os grupos sociais em que este está inserido, é imprescindível a diferenciação e especialização de quem a exerce (Decreto Lei n.º 161/96). Por outro lado, a Enfermagem é também uma ciência em desenvolvimento, englobando cada vez mais situações de cuidados complexos, sendo imperativo desenvolver um olhar crítico, proativo e mais abrangente, de forma a prestar cuidados de saúde de excelência.

Após trabalhar 3 anos como Enfermeira generalista em diferentes contextos clínicos, e mais recentemente num serviço de cirurgia num hospital do foro oncológico, surge a necessidade de investir no desenvolvimento do “eu” a fim de me tornar EE, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), é aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados" (Regulamento n.º 140/2019, pp.4744).

O EE revela um conhecimento aprofundado numa área específica de Enfermagem, atendendo às respostas humanas decorrentes dos processos de vida e problemas de saúde que necessitam de elevados e distintos níveis de julgamento clínico e de decisão, refletidos num conjunto de competências especializadas inerentes a um determinado campo de intervenção. De forma a promover o desenvolvimento da sua profissão, o Enfermeiro deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios, de forma fundamentada, incorporando na prática, os resultados de uma eventual investigação. O EE em EMC na área da PSC presta cuidados diferenciados a indivíduos que se encontram em falência ou disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de monitorização e terapêutica avançadas, necessitando, portanto, de equipas formadas para intervir de forma rápida e eficaz, diminuindo as possibilidades de sequelas, ou em última instância, evitar a morte. (Orio, 2017; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Assim, e em termos pessoais, a escolha da área da PSC surge por vários motivos: em primeiro lugar, por considerá-la profissionalmente aliciante e querer aprofundar os meus conhecimentos nesse contexto, mas também porque este tipo de utente surge em várias situações no âmbito da profissão, o que torna imperativa a necessidade de prestar cuidados de excelência, sendo o conhecimento um fator essencial para responder de forma capaz aos desafios com que me possa vir a deparar.

O caminho para o desenvolvimento destas competências, foi iniciado com o estágio do segundo semestre, na UC "A PSC em Família - Vigilância e Decisão Clínica", realizado num Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica, onde vivenciei diferentes experiências, que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto EE. Essa experiência possibilitou ainda, o aprofundamento de outras temáticas, tais como, Qualidade e Segurança dos Cuidados, Controlo de Infecção, e ainda outras questões relacionadas com a atualidade atípica que estamos a vivenciar, provocada pela pandemia de *Corona Vírus Disease* (COVID) 19.

Posteriormente, iniciando a UC "Estágio Final e Relatório", desenvolvi estágio numa UCIE do foro oncológico e numa UCIP. A escolha de realizar os estágios nestes locais prendeu-se com a vontade de continuar a desenvolver conhecimentos na área da PSC, direcionando a aprendizagem para o utente em falência multiorgânica, que necessita de medidas técnicas, invasivas, e de diagnóstico e terapêutica para a manutenção da vida, conjugando com a área em que exerço e que me cativa diariamente - a oncologia. Escolhi assim dois serviços que visam a excelência da prática baseada na evidência científica mais recente, promovendo a aplicação de protocolos e normas institucionais, e investindo na área do controlo de infeção e gestão de serviço.

A elaboração deste documento teve por base uma metodologia descritiva e reflexiva, recorrendo ao plano de estudos delineado para a UC, aos regulamentos da OE referentes às competências do EE, ao projeto de estágio realizado anteriormente e à pesquisa bibliográfica de diferentes temáticas, espelhando, dessa forma, o meu percurso de aprendizagem. De forma a ser mais facilmente compreendido, foi dividido em 6 capítulos, nomeadamente:

introdução, contextualização do local de estágio, análise de competências desenvolvidas, conclusão, bibliografia, apêndices e anexo.

Em suma, o presente Relatório de Estágio tem como objetivos principais:

- Descrever as atividades desenvolvidas a fim de cumprir os objetivos propostos;

- Explanar o percurso realizado bem como, os objetivos atingidos;

- Refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas;

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association (APA)*, 6.^a edição, tendo sido redigido à luz do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

2. ÍNICIO DO PERCURSO

O caminho para a aquisição de competências enquanto EE iniciou-se com a UC "A PSC em Família - Vigilância e Decisão Clínica" realizada num SU Médico-Cirúrgica. Este mostrou-se um contexto de estágio enriquecedor, não só pelas diversas experiências vivenciadas, mas também pelo contacto com profissionais experientes e detentores de um conhecimento diferenciado e alicerçado na evidência científica. Neste capítulo, pretendemos descrever de forma sumária as diferentes atividades realizadas e as competências adquiridas, que serviram como alicerce para os estágios seguintes. A ideia principal é fazer um enquadramento das principais aprendizagens e contributos deixados no serviço que traçaram de fato o início do percurso rumo à especialização em EMC.

Uma vez que os estágios foram realizados durante um período de situação pandémica, causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi necessário avaliar qual o produto mais indicado para utilizar durante a prestação de cuidados ao doente infetado ou com possibilidade de infeção, trabalhando-se, desde logo, a nível do Controlo de Infeção. Uma vez que a desinfeção das luvas era realizada com *Sterillium*® ou Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), foi necessário compreender qual o produto mais adequado para utilizar nestes procedimentos.

Segundo Garrido-Molina *et al.* (2021), a infeção causada pelo vírus SARS-CoV-2 é transmitida principalmente através de gotículas respiratórias e contacto físico, tornando a desinfeção de objetos e a lavagem das mãos essenciais para evitar a propagação desta doença. De acordo com o estudo realizado por estes autores, acerca da desinfeção das luvas durante o surto de coronavírus, percebe-se que existem diversas situações em que os profissionais de saúde usam luvas para realizar vários procedimentos ao mesmo doente, o que obrigaria a que as luvas fossem removidas com frequência, as mãos desinfetadas e um novo par de luvas fosse colocado. Nestes casos, em tempos de escassez de recursos materiais e humanos, a desinfeção de luvas pode ser uma alternativa viável.

O álcool a 70° funciona como desinfetante, isto é, pode ser aplicado na superfície não viva para destruir os microrganismos que vivem nesses objetos (Mcdonnell & Russell, 1999). O SABA e o *Sterillium*® atuam como antissépticos,

isto é, são utilizados para degradar ou inibir a proliferação de micro-organismos presentes na superfície da pele e mucosas, nomeadamente as mãos, não podendo ser utilizados em superfícies ou objetos (Paul Hartmann, 2020; Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD).

Com base na evidência científica recolhida e face a esta necessidade, foi realizado contacto com a Enfermeira de referência do serviço para o Controlo de Infecção e com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Posteriormente a serem disponibilizados recipientes com álcool a 70°, os profissionais de saúde começaram a realizar a desinfeção do segundo par de luvas com álcool a 70°. Ao realizar questões verbais de forma aleatória aos colegas, compreendemos que apesar destes terem conhecimento deste procedimento e da sua importância, a elevada afluência de utentes ao serviço e a escassez de recursos humanos levava a que por vezes esta indicação fosse colocada em segundo plano.

Além disso, e através da observação dos cuidados prestados, tomou-se consciência de que existia uma falha na partilha de informação acerca de erros, incidentes e sugestões de melhoria vivenciadas pelos Enfermeiros do SU, o que impedia uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Dessa forma, surgiu a possibilidade de implementar um processo de oportunidade de melhoria no SU, compilando toda a informação sobre a segurança de cuidados de Enfermagem numa plataforma eletrónica de acesso a todos os enfermeiros do serviço.

Nesta estratégia, estão presentes pontos relevantes dos 10 itens da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), possibilitando a descrição do risco que os Enfermeiros identificaram durante a sua prática. Na plataforma, existe ainda a possibilidade de referir medidas a implementar, a fim de evitar o acontecimento de um evento adverso. Esta plataforma como anónima a nível de autoria e visível por todos os Enfermeiros, permitia um conjunto de informações e complementaridade de ideias, levando a um crescimento da cultura de segurança, e em última linha, a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Para concretizar esta estratégia, inicialmente foi necessário realizar uma pesquisa sobre a evidência científica mais recente sobre a temática. Posteriormente, para partilhar essa informação com os colegas, foi estruturado um plano de sessão, e concretizada a formação “Qualidade e Segurança: O papel ativo do Enfermeiro”. Também foi enviado um Questionário de Avaliação Pedagógica via correio eletrónico para todos os Enfermeiros, onde foi possível compreender que os colegas consideraram os conteúdos da sessão úteis e interessantes, argumentando que os conhecimentos adquiridos serão aplicáveis na sua função.

Durante a realização do estágio foi detetada uma outra necessidade, dada a ausência de identificação/ símbolo de alerta no doente com alergias conhecidas, promovendo a existência de erros e incidentes críticos. Os Enfermeiros, pelo contacto permanente com os doentes, têm o dever de registar as alergias e as reações adversas no processo do utente (Norma n.º 002/2012). Assim, com base na evidência científica encontrada foi realizada uma proposta de norma para o SU. Perante a exposição da norma à Enfermeira Tutora e ao Enfermeiro Chefe, estes consideraram que esta poderia contribuir para evitar eventos clínicos graves evitáveis associados ao contacto do doente à alergia já conhecida, dando um *feedback* positivo à intervenção.

Durante o estágio, existiu ainda a possibilidade de colaborar na abordagem à PSC em diferentes realidades, tendo em conta a multiplicidade de situações e experiências vivenciadas. A concretização destas atividades contribuiu para o desenvolvimento de diferentes competências, nomeadamente:

- Desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica;
- Prestação de cuidados ao indivíduo e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, integrando a dinâmica funcional do SU, colaborando nos cuidados à pessoa em situação emergente, de forma eficaz, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No final da década de 50 surgiram as primeiras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) em Portugal, através da criação de áreas distintas nos hospitais, que nascem com o objetivo de satisfazer as necessidades das pessoas em risco de vida por patologias ou lesões agudas, (Paiva *et al.*, 2017). A Medicina Intensiva é uma área multiprofissional e multidisciplinar "que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave, potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)" (Penedo *et al.*, 2013, pp.30).

A UC "Estágio Final e Relatório" engloba a prática clínica em estágio, trabalho individual, orientação tutorial e seminários. Os estágios decorreram entre 2 de novembro de 2020 e 27 de fevereiro de 2021, numa UCIE do foro oncológico e numa UCIP, com Enfermeiros Tutores, Mestres em Enfermagem e com especialização em EMC.

Segundo o Regulamento n.º 361/2015, a qualidade da prestação de cuidados de Enfermagem na área da PSC torna-se num grande desafio. Desta forma, para adquirir competências nesta área é necessário vivenciar diferentes experiências e posteriormente refletir sobre as mesmas. Este caminho tornou possível o desenvolvimento não só de uma forma de pensar, mas também o desenvolvimento da capacidade de cuidar da pessoa e família em situação crítica, incrementando uma maneira de pensar e agir mais aprimorada e capaz nos cuidados à pessoa e família em situação crítica.

Neste capítulo, iniciaremos por realizar uma breve contextualização dos locais de estágio, para de seguida refletir sobre as competências adquiridas nos mesmos.

Primariamente, a prática clínica foi realizada numa **UCIE** do foro oncológico, entre 2 de novembro de 2020 e 6 de janeiro de 2021. Esta caracteriza-se como unidade nível II, tem capacidade de monitorizar a PSC de forma invasiva e de manter o suporte de funções vitais, mas sem acesso a todos os meios de diagnóstico necessários, nem a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (Paiva *et al.*, 2017; Penedo *et al.*, 2013).

Assim, esta unidade presta cuidados à pessoa com patologia oncológica que se encontra em estado grave, com necessidade de suporte das funções vitais. É constituído por 9 unidades, 2 delas em quartos de isolamento. A sala de trabalho encontra-se no centro da unidade, o que possibilita uma observação de todas as unidades, com a possibilidade de câmaras de vigilância para os quartos de isolamento. Esta estrutura aberta possibilita o contacto visual permanente com os doentes, levando a um maior nível de observação, vigilância e qualidade na prestação dos cuidados, particularmente de Enfermagem. Na UCIE, existia uma complementaridade de funções dos diferentes profissionais de saúde, sendo que o trabalho de reabilitação era realizado pela equipa de fisioterapeutas da instituição.

O segundo estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (**UCIP**) no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) num hospital do norte do país, entre o dia 7 de janeiro de 2021 e 27 de fevereiro de 2021. Está qualificada como unidade nível III, pois tem acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica diferenciados, englobando ainda medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino (Paiva *et al.*, 2017; Penedo *et al.*, 2013).

Tendo em conta a pandemia vivenciada, a UCIP adotou uma estrutura própria para dar resposta eficaz às necessidades dos clientes SARS-CoV-2 positivos e negativos. No momento da realização do estágio, a UCIP encontrava-se subdividida em dois espaços, SMI 1 e SMI2. O primeiro era constituído por 9 unidades, 4 destas em estrutura aberta, com a sala de trabalho no centro da unidade, o que possibilitava a visualização de todos os clientes. Existiam ainda 5 unidades em isolamento físico, com possibilidade de alterar a pressão existente no quarto. Todas as unidades possuíam monitorização, invasiva e não invasiva, com ligação direta aos monitores de vigilância que se encontravam no balcão de trabalho. O SMI2, constituído por 11 quartos de isolamento com pressão negativa para clientes SARS-CoV-2 positivos, possuía uma sala de trabalho no centro da unidade, com câmaras de vigilância para cada quarto. Também aqui existia monitorização semelhante à indicada para a SMI1.

Na UCIP, os Enfermeiros de Reabilitação realizam um trabalho essencial, a nível da parte motora, mas também na maximização da funcionalidade do indivíduo, desenvolvendo as suas capacidades, e tendo um papel fundamental no desmame ventilatório da pessoa em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Estas competências estão descritas no Regulamento n.º 392/2019.

Com a realização de um turno a observar e colaborar com o EE em Enfermagem de Reabilitação, foi possível compreender as diferentes dinâmicas da equipa da UCIP. Ao compreender o papel de cada EE no serviço, percebemos que as diferentes especialidades se complementam, sendo possível realizar um trabalho inter e multidisciplinar dentro da Enfermagem, obtendo ganhos na qualidade de saúde da pessoa.

Como ciência em permanente evolução, a Enfermagem possibilita um constante desenvolvimento de conhecimentos e experiências, tornando a aprendizagem de competências um caminho contínuo. Para isso, é necessário investir na prática sustentada por reflexão crítica, a fim de evoluir de forma permanente a prática clínica, e conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE, os cuidados na área da saúde, englobando os cuidados de Enfermagem, apresentam uma maior relevância na atualidade, bem como exigência técnica e científica (Regulamento n.º 140/2019). Assim, o EE apresenta um saber aprofundado, numa área específica, sendo-lhe reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem através de uma abordagem especializada (Regulamento n.º 140/2019). A aquisição de competências acontece pela aprendizagem de experiências e transmissão das mesmas, nos contextos de cuidados, conjugando com o conhecimento científico e tecnológico. Com a reflexão sobre as aprendizagens vivenciadas possibilitamos a evolução de conhecimento clínico, atingindo assim um aperfeiçoamento da prestação dos cuidados (Benner, 2011).

Com a finalidade de adquirir, de forma contínua, competências no âmbito da especialidade em EMC na área de Enfermagem à PSC, tivemos como base para estruturar o relatório, o Regulamento das Competências Comuns do EE da OE

(Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento de Competências Específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC da OE (Regulamento n.º 429/2018), o Decreto-Lei n.º 65/2018 e os objetivos da UC presentes no plano de estudos do curso.

Segundo a OE, no Regulamento n.º 140/2019 está descrito que para a atribuição do título de Especialista é necessário obter um conjunto de competências consequentes de domínios comuns, bem como competências específicas da área de especialidade em foco, credenciando o profissional de Enfermagem de conhecimento e capacidade para que este seja capaz de dar resposta às necessidades em diferentes contextos.

A fim de atingir competências na área de especialidade, foi essencial traçar os objetivos a alcançar durante a realização do estágio. As definições prévias de objetivos previamente servem como ponto de referência, promovendo uma autorreflexão constante sobre o percurso decorrido. Durante o decorrer da prática clínica, existiram adequações dos objetivos e do projeto anteriormente realizado, de forma a adaptar os mesmos aos contextos de estágio.

De seguida, serão apresentados, em cada domínio das competências comuns do EE, definidos no Regulamento n.º 140/2019 da OE, os objetivos atingidos, apresentados em *itálico e sublinhados*. Para cada objetivo, analisam-se criticamente as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, enumerando-as a **negrito**, por ordem cronológica. Por fim, em cada subcapítulo, descrevem-se as competências adquiridas ao longo deste percurso.

3.1. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, ponto 1). Assim, enquanto exercem as suas funções, os Enfermeiros, enquanto exercem as suas funções, devem utilizar uma “conduta responsável e ética e

atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 8.º, ponto 1). Podemos assim, constatar que Enfermagem não só engloba uma componente própria de conhecimento científico e técnico, como também se rege por princípios éticos e legais que devem ser respeitados pelos profissionais de Enfermagem. Como se apresenta descrito no Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015), no âmbito da Deontologia Profissional, o Enfermeiro tem como dever em geral, exercer Enfermagem com base no conhecimento científico e técnico adequado, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar das pessoas, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A fim de adquirir competências neste domínio, o EE necessita de demonstrar um exercício seguro a nível profissional e ético, empregando as suas capacidades de tomada de decisão com base nos princípios éticos e na sua deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019).

Neste sentido, reflete-se sobre o desenvolvimento de competências nesta área, em cada um dos momentos de estágio, de acordo com os objetivos delineados previamente:

Objetivo 1: Desenvolver uma prática de cuidados que respeite a dignidade humana e as responsabilidades profissionais.

Os cuidados de Enfermagem são realizados com base nos valores universais da relação profissional e nos princípios orientadores da prática deste exercício, para que assim possam ser realizadas intervenções tendo em conta a liberdade e a dignidade não só da pessoa, como também do profissional de Enfermagem. Utilizando uma ordem cronológica em relação aos estágios realizados, iremos de seguida descrever as atividades executadas a fim de atingir o objetivo proposto.

No estágio realizado na **UCIE**, refletimos sobre o respeito pela privacidade. Como está descrito na Lei n.º 156/2015, o Enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa, salvaguardando sempre a sua privacidade e intimidade. Por um lado, na UCIE, a passagem de turno dos Enfermeiros acontece junto à unidade do cliente, pelo Enfermeiro responsável por este ao colega que o vai substituir. É necessário ter em conta que nem todos os clientes presentes na

UCI estão com estado de consciência comprometido e por vezes, as informações de um cliente podem ser escutadas por outro.

Consoante o referido pela OE (2001a) no parecer sobre as passagens de turno na unidade dos clientes, os Enfermeiros devem ter em atenção alguns aspetos relevantes, nomeadamente a confidencialidade e privacidade da pessoa. Foi discutido com o Enfermeiro Tutor e concluímos que mesmo existindo a passagem de turno na unidade do cliente, parte dessa informação deveria ser complementada *à posteriori*, de forma a manter a privacidade da pessoa. Concluímos que é positivo a UCI ter uma estrutura aberta, existindo uma visualização ampla de todos os clientes, porém, em alguns momentos, pode ser colocada em causa a sua privacidade e intimidade.

Assim, foi possível compreender que estes momentos poderiam ser protegidos, caso existissem pequenas mudanças no comportamento dos profissionais. Foram partilhadas com a equipa de Enfermagem, algumas estratégias que poderiam ser implementadas, tais como adotar uma postura de respeito pelas crenças e preferências de cada pessoa, alterar a intensidade da voz quando são transmitidas certas informações, moldando a forma da comunicação face aos assuntos abordados. Após a exposição e partilha destas questões à equipa de Enfermagem, foi notória uma alteração de comportamentos, provocada pela reflexão sobre a temática.

Sendo uma UCIE do foro oncológico, alguns dos casos que tive oportunidade de acompanhar desenvolveram-se pela consequência de recidivas e progressão da doença. No fim de vida, ou quando estamos perante uma situação onde a cura já não é possível, é necessário discutir em equipa multidisciplinar, qual poderá ser a melhor opção que irá contribuir para o bem-estar da pessoa. Face a isto, questionamo-nos qual o papel do Enfermeiro Mestre em EMC, nomeadamente ao abordar uma pessoa nesta situação, em ambiente de uma UCI, tendo sido este um tema de reflexão com o Enfermeiro Tutor.

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2021), este tipo de cuidados tem que ser integrado no sistema de saúde, pois são uma solução indispensável às necessidades das pessoas a vivenciar processos de fim de vida. Nestes momentos, nomeadamente numa UCI, é preciso compreender

quais os procedimentos que devem parar e os que devem continuar tornando-se complicado para os profissionais de saúde tomarem decisões. É necessário refletir sobre estas questões, para que os profissionais prestem um cuidado direcionado à humanização dos cuidados ao longo de todo o processo.

Um instrumento de apoio aos profissionais em diferentes áreas que já demonstrou melhorar a qualidade dos cuidados prestados, como também a atitude e coordenação da equipa é o *Gold Standards Framework* (GSF) (GSF, 2017). Esta ferramenta auxilia o profissional a tomar consciência da condição de fim de vida do doente, e permite identificar precocemente e antecipar as necessidades das pessoas em fim de vida, para que se possa intervir com base no bem-estar da pessoa, tendo em conta todas as estruturas em que este está integrado (GSF, 2017).

Com base no GSF (2017), é possível identificar as intervenções que são necessárias e que dão resposta às necessidades do doente, bem como as que irão prejudicar o seu bem-estar e que não se justificam, nesta fase.

Como EE em EMC, o profissional de Enfermagem tem uma voz ativa nesta decisão, embora, em última instância, seja uma deliberação médica. Durante o estágio existiram *briefings* com o Enfermeiro Tutor sobre a necessidade de substituição de dispositivos ou realização de tratamento a feridas, a pessoas em fase agónica. Refletimos sobre o benefício de submeter a pessoa a um tratamento que não iria alterar o seu estado, e que, por outro lado, até poderia provocar-lhe sofrimento ou desconforto. É necessário ponderar muito bem os cuidados e refletir sobre a necessidade de certas intervenções, trabalhando no desenvolvimento de sensibilidade para estes assuntos.

Na prestação de cuidados à pessoas em fase agónica, englobando a sua família, os Enfermeiros devem incidir as suas intervenções na garantia da dignidade, conforto e bem-estar holístico da pessoa. Nestes casos, enquanto profissionais, necessitamos de refletir sobre os princípios da beneficência e não-maleficência, não sendo fácil a sua aplicação. Como descrito no Parecer nº 11/CNECV/1995 sobre os cuidados de saúde na pessoa em fim de vida, caso exista alguma esperança de que a pessoa possa melhorar de forma a obter uma qualidade de vida superior, devemos seguir o princípio da beneficência. Porém,

caso não exista essa possibilidade de cura, devemos cuidar a pessoa de forma a que este alcance o maior conforto e bem-estar, não só físico, como também psíquico e afetivo, a fim que este tenha uma morte digna (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1995). Segundo o Parecer CJ 036/2002, numa pessoa em estado terminal deve existir a preocupação, por parte da equipa de enfermagem, de promover a qualidade de vida, garantindo os cuidados de acompanhamento de suporte, respeitando sempre a dignidade de cada pessoa, cumprindo as regras da ética e deontologia profissional, e considerando expectativas e necessidades do paciente (OE, 2002).

Assim, em reflexão com o Enfermeiro Tutor, percebemos que o EE na sua atuação é diariamente confrontado com questões complexas, e que na sua prática necessita de direcionar a atenção para a preservação da dignidade humana, aceitando a vulnerabilidade das PSC, principalmente em situações de fim-de-vida. Desta forma, respeitando a autonomia da pessoa, necessita de construir uma harmonia entre o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência.

Considerando agora o estágio na **UCIP**, surgiu a necessidade de pensar sobre os cuidados prestados e a sua complexidade, face ao elevado risco de complicações para a pessoa. Os utentes presentes nas UCI encontram-se frequentemente com um nível de consciência comprometido, incapazes de manter uma cognição efetiva para a tomada de decisão. Nestes casos, na ausência da família, ou de diretiva antecipada de vontade, ou da existência de um representante legal, essa necessidade de tomada de decisão transfere-se para o seio da equipa de saúde que necessita de ponderar diversos fatores, compreendendo se o benefício irá ser superior aos riscos que a pessoa corre.

Como descrito por Nunes (2009), na impossibilidade de determinar qual seria a vontade da pessoa, na base do conhecimento existente, a equipa de saúde com a estreita participação da família, deve tomar a decisão de acordo com o melhor interesse da pessoa. Exemplo disso foi uma situação existente neste estágio, onde um utente infetado com SARS-CoV-2 com diagnóstico de pneumonia à entrada na UCIP, instável a nível hemodinâmico, tinha sido proposto para *prone position*.

Como descrito por Ghelichkhani & Esmaeili (2020), o vírus SARS-CoV-2 pode provocar pneumonia, que em várias pessoas, evolui para edema pulmonar, falência de vários órgãos e Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA). Segundo este estudo, a *prone position* melhora a ventilação, melhorando as trocas gasosas e recuperando algumas vias aéreas que não estavam a ser ventiladas. Concordando com esta informação, as diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* e da Organização Mundial da Saúde (OMS) referem que em situações de Síndrome de Pneumonia Aguda Grave, existem benefícios da posição em decúbito ventral, recomendando esta posição por períodos de 12h-16h por dia, em adultos com COVID-19 (Alhazzani *et al.*, 2020; World Health Organization, 2020). Relativamente a esta intervenção, existem riscos associados, tais como o de extubação durante o posicionamento, aparecimento de úlceras de pressão, exteriorização de equipamentos e instabilidade hemodinâmica (Lucchini *et al.*, 2020).

Com o Enfermeiro Tutor e em equipa multidisciplinar, refletimos sobre o benefício para a pessoa e o risco associado a este posicionamento. O cliente foi colocado em *prone position* mas entrou em paragem cardiorrespiratória (PCR), com necessidade de executar manobras de reanimação em decúbito ventral. Reverteu o quadro, porém voltou a entrar em PCR e acabou por falecer. Posteriormente a esta situação, refletimos com o Enfermeiro Tutor, concluindo que com base na evidência atual, agimos em conformidade com a melhor possibilidade de sobrevivência para a pessoa, dado o estado avançado de diagnóstico de entrada na UCI.

Por outro lado, segundo Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015), o Enfermeiro, enquanto responsável pela humanização dos cuidados de Enfermagem, tem o dever de prestar cuidados mantendo a atenção à pessoa como um todo, que se encontra inserido numa família e numa comunidade.

No estágio decorrente na UCIP, tivemos a oportunidade de contactar com uma estratégia da equipa de saúde, englobada na humanização dos cuidados, onde o Enfermeiro tem um papel fundamental, não só junto da pessoa, como também junto da sua família: a consulta de *follow up*. No período pós-alta de uma UCI, pode surgir uma complicação - Síndrome Pós Internamento em

Cuidados Intensivos (SPICI), que afeta não só a própria pessoa, como também a sua família, podendo provocar consequências físicas, psicológicas ou cognitivas (Scruth, 2014). Esta complicação levou a que a equipa de saúde desenvolvesse uma consulta de *follow up*, com o objetivo de prevenir, identificar e/ou intervir no SPICI.

Esta estratégia engloba uma avaliação de risco para SPICI em diferentes momentos: nas primeiras 24H de permanência na UCI; aquando da alta da UCI; uma semana após a alta da UCI; no momento em que a pessoa tem alta hospitalar e/ou um mês após a alta da UCI; e passados 3 meses da alta da UCI. Esta intervenção tem como principal objetivo fazer o acompanhamento dos doentes e suas famílias, mesmo após a alta, de forma a que estes consigam ter os recursos adequados à adaptação à fase pós-internamento em UCI, possibilitando uma recuperação física, psicológica e emocional.

Durante o estágio surgiu a possibilidade de assistir a várias consultas de *follow up*, o que nos possibilitou uma perspetiva diferente das vivências da pessoa e da família. O Enfermeiro tem um papel fundamental nesta consulta, não só por acolher a pessoa e o familiar juntamente com o médico, mas por ser o profissional de saúde que permanece mais tempo com o utente, conhecendo-o melhor, assim como às suas necessidades. Posteriormente, o médico acompanha a pessoa e o Enfermeiro avalia o familiar, auscultando como este caracteriza a sua qualidade de vida, quais as dificuldades que estão a vivenciar e quais as estratégias que utiliza para as ultrapassar. Tendo em conta a atualidade vivenciada pela pandemia, estas consultas foram realizadas via telefone, pelo que pudemos acompanhá-las, com a respetiva autorização prévia dos intervenientes.

De seguida, foi possível refletir com o Enfermeiro responsável pela consulta acerca dos benefícios para a pessoa enquanto ser biopsicossocial, concluindo que o profissional de Enfermagem tem um papel ativo na reinserção e adaptação a esta transição. Concordamos com o descrito por Farley, Eastwood & Bellomo (2016) no estudo que avaliou a incidência e gravidade de SPICI em pessoas pós VMI prolongada e as suas opiniões sobre consultas de *follow up*, que consideram o seguimento algo benéfico para a sua recuperação. Segundo este estudo, no

acompanhamento a longo prazo, os utentes relataram comprometimento da qualidade de vida. Os autores defendem que as consultas de *follow-up* têm um papel essencial no reconhecimento de necessidades ao longo da recuperação, nomeadamente sequelas causadas pelo internamento na UCI.

Ainda no estágio decorrente na UCIP, no âmbito da humanização dos cuidados, a intervenção “Diário do Doente” é a demonstração de uma prestação de cuidados direcionada à pessoa numa UCI. Tendo em conta a atualidade pandémica, esta intervenção não estava a ser executada aquando da realização do estágio. Porém, em discussão com o Enfermeiro Tutor foi possível compreender que o diário era um documento construído com a participação de todos os profissionais e com o contributo das famílias. Esta intervenção realizada durante o internamento na UCI, tinha como objetivo ajudar a pessoa a compreender o percurso decorrido.

Segundo Jones *et al.* (2010), o fornecimento de um diário na UCI foi associado a uma redução na incidência de SPICI. Este estudo randomizado, realizado em seis hospitais gerais e seis hospitais universitários em seis países europeus, avaliou o efeito que o diário tinha em pessoas internadas em UCI mais de 72H, face ao desenvolvimento de SPICI. Assim, as pessoas admitidas para o estudo, receberam o diário um mês após a alta da UCI e a avaliação final do desenvolvimento do SPICI foi realizada após 3 meses. Segundo os autores, o *feedback* foi positivo, sendo sugerido que esta intervenção represente um primeiro passo relevante para ajudar a PSC a aceitar as suas experiências durante o internamento.

Num estudo retrospectivo observacional, que decorreu entre 2014 e 2017, numa UCIP, Tavares et al. (2019) avaliaram a satisfação e preferências dos utentes com diário em cuidados intensivos. Perante a avaliação da satisfação de 55 utentes, o estudo conclui que 65,5% dos inquiridos ficaram totalmente satisfeitos, sendo que os autores sugerem a realização do diário em todos os utentes internados em UCI sedados por 3 ou mais dias.

Objetivo 2: Promover uma prática baseada na evidência, adotando um papel ativo na investigação em Enfermagem.

Perante os avançados tecnológicos da atualidade, compreende-se cada vez mais a necessidade de fundamentar a prática clínica com evidência científica recente e atual. Para a evolução e afirmação da Enfermagem, enquanto ciência e profissão, os Enfermeiros têm um papel crucial na produção de investigação científica, tanto no papel de autores, como no papel de procuradores de conhecimento.

Dado a situação pandémica atual, os ambientes vividos nas UCI remetem os cuidados para a tecnologia e para a segurança dos intervenientes, desviando, por vezes, a atenção da humanização na prestação de cuidados. Na UCIP, foi possível compreender que existe uma crescente preocupação em investir em cuidados humanizados, dado que a prestação de cuidados de saúde de qualidade passa obrigatoriamente pela sua humanização. Explorar o conceito de “humanização” na Enfermagem é analisar o seu instrumento de trabalho, ou seja, o cuidado (Corbani, Brêtas & Matheus, 2009). Perante a instalação da pandemia de COVID-19, esta necessidade tornou-se um desafio para as equipas de saúde.

Segundo Fortin (1996), a investigação exerce um papel indispensável na determinação de um alicerce científico para conduzir a prática de cuidados. Portanto, tendo em conta esta problemática e o ênfase na qualidade dos cuidados em saúde, elaboramos a seguinte questão: Quais os aspetos identificadores da humanização dos cuidados de Enfermagem à PSC, internada numa UCI? Desta forma, pretendemos descrever a evidência científica produzida sobre os parâmetros pertinentes na prestação de cuidados de Enfermagem, para exercer uma prática mais humanizada, na abordagem à PSC, no contexto de uma UCI.

Posto isto, partimos para a realização de uma revisão da literatura, ou seja, um processo que engloba o registo e o exame crítico de diferentes publicações relevantes sobre uma certa temática (Fortin, 1996). Esta revisão justifica-se pela necessidade de aprofundamento sobre o tema em estudo, cujos resultados poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC colocando em ênfase a humanização dos cuidados, tornando-se essencial perante a pandemia vivida atualmente e encontra-se em apêndice (Apêndice I).

Começamos por percorrer um processo lógico para a consulta das referências, tendo por base as indicações descritas por Fortin (1996). Inicialmente, clarificamos o assunto de investigação, enunciando um problema anteriormente descrito, identificando também o objetivo do estudo: analisar a literatura encontrada sobre os aspetos identificadores da humanização dos cuidados de Enfermagem à PSC, internada numa UCI.

Posteriormente, recorrendo aos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS), encontramos os descritores mais apropriadas para a investigação: “*Humanization*”, “*Nursing Care*” e “*Intensive Care Unit*”. De seguida, estabelecemos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa, descritos de seguida no relatório. De forma sistemática, organizámos os dados resultantes da pesquisa e, finalmente, realizámos a análise e discussão dos resultados obtidos. Para esta revisão da literatura, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados científicas *Esbco* e *B-on* (com a *Virtual Private Network* (VPN) da Universidade), recorrendo aos descritores previamente definidos, realizando uma equação com o operador booleano “and” para cruzar os descritores: “*Humanization and Nursing Care and Intensive Care Unit*”.

Assim, da pesquisa resultou um total de 685 artigos, que foram submetidos a um teste de relevância constituído por 3 critérios de inclusão: (i) espaço temporal entre 2016 e 2021, (ii) Analisado por Pares e (iii) Texto integral. Para além disso foram estabelecidos 3 critérios de exclusão nomeadamente artigos referentes (i) a crianças, (ii) a grávidas e (iii) estudos com animais, resultando 139 artigos. Após a remoção de duplicados, obtiveram-se 54 artigos para análise. Na avaliação dos artigos tiveram-se em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação, e o facto de abordarem os cuidados de Enfermagem na valorização da humanização durante a abordagem à PSC que se encontra numa UCI. Assim, pela leitura do título e resumo excluíram-se 32 artigos, restando 22 artigos para leitura do texto integral. Obtiveram-se então 7 artigos para elaboração da síntese científica e análise crítica dos resultados.

Tendo como linha orientadora o estudo de Rojas (2019), adequamos os temas à pesquisa efetuada, realizando uma discussão de resultados abrangente. Assim, definimos 6 temáticas para sistematizar os resultados obtidos:

humanização como conceito complexo, ambiente de uma UCI, enfermeiros como agentes da humanização de cuidados, família como elemento ativo na humanização dos cuidados, comunicação como estratégia de humanização e humanização nos cuidados após a morte numa UCI.

- Temática 1: Humanização Como Conceito Complexo:

Num estudo qualitativo de Santos *et al.* (2018) foi analisada a percepção dos Enfermeiros intensivistas sobre a assistência humanizada no Brasil. O instrumento de recolha de dados consistiu numa entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas, que foi aplicada a dez enfermeiros nos meses de setembro e outubro de 2016. Os autores concluíram que a amostra reconheceu a importância de existir uma visão holística da PSC para direcionar os cuidados à pessoa de uma forma integral, compreendendo assim que humanizar é mais do que conversar, ou ter atitudes bondosas e carinhosas. É algo amplo e complexo, abrangente e dinâmico. Estes referem ainda que é um processo que envolve os diferentes agentes inseridos no contexto, os profissionais de saúde, utente e familiares.

Também Sanches *et al.* (2016) realizaram um outro estudo no mesmo país, com vista à compreensão da percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado numa UCI, utilizando uma amostra de 13 profissionais de saúde que exercem nesse serviço, num hospital universitário na região norte do estado do Paraná. A recolha dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, e os resultados foram no mesmo sentido do estudo anterior, ou seja, a amostra considera que o conceito de humanização pode ser visto como a procura incessante do conforto físico, psíquico e espiritual da pessoa, família e profissionais de saúde. A humanização é vista como conceito polissêmico devido a todas as definições variáveis que pode ter.

- Temática 2: Ambiente De Uma Unidade De Cuidados Intensivos:

Nos diferentes estudos foi constante a reflexão sobre as características peculiares de uma UCI. Um estudo de abordagem qualitativa fundamentado na fenomenologia hermenêutica de Fernandes & Silva (2016), utilizou uma amostra intencional de dez profissionais de Enfermagem que cumprissem os critérios de inclusão, nomeadamente que exercessem na UCI há mais de dois anos e

desejassem participar no estudo, por meio de entrevistas abertas, no período de outubro a dezembro de 2014. Os autores pretenderam conhecer os significados do cuidado de Enfermagem à família numa UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal a partir das vivências dos Enfermeiros. Os autores concluíram que a representação social da UCI está culturalmente ligada a conceitos como o sofrimento, a gravidade e a morte.

Sanches *et al.* (2016) concordando com esta perspetiva, acrescentam que o ambiente apresentado numa UCI, englobando procedimentos técnicos complexos, poderá, por vezes poderá dificultar a visão integral e contextualizada da pessoa, o que coloca em risco a prática da humanização. Por outro lado, a nível da interferência da tecnologia na aplicação da humanização, Santos *et al.* (2018) referem que não podem ser descurados os princípios éticos na prestação de cuidados.

- Temática 3: Enfermeiros como Agentes Da Humanização De Cuidados:

Como agentes que prestam cuidados diretos ou indiretos, os profissionais de saúde são os verdadeiros responsáveis pela humanização de cuidados, sendo necessária a consciencialização da equipa sobre esta temática para que a mesma seja integrada na prática (Santos *et al.*, 2018). Os autores referem ainda que a falta de condições de trabalho satisfatórias, o nível de remuneração, a estrutura física e a ergonomia, interferem negativamente na prestação de cuidados humanizados.

Também o trabalho de Rodriguez-Almagro *et al.* (2019) foi no sentido da exploração das perceções das vivências dos utentes internados em UCI, assim como das suas famílias e dos Enfermeiros que aí trabalham, explorando as suas crenças, expectativas e sentimentos. Da amostra intencional de 27 participantes, 9 eram utentes internados numa UCI, nove eram Enfermeiros e nove eram familiares, sendo que todos foram entrevistados por meio de entrevista semiestruturada.

Os Enfermeiros participantes fizeram referência à atenção personalizada necessária devido à exigência técnica que é pedida durante a prestação de cuidados, concluindo os autores que estes profissionais de saúde influenciam de

forma decisiva estes aspetos, implicando um gasto emocional também para o profissional pelo envolvimento nos cuidados à pessoa.

- Temática 4: Família Como Elemento Ativo na Humanização Dos Cuidados

Segundo Rodriguez-Almagro *et al.* (2019), a família é vista como suporte tanto para a equipa de saúde, como para as pessoas internadas. O trabalho destes autores categorizou três grupos de estudo: “doentes”, “Enfermeiros” e “membros da família”, sendo que estes consideram que o relacionamento entre todas estas partes deve ser mais humanizado.

No mesmo alinhamento está o estudo de Sanches *et al.* (2016) que corrobora que é necessário que a construção de um cuidado humanizado seja feita de forma coletiva e participativa, a fim de englobar e respeitar os valores, crenças, culturas e expectativas de cada pessoa, familiares e profissionais. Ainda de acordo com Fernandes & Silva (2016), valorizar a família representa uma necessidade da prestação de cuidados, nomeadamente acolhê-la e integrá-la na UCI, a fim de humanizar o ambiente da prestação de cuidados.

- Temática 5: Comunicação Como Estratégia De Humanização

De acordo com Rodriguez-Almagro *et al.* (2019), os participantes que pertenciam ao grupo dos “membros da família” consideraram necessário melhorar a comunicação entre a equipa de saúde e a família. Referem ainda que os Enfermeiros devem ser capazes de explicar o seu ponto de vista profissional de forma terapêutica e escutar e valorizar o ponto de vista da pessoa, encorajando-o e apoiando a família a expressar as suas preocupações. Sanches *et al.* (2016) considera que a comunicação e o diálogo concorrem como estratégias de cuidados, facilitando a compreensão da subjetividade da pessoa como também do profissional.

Num estudo quantitativo transversal descritivo, Rodríguez *et al.* (2018), pretenderam determinar a perceção que a família tem sobre o cuidado humanizado nas UCI de três instituições de saúde de Cúcuta, na Colômbia. A amostra contou com 220 familiares, que atenderam aos requisitos de inclusão, tendo os autores utilizado uma escala denominada “Perceção dos parentes sobre a humanização nas unidades de terapia intensiva” desenhada e validada

em Cúcuta. Segundo os autores, este instrumento permite reconhecer a percepção da família sobre o cuidado humanizado em relação às seguintes categorias: participação familiar, comunicação e informação, *coping*, apoio emocional e visitas.

Estas ideias são transversais a Rodríguez *et al.* (2018) e a Fernandes & Silva, (2016) que acrescentam que a nível da comunicação e informação é necessário que estas sejam empregues de forma semelhante ou igual, para que sejam capazes de transmitir a mensagem, dado que esta pode ser influenciada por diversos fatores inerentes ao locutor e recetor. Os autores defendem, neste particular, que deve ser tido em conta não só o ambiente em que é transmitida a informação, mas também o feedback da família, percebendo se esta se sente ou não satisfeita.

- Temática 6: Humanização Nos Cuidados Após A Morte Numa UCI

Com o objetivo de identificarem na literatura os cuidados de Enfermagem no cuidado ao corpo após a morte numa UCI, Coutinho & Cruz (2018) realizaram um estudo qualitativo no Brasil, através da análise de artigos publicados entre 2010 e 2016, pesquisados nas bases de dados: *Lilacs*, *Bdenf* e *Scielo*, com os seguintes descritores: "cuidado do corpo", "após morte", "unidade de terapia intensiva". Como critérios de inclusão foram considerados os textos completos disponíveis nos idiomas português e inglês, tendo no final sido selecionados 15 estudos para análise.

Coutinho & Cruz (2018) aferiram que numa UCI, a morte é algo presente no dia-a-dia do Enfermeiro, sendo que este contacto direto provoca um desgaste psicológico e emocional ao profissional. Durante a prestação de cuidados ao corpo após a morte, o Enfermeiro lida com o cuidado direto incluindo a técnica, mas também com fatores emocionais, espirituais e burocráticos, até porque este processo inclui normas e protocolos, com conceitos éticos e legais, em que tem de ser priorizada a humanização dos cuidados. Os autores referem que, mesmo que o profissional tenha capacidade técnica e científica para lidar com este processo, muitas vezes necessitaria de mais preparação na sua prática diária.

Perante a revisão da literatura realizada, os diferentes autores corroboram que é necessário alterar os hábitos e costumes na UCI, transformando este

ambiente de forma mais humanizada, investindo em condições de trabalho e estrutura (Rodríguez-Almagro *et al.* (2019); Cangussu, Santos & Ferreira (2020)). Os diferentes estudos também sugerem reflexões sistemáticas e novos estudos para desenvolver conhecimentos sobre a prestação de cuidados humanizados (Sanchez *et al.* (2016); Fernandes & Silva (2016)).

Tendo por base os principais resultados obtidos em cada temática, decidimos apresentá-los de forma informal à equipa de Enfermagem da UCIP. Essa transmissão de informação foi realizada durante as passagens de turno e abordada com alguns elementos de forma individual. O *feedback* foi positivo da parte de vários elementos da equipa, referindo que era uma temática relevante para a prestação de cuidados, enquanto Enfermeiros, tendo sido também perceptível a reflexão e alteração de comportamentos por parte da equipa. Os colegas começaram a partilhar informações sobre a humanização dos cuidados durante as passagens de turno, com o objetivo de aprimorar a prática clínica, nomeadamente sobre os contactos familiares, datas das videochamadas entre a pessoa e a família e aspetos abordados com os utentes que necessitavam de continuidade de cuidados. De forma informal, percecionamos o desabrochar de uma preocupação por parte da equipa de Enfermagem, com resposta na mudança de hábitos e na prestação de cuidados com destaque para a sua humanização.

Realizando um paralelismo com o momento de realização do estágio, onde estava a ser vivenciada uma pandemia provocada pela COVID-19, a prestação de cuidados de Enfermagem foi afetada, dificultando a sua humanização. Refletindo sobre a humanização dos cuidados em tempos de pandemia, sentimos a necessidade de explorar esta temática perante a atualidade.

Um estudo qualitativo de Fernández-Castillo *et al.* (2021) pretendeu explorar e descrever as experiências e perceções dos Enfermeiros que trabalham numa UCI durante a pandemia provocada pela COVID-19. O estudo utilizou uma amostra é composta por 17 Enfermeiros que exercem numa UCI num hospital universitário de Espanha, e os dados foram recolhidos por meio de entrevistas semiestruturadas através de videochamada em abril de 2020.

Constatou-se que existia minimização do contacto com os utentes devido à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o que se traduzia em falta de proximidade com a pessoa, prejudicando o desempenho ideal dos cuidados, parâmetro fundamental na prestação de cuidados de Enfermagem.

Por outro lado, os autores consideraram também que o aumento do número de utentes isolados levou a um aumento exponencial na carga de trabalho dos Enfermeiros. Acrescentam ainda a desumanização dos cuidados, devido ao uso de EPI, a medidas rígidas de isolamento, à dificuldade de fornecer atendimento de qualidade, comprometendo a prestação de cuidados de forma holística comprometida.

O estudo abordou ainda a temática do cuidado à família, ou seja, os Enfermeiros participantes demonstraram frustração pela impossibilidade de prestar cuidado de qualidade à família, sentindo, no entanto, que foram intermediários entre a mesma e o utente. Dentro desta categoria, referem ainda que a pandemia reforçou a necessidade de ter Enfermeiros especialistas na prestação de cuidados intensivos, pois isso melhora a qualidade dos serviços prestados.

Ainda neste estudo, em relação aos aspetos psicossociais e labilidade emocional, Fernández-Castillo *et al.* (2021) referem que o medo foi a emoção mais relatada pelos participantes, e que este parâmetro influencia não só a prestação de cuidados, mas também as atividades de vida diária, a qualidade de sono e descanso e a ansiedade sentida pelos profissionais. Por fim, os participantes referiram ainda que a falta de recursos materiais e humanos aumentaram o sentimento de insegurança sentido pelos profissionais, pela possibilidade de poderem infetar as suas famílias e pessoas próximas.

Perante a pandemia provocada pela COVID19, os autores consideram como necessidades para a prática, otimizar a gestão de recursos humanos e materiais, fornecer suporte psicológico e formação adequada aos Enfermeiros em funções numa UCI, bem como protocolos de alta qualidade para futuras situações semelhantes (Fernández-Castillo *et al.* (2021)).

Consideramos ainda relevante partilhar esta informação com os colegas, dado ser uma realidade a ser vivenciada no momento. Assim, transmitimos a

informação durante as passagens de turno, abordando os resultados da pesquisa com alguns elementos de forma individual e refletindo com o Enfermeiro Tutor sobre a mesma. Perante esta intervenção, sentimos que os elementos da equipa refletiram e ajustaram o seu comportamento, dando mais relevância aos momentos das videochamadas entre os doentes infetados e a família, e outros aspetos relevantes para a humanização dos cuidados ao doente SARS-CoV-2 positivo, como por exemplo, trabalhar ainda mais a proximidade ao doente e à família.

No decorrer do estágio desenvolvemos uma competência ética para responder às questões complexas que iam surgindo e que careciam da nossa reflexão e análise como, resposta também, às necessidades de cuidados não só da PSC como da família. Assim, tomámos conhecimento de que a formação e a reflexão sobre questões e dilemas éticos, no seio das UCI, é de extrema relevância. Só com o desenvolvimento destas habilidades é que poderemos prestar cuidados de qualidade de forma eficaz.

Assim, consideramos como competências adquiridas neste domínio:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área EMC na Área de Enfermagem à PSC, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3.2. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Entenda-se por qualidade em saúde, a prática de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional de qualidade, tendo sempre em conta os recursos possíveis de serem usados, a fim de alcançar a satisfação do utente (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015). De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), para existir qualidade em saúde é necessário adequar os cuidados às necessidades e expectativas que a pessoa tem destes. Para aumentarmos a qualidade em saúde, necessitamos de implementar ciclos de melhoria contínua dos cuidados prestados, começando pela identificação de problemas e oportunidades de

melhoria (Campos, Saturno & Carneiro, 2011). Para atuar sobre esses pontos críticos identificados, é necessário planejar e implementar mudanças nos cuidados prestados, avaliando sempre a sua eficácia face às necessidades reconhecidas (Campos, Saturno & Carneiro, 2011).

Ao definir padrões de qualidade, a OE assumiu uma posição fundamental na promoção da defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Os padrões de qualidade englobam os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de Enfermagem (OE, 2001). A OE identificou também os seis enunciados descritivos, nomeadamente, satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de Enfermagem. Com a enumeração destes padrões, os Enfermeiros têm o dever de refletir, tomar decisões e prestar cuidados com base nestes conceitos centrais, para que assim haja uma continuidade da melhoria dos cuidados prestados (OE, 2001).

Com a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC na área de Enfermagem à PSC, pretende-se obter pontos norteadores e de referência para a prática clínica especializada nesta área (OE, 2017). Procurando permanentemente a excelência do exercício profissional, o EE nesta área é um elemento essencial na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC e ou falência orgânica. Assim, o EE deve procurar a melhor qualidade dos cuidados prestados, visando colaborar em programas de melhoria contínua, a fim de adotar no seu dia-a-dia um ambiente terapêutico e seguro.

Com o objetivo de adquirir competências neste domínio, o EE necessita de demonstrar um papel ativo no âmbito da gestão clínica, bem como, implementar práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, abordamos o desenvolvimento de competências neste domínio, nos dois contextos de estágio, tendo em conta os objetivos delineados previamente:

Objetivo 3: Observar e colaborar na gestão de recursos, visando a qualidade dos cuidados prestados.

O Enfermeiro deve ser um elemento ativo na promoção de planos de qualidade e, como se encontra descrito no Código Deontológico (Lei n.º

156/2015), deve garantir e assegurar a qualidade dos cuidados prestados. O mesmo deve acontecer com o EE em EMC.

Assim, tendo em conta o objetivo enumerado, tanto no estágio na **UCIP** como na **UCIE**, surgiu a possibilidade de colaborar no projeto “STOP Infecção Hospitalar”. Este projeto foi criado pela Fundação Calouste Gulbenkian, numa perspectiva de melhoria contínua, com o objetivo de reduzir em 50% a incidência de quatro tipos de infeções hospitalares, em 12 hospitais, que englobam os locais de estágio, entre 2015 e 2018 (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Os quatro tipos de infeções hospitalares abordados são infeções do trato urinário, associado a cateter vesical para os serviços de medicina; infeções nosocomiais da corrente sanguínea, relacionadas com cateter venoso central, em UCI; Pneumonia Associada Intubação (PAI), em UCI e infeções do local cirúrgico em serviços de ortopedia e cirurgia geral (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Assim, o projeto “STOP Infecção Hospitalar”, tinha como objetivo reduzir a incidência das infeções adquiridas por pessoas internadas nestas unidades hospitalares, reduzindo também a morbilidade e mortalidade associadas a estes episódios (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Desta forma, visava aumentar a segurança e confiança das unidades de saúde e nos cuidados por elas prestados, melhorando de forma contínua a qualidade da saúde em geral (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Segundo a Fundação Calouste Gulbenkian (2014) o projeto adotou uma metodologia de melhoria contínua, visando boas práticas com base na evidência científica mais recente. O processo iniciou-se pela análise das práticas em cada hospital, para, posteriormente, implementar estratégias relacionadas com a prevenção da infeção, alertando os profissionais de saúde para a mudanças de comportamentos. Uma das estratégias foi a divulgação e implementação de feixes de intervenção para a prevenção de cada infeção, isto é, um conjunto de medidas interligadas, aplicadas em conjunto para atingir o objetivo, ocorrendo num tempo e num espaço específicos (Norma nº. 021/2015).

A Fundação Calouste Gulbenkian (2014) considerou que a avaliação deste projeto seria efetuada localmente em cada hospital, quer a nível do processo, quer em termos económicos. Três anos depois, perante os resultados obtidos, a

Fundação Calouste Gulbenkian refere que foi possível diminuir em mais de 50%, o número de infeções nas quatro tipologias analisadas (Fundação Calouste Gulbenkian, 2021). E posteriormente a cinco anos do início, este projeto mantém-se com resultados muito positivos, estando em desenvolvimento o “STOP Infeção Hospitalar 2021-2022” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2021).

Na **UCIE**, identificámos uma necessidade/oportunidade de melhoria relacionada com a segurança dos cuidados, controlo de infeção e qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, foi criada uma proposta de protocolo, ao qual se chamou de Protocolo de Desmame Ventilatório e que se encontra em apêndice (Apêndice II), desenvolvida no âmbito da prevenção da PAI. Depois de terminada, foi revista por peritos, nomeadamente EE em EMC do serviço, e apresentado à chefia do serviço.

Este protocolo tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC sob VMI, prevenindo as complicações associadas a esta técnica, nomeadamente, a PAI. Esta é uma das infeções monitorizadas pela PPCIRA, ao implementar o cumprimento da Norma n.º 021/2015, referente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI, que visa a avaliação diária de critérios de desmame e o registo da mesma atividade no processo clínico (Norma n.º. 021/2015).

Portanto, pode-se compreender que um trabalho no âmbito da segurança dos cuidados, enquadra-se no enunciado descritivo prevenção de complicações pertencente aos padrões de qualidade, pois “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, pp.15). Já por segurança do utente pode entender-se a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, a um mínimo aceitável. A este pressuposto acresce a avaliação efetuada com base no conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco de não prestar os cuidados ou de realizar outro tratamento (DGS, 2011).

Para realizar a elaboração do protocolo, inicialmente, foi necessário consultar as normas e protocolos de segurança dos cuidados, controlo de infeção e qualidade dos cuidados prestados existentes no serviço, bem como, identificar

as estratégias utilizadas no serviço, nomeadamente a existência do Manual de Normas da UCI (Ferreira, 2019).

A criação do Protocolo de Desmame Ventilatório apoiou-se num estudo de Martins (2019), uma vez que este explana vários dos pontos que eram fundamentais abordar no nosso protocolo, tendo sido também uma mais-valia para uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de Desmame Ventilatório da PSC. Para este fim, foi solicitado consentimento à autora para a referência do referido estudo, sendo que o consentimento foi obtido, encontrando-se em anexo (Anexo 1).

Segundo Luo *et al.* (2017), quando o utente tem dificuldade em respirar, pode necessitar de um suporte mecânico, isto é um ventilador. Esse suporte ventilatório pode ser fornecido através de VMI ou Ventilação Não Invasiva (VNI), que diferem no método como o ar é fornecido à pessoa. Ao ser fornecido através de VMI, é necessário a colocação de uma via aérea artificial, por entubação endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2019), a VMI é considerada uma terapêutica essencial para salvar vidas de pessoas que se encontrem em situações críticas. Segundo a referência internacional citada, as complicações associadas à VMI, nomeadamente a PAI, são reconhecidos como um evento que põe em risco a segurança da PSC, sendo que nos últimos anos tem vindo a ser enaltecido a sua prevenção.

A nível internacional, Boles *et al.* (2007) referem que o desmame ventilatório deve ser realizado diariamente. A nível nacional, a DGS, concordando com as normas internacionais, criou a Norma n.º 021/2015, posteriormente atualizada em 2017, denominada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI, na qual refere que deve ser discutido e avaliado diariamente a possibilidade de realizar o desmame ventilatório e/ou extubação, registando no processo clínico do utente (Norma n.º 021/2015). Deste modo, comparativamente com o desmame ventilatório não padronizado, o uso de protocolos leva a uma diminuição da duração total da VMI, sem acréscimo de efeitos colaterais para a pessoa, resultando numa duração menor do tempo de desmame ventilatório, bem como,

o tempo de permanência na UCI, aumentando assim, a qualidade dos cuidados e a segurança do utente (Zein *et al.*, 2016).

Com base nos estudos realizados por Boles *et al.* (2007), considera-se que o desmame ventilatório pode ser dividido em três etapas fundamentais: avaliação de critérios para desmame, na qual é realizada a identificação de critérios específicos diariamente; Teste de Respiração Espontânea (TRE), conduzido sem aumento da pressão inspiratória (peça T ou *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP)) ou com aumento ligeiro da pressão inspiratória, como Pressão de Suporte (PS); e por fim, extubação, removendo o tubo endotraqueal, terminando assim com o processo de desmame ventilatório.

Posteriormente, foi ainda avaliada a pertinência de realizar o teste de fuga do *cuff*, que segundo Girard *et al.*, (2017) e Zein *et al.* (2016), deve ser realizado em utentes com potencialidade para serem extubados mas que tenham alto risco de desenvolver edema laríngeo pós-extubação, identificando no protocolo os fatores de risco e o procedimento a realizar. Segundo estes autores, caso exista insucesso no teste de fuga do *cuff*, mas a pessoa esteja pronta para a extubação, é recomendada a administração de corticosteroides sistémicos, pelo menos 4H antes da extubação

Por outro lado, foram avaliados os resultados da VNI em pessoas com insuficiência respiratória aguda. Conforme Ouellette *et al.* (2017), a aplicação de VNI a pessoas com insuficiência respiratória por exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) reduz a necessidade de intubação, a frequência de complicações, o tempo de internamento hospitalar e a taxa de mortalidade, sendo recomendada a pessoas com alto risco de falha na extubação, que estão em VMI há mais de 24 horas e que realizaram com sucesso um TRE. Segundo os mesmos autores, ao usar a extubação para VNI de forma preventiva, esta deve ser iniciada logo após a extubação, de forma a reduzir as taxas de reintubação.

Para concluir a intervenção, realizamos uma folha de verificação, revista *à posteriori* por peritos, com o objetivo de registo no processo clínico do utente, por parte do Enfermeiro, do procedimento, as intervenções realizadas, e intercorrências que possam ter existido. Assim, seria possível realizar avaliações

do protocolo criado, podendo ser ajustado continuamente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e obtendo ganhos em saúde, a curto e longo prazo.

Posteriormente, foi apresentada a proposta de protocolo ao Enfermeiro Tutor e de seguida ao Enfermeiro Chefe, que deram um *feedback* positivo, referindo que era uma necessidade emergente do serviço. A equipa deu seguimento à proposta, referindo que esta necessidade necessitava de intervenção, apresentando formalmente à direção do serviço, estando de momento a aguardar parecer.

No estágio realizado na **UCIP**, tive a oportunidade de participar no projeto “STOP Infeção Hospitalar” no âmbito da avaliação da qualidade das práticas clínicas, colaborando nas auditorias englobadas no projeto. As auditorias tinham sido interrompidas na primeira fase da pandemia, quando todos os recursos humanos estavam centrados na prestação dos cuidados. Porém, a Enfermeira Chefe retornou novamente as auditorias quando houve essa possibilidade. Estas aconteciam em diferentes momentos: observação da realização dos procedimentos (lavagem das mãos, manuseamento de cateteres venosos centrais, elevação da cabeceira do leito a um valor superior a 30°, entre outros); avaliação dos registos de Enfermagem no sistema de informação eletrónico e nos registos em papel, em relação a outros parâmetros de avaliação (registo nível de pressão do *cuff* do Tubo Orotraqueal (TOT), registo da realização dos cuidados de higiene oral com clorhexidina a 2%, entre outros); compilação dos dados num documento e avaliação dos resultados e propostas de melhoria de intervenção.

Perante a realização das auditorias, foi discutido com o Enfermeiro Tutor diferentes parâmetros a ter em conta aquando da sua realização. Identificámos uma necessidade de intervenção ao observar desagrados entre os profissionais de saúde submetidos às auditorias. Os profissionais referiam, de forma informal, que ao serem observados, por vezes, sentiam-se ansiosos face ao momento de “avaliação”. Perante este *briefing* sentimos necessidade de refletir sobre como a supervisão dos cuidados deve ser realizada, considerando a existência de uma oportunidade de melhoria e de intervenção.

De acordo com a OE, a supervisão clínica é vista como um processo formal, que segue uma dinâmica sistemática, entre duas pessoas, nomeadamente, o supervisor clínico e supervisionado. Este ato tem como intuito a planificação da aprendizagem, a conceção de conhecimento e a aquisição de competências não só a nível profissional, como também a nível da análise e reflexão (Regulamento n.º 366/2018). O objetivo da supervisão é melhorar a qualidade de cuidados, atendendo a um olhar abrangente sobre a prática clínica e apresenta três funções: normativa, relacionada com as normas de cada serviço, informativa, abrangendo o conhecimento necessário para exercício profissional; e de suporte emocional (Glickman, 1985).

Segundo Garrido (2004), um modelo de supervisão clínica em Enfermagem deve proporcionar apoio ao Enfermeiro na sua prática clínica, bem como fomentar o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Por último, deve ainda promover cuidados de Enfermagem de qualidade. O autor refere ainda que os diferentes elementos intervenientes no processo supervisão devem acordar sobre qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Desta forma, é necessário ter em conta para a discussão, a perspetiva da personalidade, nomeadamente as características e os traços dos elementos, da situação, relativamente às situações específicas e os problemas que os elementos encontram durante o processo, a perspetiva organizacional, colocando a ênfase na função ou organização onde se encontram, e por fim, de interação, mediante a interação entre o supervisor e o supervisionado.

Como fruto da reflexão acima descrita, enumeramos algumas estratégias que poderiam melhorar o processo de auditoria, uma vez que este é considerado como um momento de supervisão clínica. Para isso, sugerimos de forma informal à equipa de Enfermagem, a criação de mais momentos de formação em serviço, que englobasse a participação de todos os Enfermeiros, promovendo a manifestação de sugestões por parte de todos. Por outro lado, nos momentos de auditoria, propusemos a partilha de conhecimento por parte dos elementos inerentes ao processo de supervisão, fornecendo sugestões de melhoria, bem como clarificando informações e questões do supervisionado, para promover o desenvolvimento sustentado das suas competências. A equipa adotou algumas

das estratégias durante a realização das auditorias posteriores e demonstrou interesse, considerando a informação transmitida como fundamental para a evolução profissional e dos cuidados prestados.

Através da realização desta análise reflexiva sobre esta temática, e tendo por base o enunciado de posição realizado pelo Conselho Jurisdicional da OE relativamente à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes (2006), os Enfermeiros têm a obrigação de assegurar cuidados em segurança e promover um meio envolvente seguro. A excelência é uma exigência ética, focada no direito ao melhor cuidado, contexto em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Referem ainda que os Enfermeiros têm um papel fundamental na identificação dos riscos e na elaboração e análise de soluções. Ao controlar os riscos que possam colocar em causa o exercício da profissão, o Enfermeiro está a promover a qualidade dos cuidados (OE, 2006).

Assim foram adquiridas as seguintes competências:

- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.3. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Embora a gestão de cuidados seja já uma competência de grande importância no trabalho do Enfermeiro de cuidados gerais, é-o ainda mais no trabalho do profissional enquanto especialista, já que abarca também a otimização das intervenções de Enfermagem e da restante equipa de saúde, a fim de garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019). Esta articulação deve ser feita com a equipa multidisciplinar, adaptando a liderança, e gerindo os recursos, perante a situação existente e o contexto onde se encontra (Regulamento n.º 140/2019).

Neste sentido espelhamos a evolução na aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, em cada local de estágio, com base nos objetivos delineados previamente:

Objetivo 4: Integrar a dinâmica funcional do serviço e equipa multidisciplinar, colaborando nos cuidados à PSC de forma eficaz, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica.

Com o objetivo de desenvolver competências neste âmbito, considerámos relevante observar e analisar as diferentes funções exercidas pelos Enfermeiros na UCIE e na UCIP, realizando um turno de observação e colaboração com o Enfermeiro responsável, permitindo constatar que:

- Em ambas as unidades a equipa divide-se em Enfermeiro chefe, Enfermeiro coordenador, Enfermeiro responsável (do turno) e os Enfermeiros de cuidados gerais, sendo o Enfermeiro chefe responsável pela gestão, tanto de recursos humanos, como de materiais e cuidados prestados, avaliando o desempenho profissional de Enfermeiros e assistentes operacionais.

- Tanto na UCIE, como na UCIP, o Enfermeiro coordenador é um EE que presta cuidados gerais na sua área de especialidade e colabora na gestão do serviço, podendo em certos momentos substituir o Enfermeiro chefe em funções por este delegado.

- Nas duas unidades, o Enfermeiro responsável tem a seu cargo a resolução de problemas técnicos e organizacionais, coordenando e orientando o serviço, funcionando como elo de ligação entre a equipa médica e a equipa de Enfermagem. Tanto na realidade da UCIE, como na UCIP, este posto nem sempre era ocupado por um EE. Quando existia um EE no turno, este seria o Enfermeiro responsável. Porém, caso não existisse, elegia-se o elemento mais antigo no serviço para desempenhar este cargo.

Estas observações incluem-se perfeitamente no que está preconizado no Regulamento n.º 140/2019, que define precisamente estas competências de articulação e supervisão de cuidados de enfermagem, garantindo a sua segurança, para além de importância de liderança que o EE deve exercer.

Como descrito no Parecer Conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e a Mesa do Colégio da Especialidade de EMC (OE, 2017a), o Enfermeiro com melhor formação para ser responsável de turno é o EE, pois possui um conjunto de competências que o permite ser líder no conhecimento e capacidades a fim de prever as respostas às necessidades em cuidados, desenvolvendo

intervenções adequadas e seguras. No mesmo documento é ainda salvaguardado que caso não exista nenhum EE para desempenhar a função, poderá ser delegado a um Enfermeiro de cuidados gerais o cargo de responsável de turno, desde que este possua as competências necessárias para tal. Assim, refletimos que cada vez mais é necessário que os Enfermeiros invistam na sua formação qualificada a fim de adquirirem conhecimentos e competências com o intuito de melhorar as práticas prestadas, e em fim de linha, a qualidade dos cuidados nos diferentes serviços.

Ainda dentro deste domínio, compreendemos que na **UCIE**, a divisão dos utentes no plano de trabalho é realizada com base no *Therapeutic intervention scoring system 28* (TISS 28), qualificação realizada diariamente pelo Enfermeiro responsável do turno. Este sistema criado em 1974 e atualizado em 1983, serve como medida de gravidade e de carga de trabalho de Enfermagem nas UCI, uma vez que quantifica as intervenções terapêuticas, tendo por base a complexidade, grau de invasão e tempo que a equipa de Enfermagem necessita para executar determinados procedimentos à PSC (Padilha et al, 2005). A versão TISS-28, criada em 1996, com o objetivo de facilitar a aplicação prática, é composta por 7 categorias de intervenção: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. Segundo Padilha et al (2005), o *score* TISS-28 possibilita estimar a gravidade indireta dos utentes admitidos nas UCI, e dimensionar a carga de trabalho de cada elemento da equipa de Enfermagem, pois cada ponto neste sistema equivale a 10,6 minutos do tempo de trabalho de um Enfermeiro a prestar cuidados à PSC.

Embora ainda seja utilizada TISS-28 na UCIE, segundo a revisão sistemática da literatura realizada por Hoogendoorn et al. (2019) com o objetivo de identificar os sistemas de avaliação existentes para estimar a carga horária de Enfermagem nas UCI, tendo em conta a confiabilidade e validade de cada um, este sistema não teve o melhor desempenho. Apenas parte dos sistemas de avaliação contabilizaram de forma objetiva a validade e a confiabilidade da medição da carga de trabalho da equipa de Enfermagem. Na opinião destes autores, o sistema *Nursing Activity Score* (NAS) teve o melhor desempenho,

sendo o mesmo considerado por Macedo (2017), que assumiu que o NAS se mostrou um instrumento confiável e válido para avaliar a carga de trabalho dos Enfermeiros nas UCI portuguesas.

Miranda *et al.* (2003) desenvolveram o NAS baseado no TISS-28, a fim de o tornar adequado às intervenções realizadas pela equipa de Enfermagem das UCI. A principal alteração foi a divisão da categoria de atividades básicas, em: monitorização e controlos, procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes; e tarefas administrativas e gerenciais. Assim, este instrumento contém 7 grandes categorias e 23 itens. Segundo o NAS, traduzido para português e validado por Queijo & Padilha (2009), o *score* atribuído a um utente, resultado da soma dos diferentes itens de intervenção direta e indireta, representa o tempo que o Enfermeiro da UCI esteve a prestar cuidados à PSC nas últimas 24 horas. Esta reflexão sobre a utilização do NAS em alternativa ao TISS-28, foi exposta ao Enfermeiro Tutor da UCIE que posteriormente a fez chegar ao Enfermeiro chefe.

Ainda neste domínio, durante o estágio na **UCIP**, foi possível compreender que o EE tem um papel crucial não só na gestão dos cuidados à PSC, mas também antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica. O Enfermeiro Tutor fazia parte do grupo de gestão da Emergência Médica Intra-hospitalar (EMI), sendo este responsável pela gestão dos cuidados de Enfermagem neste âmbito.

A equipa de EMI encontra-se disponível 24H por dia, 365 dias/ano, e é composta por um Médico e um Enfermeiro, escalados em cada turno e acionados via telefone, que devem possuir competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e formação na área de cuidados intensivos/emergência (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO). Desta forma, o objetivo da equipa de EMI é fornecer o conhecimento e material de abordagem à PSC, o mais rapidamente possível, transportando consigo um monitor/desfibrilhador e uma mochila com material e fármacos de emergência.

Durante o estágio foi possível acompanhar a equipa de EMI em ativações, refletindo sobre o papel do Enfermeiro nas mesmas. Foi possível perceber que este coordena a equipa de Enfermagem do serviço para o qual foi ativado,

gerindo os recursos necessários, da mesma forma que dá resposta em tempo útil à PSC.

Sendo o Enfermeiro Tutor responsável por esta área, tivemos a oportunidade de colaborar na verificação dos equipamentos de emergência presentes nos serviços do hospital. Mais uma vez, foi possível refletir com o Enfermeiro Tutor, a necessidade de formar e consciencializar os profissionais de saúde do hospital, sobre os critérios de ativação da equipa de EMI. Como descrito na Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, os critérios de ativação devem ser abrangentes e alargados, ou seja, a ativação da equipa de EMI deve ser realizada em situações de significativo comprometimento fisiológica agudo, e não só em casos de PCR, pois só assim será possível intervir de forma precoce, diminuindo a mortalidade e morbidade (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO).

Concluimos como fruto de reflexão que é de grande relevância investir ativamente num programa de formação adequado a todos os profissionais da instituição, pois só obtendo uma deteção precoce de sinais e sintomas de instabilidade é que podemos agir de forma eficaz. Como referido na Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, é de elevada importância instituir uma cultura de prevenção da PCR. Os atrasos na ativação das equipas de EMI encontram-se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas.

Por outro lado, durante a colaboração com o Enfermeiro Tutor na gestão da equipa EMI, ponderamos sobre a importância da comunicação e quais devem ser duas características. Aquando da ativação da equipa, a informação deve ser clara, rápida, segura e eficaz (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO). Durante os cursos de Suporte Básico de Vida e em cartazes de divulgação, compreendemos que existia um ênfase nesta temática, para que todos os profissionais de saúde tivessem esse conhecimento.

Com o objetivo de evoluir na prestação de cuidados de qualidade à PSC, a equipa de gestão da EMI analisava periodicamente os registos das ativações, onde constavam: a hora de início da deterioração clínica e do momento da ativação; a hora de chegada ao local da equipa e qual a razão da ativação; a avaliação clínica, medidas de diagnóstico e/ou intervenções realizadas previamente à chegada da equipa; e, por fim, as ações tomadas e qual o

resultado da intervenção (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO). Perante esta análise, a equipa de gestão realizava algumas alterações nos manuais e equipamentos de emergência intra-hospitalar, com base nos registos e na evidência científica mais recente.

Em conjunto com o Enfermeiro Tutor, entendemos que o elemento mais indicado para fazer parte da equipa de EMI seria um EE em EMC, se possível na área da PSC. Porém, nem sempre existia essa possibilidade, tendo em conta o número de EE, nesta área, pertencentes ao serviço. Concordando com as recomendações da DGS, o elemento Enfermeiro da EEMI tinha que ter no mínimo, formação em Suporte Imediato de Vida, e preferencialmente formação em Suporte Avançado de Vida (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO).

Durante o decorrer dos estágios, foi possível compreender a dinâmica e funcionamento dos serviços, participando ativamente com a equipa multidisciplinar, desenvolvendo um trabalho de equipa e interajuda, colaborando na metodologia de trabalho de forma eficaz. Neste domínio, ao colaborar nas atividades descritas, dando resposta aos objetivos propostos, adquiri como competências comuns do EE, com base no Regulamento das competências comuns do EE da OE (Regulamento n.º 140/2019):

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

Da mesma forma, na extensão deste domínio, ao realizar as ações relatadas, adquiri como competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, com base no Regulamento n.º 429/2018:

- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

3.4. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS

APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Enquanto Mestre, o Enfermeiro tem de possuir a capacidade de aplicar os seus conhecimentos, com o objetivo de dar resposta em diferentes situações e em contextos distintos e multidisciplinares, dentro da área em estudo. Para isso

deve adotar competências no âmbito do autoconhecimento, que surge como parte integrante e com intuito central no exercício de Enfermagem especializada, onde reconhece que as intervenções de Enfermagem devem ser baseadas em evidência científica (Decreto-Lei n.º 74//2006).

O caminho de um Mestre em EMC engloba várias etapas desde o início do curso, sendo que, na sua globalidade, todas as UC concorrem para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento e para o despertar de espírito crítico-reflexivo. Porém, é na operacionalização da prática clínica na realização dos estágios, que existe um desenvolvimento exponencial de conhecimento e competências com as experiências vivenciadas. Segundo o nosso ponto de vista, só coma transmissão da informação, e estabelecendo relações terapêuticas com a PSC, a família e todas as áreas envolvidas, bem como com a restante equipa multidisciplinar, é que se torna possível compreender a abordagem especializada, evoluindo nas aprendizagens profissionais alcançadas.

De forma a adquirir competências neste domínio, o EE necessita de demonstrar capacidades na abordagem à PSC, englobando a família/cuidador, sempre que possível (Regulamento n.º 429/2018).

Assim, tendo em conta os objetivos previamente delineados, refletimos sobre a aquisição de competências neste domínio, nos dois locais de estágio:

Objetivo 5: Desenvolver conhecimentos sobre situações críticas, técnicas, fármacos e intervenções características dos locais de estágio.

Como serviços de elevada complexidade técnica e científica, as UCI necessitam de uma resposta eficaz e interdisciplinar de abordagem à PSC. Perante esta realidade, houve a necessidade de refletir sobre os recursos e limites pessoais e profissionais, a fim de identificar fatores que poderiam interferir no relacionamento com o dente e/ou equipa multidisciplinar.

Neste sentido, numa primeira fase, quisemos perceber as necessidades da PSC presente numa UCI, tendo surgido diversas questões e dúvidas, que nos permitiram identificar as áreas com necessidade de esclarecimento. Posteriormente foram realizadas pesquisas sobre essas temáticas, nomeadamente, cuidados específicos a pessoas com suporte de órgãos,

parâmetros ventilatórios, procedimentos técnicos, equipamentos e terapêutica utilizados em UCI. Ao colaborar nos cuidados à PSC e/ou em falência orgânica, realizando *briefings* diários com os Enfermeiros Tutores, foi possível desenvolver a capacidade de interpretar, de forma crítica, os diferentes dados provenientes da monitorização pormenorizada presente numa UCI, aptidão essencial para a deteção precoce de fatores de instabilidade hemodinâmica.

Com base no estudo de Camelo (2012), onde são avaliadas as competências profissionais dos Enfermeiros que exercem numa UCI, o autor conclui que para além de aptidões para gerir e implementar cuidados de maior complexidade, os profissionais de Enfermagem têm de ter competências de liderança, tomada de decisão, comunicação, educação contínua, gestão de recursos materiais e humanos. Tendo em consideração estas competências, foi possível na prestação de cuidados na UCIE e na UCIP, observar, colaborar e refletir criticamente sobre os cuidados prestados, bem como sugerir oportunidades de melhoria como descritas neste relatório, com vista no desenvolvimento de competências enquanto EE.

Sendo que o primeiro local de estágio da UC “Estágio Final e Relatório” decorreu na **UCIE**, foi possível desenvolver conhecimentos sobre a avaliação da PSC, bem como sobre a monitorização hemodinâmica realizada. Segundo Creed & Hargreaves (2016), só realizando uma avaliação sistemática da PSC é que conseguimos otimizar a intervenção, sendo que esta deve ser realizada na admissão do utente na UCI e no início de cada turno pelo Enfermeiro que ficará responsável pelo utente, bem como, sempre que a gravidade da condição da PSC se justificar (Creed & Hargreaves, 2016). Segundo os mesmos autores, a avaliação envolve uma abordagem "olhar, ouvir e sentir", isto é, inspeção, palpação, percussão e auscultação. Estratégias utilizadas para executar esta avaliação são a avaliação ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), avaliação no sentido cabeça-pés, ou avaliação focada nos diferentes sistemas (Creed & Hargreaves, 2016).

Na UCIE, a avaliação é feita com base na metodologia ABCDE de forma a avaliar de forma sistemática cada um dos sistemas vitais da pessoa, com o intuito de identificar e antecipar complicações (Thim *et al.*, 2012). Durante esta

avaliação é realizada a interpretação dos dados provenientes da monitorização contínua da PSC, designadamente Pressão Arterial (PA), capnografia, Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂) e eletrocardiografia.

Considerando o contributo de Creed & Hargreaves (2016) percebemos os parâmetros que devem ser analisados em cada um dos pontos: no parâmetro “*Airway*”, avaliam-se as vias respiratórias e indicadores de comprometimento das mesmas; no parâmetro “*Breathing*”, é avaliada a respiração e as suas características; de seguida, ao avaliar “*Circulation*”, verifica-se a pele, procurando a presença de palidez, cianose, deformidades, hematomas e hemorragias, podendo verificar a existência de sons cardíacos anormais através da auscultação, palpamos o pulso, avaliando o seu ritmo e força, tempo de preenchimento capilar, temperatura da pele; posteriormente, avaliamos a presença de indicadores de compromisso neurológico no parâmetro “*Disability*”, verificando as pupilas, nomeadamente o tamanho, simetria e reação à luz, bem como o nível de consciência do utente, podendo, neste ponto, utilizar a Escala de Coma de *Glasgow* (ECG), terminado com a avaliação da dor. Concluimos esta primeira fase da avaliação com a “*Exposure*”, onde é analisada a exposição do utente, através da análise da totalidade do corpo do doente, procurando a presença de hematomas, queimaduras, erupções cutâneas, edemas, inflamação, infeção e feridas no corpo, sendo ainda avaliada a temperatura corporal.

Refletindo com o Enfermeiro Tutor, compreendemos a importância da interpretação de gasometrias, dado que nos permite identificar focos de instabilidade, direcionando as estratégias utilizadas na intervenção, atuando de forma precoce na prevenção de complicações. Outras análises permitem-nos compreender e interpretar os valores do pH, da Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial (PaCO₂), de bicarbonatos, lactatos, Pressão Arterial de Oxigénio no sangue arterial (PaO₂) e Saturação de Oxigénio no sangue arterial (SaO₂), de forma a identificar distúrbios que necessitem de intervenção.

Posteriormente à avaliação da gasometria podemos detetar: acidoses respiratórias (aumento da produção e/ou diminuição da excreção de Dióxido de Carbono (CO₂), que podem ser causadas por doença pulmonar obstrutiva,

depressão respiratória ou hipoventilação); alcalose respiratória (aumento da excreção de CO₂, em que as causas podem incluir doença pulmonar restritiva, embolia pulmonar ou hiperventilação); e acidose metabólica (aumento da produção ou retenção de ácido e/ou aumento da excreção de ácido-base, podendo ser provocado por cetoacidose, acidose láctica ou descompensações por diarreia, fístula intestinal ou necrose tubular renal). Pode ainda detetar-se, através desta análise, alcalose metabólica (aumento da produção ou retenção de ácido-base e/ou aumento da excreção de ácido, por excesso de bicarbonato ou distúrbios renais, entre outros); entre outras alterações, visto que o exame nos transmite vários dados (Creed & Hargreaves, 2016).

Outra aprendizagem relevante e particular que vivenciámos na UCIE foi a prestação de cuidados à pessoa com terapêutica de substituição renal. Foi possível discutir com o Enfermeiro Tutor as diferentes indicações para este tratamento, tais como, acidose metabólica, edema pulmonar, situações onde o utente apresente níveis elevados de ureia e creatinina e liberação de nefrotoxinas ou outras toxinas, situações de insuficiência renal crónica agudizada ou insuficiência renal aguda, que também estão identificados por (Creed & Hargreaves, 2016). Durante a colaboração na prestação de cuidados à PSC a realizar esta técnica, foi possível compreender os diferentes tipos de tratamento, bem como, os seus benefícios e riscos.

Como terapia de substituição renal podemos ter: hemofiltração veno-venosa contínua (CVVH), hemodiálise veno-venosa contínua (CVVHD), hemodiafiltração veno-venosa contínua (CVVHDF), hemodiálise intermitente (IHD) e ultrafiltração contínua lenta (SCUF) (Creed & Hargreaves, 2016). A técnica dialítica mais utilizada na UCIE e com a qual tivemos contacto foi a CVVHDF. Nesta técnica, o objetivo é a remoção de solutos e manutenção de fluídos, utilizando como princípios fisiológicos, a difusão, ultrafiltração e convecção. A CVVHDF tem os benefícios de ter ambas as técnicas, nomeadamente a difusão e ultrafiltração, porém em menor extensão do que quando utilizadas em separado (Creed & Hargreaves, 2016).

Durante as reuniões com o Enfermeiro Tutor foi possível compreender a importância do EE no acompanhamento de outros profissionais de Enfermagem,

na manipulação dos dispositivos englobados na técnica, no conhecimento necessário para controlo dos níveis de cálcio e citrato, início e remoção da técnica e manipulação do cateter de diálise. Percebeu-se ainda que o sucesso da técnica se concentra na antecipação de complicações associadas, tendo o Enfermeiro um papel essencial. Desta forma, este profissional necessita de realizar a monitorização hemodinâmica de forma contínua, para detetar hipovolémia, hipotensão e arritmias; deve ainda avaliar a temperatura central, mantendo-a superior a 36°C (a perda de calor pelo circuito extracorpóreo e a infusão de volumes para reposição, podem reduzir a temperatura corporal); e controlar as pressões e perfis de coagulação pré-estabelecidas do circuito (Creed & Hargreaves, 2016).

No estágio realizado na **UCIP**, surgiu outro aspeto relevante na prática clínica, dado que a maioria das pessoas presentes numa UCI, têm dor, tornando assim essencial a sua avaliação e a necessidade de analgesia adequada (Reade & Finfer, 2014). Neste estágio, desenvolvemos conhecimento na avaliação do *delirium*, nível de sedação, analgesia e dor. Estes aspetos foram pontos de aprendizagem, sendo que se recomenda que o EE tenha a capacidade de gerir protocolos complexos, intervenções de controlo da dor e gestão de situações de sedação e analgesia (Regulamento n.º 429/2018).

Foi possível aprofundar estas questões numa formação sobre “Analgesia, Sedação e *Delirium*” realizada pela equipa de trabalho que aborda esta temática, e que engloba três EE em EMC. Tendo em conta a evidência científica mais recente, cada vez se questiona mais frequentemente a necessidade de manter os clientes com elevados níveis de sedação, surgindo evidência sobre os benefícios das estratégias da sua interrupção e gestão nivelada (Reade & Finfer, 2014), evitando o coma farmacológico e melhorando o prognóstico.

A dor é vista como 5º sinal vital, dado que é um sintoma experienciado, de forma transversal, pela maioria das pessoas a vivenciar uma situação patológica (Circular Normativa n.º 09/DGCG). A incapacidade de comunicar na maioria dos doentes em UCI não invalida a sensação e existência de dor, sendo que a maioria destes experienciam situações bastante dolorosas (Reade & Finfer, 2014).

Atualmente existem diferentes formas de monitorização e controlo da dor, o que permite uma intervenção eficaz na maioria dos casos (Circular Normativa n.º 09/DGCG). A dor deve ser avaliada de forma contínua em todos os utentes, sendo que na UCIP utilizámos essencialmente a aplicação de escalas, nomeadamente, a Behavioral Pain Scale (BPS) e a Escala Numérica da Dor (END). A BPS é utilizada em pessoas incapazes de comunicar e com funções motoras intactas, avaliando a expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador (Barr et al., 2013). Por outro lado, a END é direcionada para pessoas acordadas, e necessita que estas autoavaliem a intensidade da dor de 0 "sem dor" até 10 considerado a "dor máxima" (Circular Normativa n.º 09/DGCG). Acrescenta-se ainda como atividade de monitorização, o preenchimento no espaço próprio para registo da intensidade da dor, na folha de registo de sinais e sintomas vitais, como boa prática na prestação de cuidados (Circular Normativa n.º 09/DGCG).

Como referido pela Circular Normativa n.º 09/DGCG, a dor representa um sofrimento multidimensional, sendo que engloba não só a vertente sensorial como também a emocional. Independentemente de esta ser considerada aguda ou crónica, a dor induz uma experiência evitável, na maioria das vezes intolerável, o que prejudica a qualidade de vida das pessoas. Perante o protocolo de analgesia, sedação e *delirium* da UCIP, com base no estudo de Barr *et al.* (2013), devem ser aplicadas estratégias de controlo da dor, antes de qualquer procedimento que a possa provocar, nomeadamente, administrar terapêutica analgésica, sendo os opióides endovenosos considerados os fármacos de primeira linha. Os autores consideram ainda necessário reavaliar frequentemente este sinal até a pessoa não apresentar dor.

Saadatmand *et al.* (2015), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito de sons naturais agradáveis, na dor relatada por 60 utentes de uma UCI submetidos a VMI, utilizando *fores* de ouvido por 90 minutos. Com este estudo, os autores concluíram que os sons naturais podem ajudar a reduzir os efeitos potencialmente prejudiciais da ansiedade e da dor em pessoas internadas, submetidas a VMI. A utilização de sons agradáveis e naturais por meio de *fores* de ouvido é uma intervenção de enfermagem simples, segura e não

farmacológica, que pode ser usada para aliviar a dor, até 120 minutos, em pessoas submetidas a VMI (Saadatmand *et al.*, 2015). Devido ao tempo escasso em prática no local de estágio e perante a pandemia vivenciada, não foi possível colocar em prática esta atividade. Porém, foi discutido com o Enfermeiro Tutor, que considerou uma estratégia possível de ser executada na UCIP e que poderia potenciar a melhoria da qualidade de cuidados ao intervir ativamente no controlo da dor.

A presença de agitação e ansiedade na PSC estão associados a um pior prognóstico, e por isso Barr *et al.* (2013) defendem que a manutenção de níveis leves de sedação está associada a melhores resultados, nomeadamente menor tempo exposto a ventilação invasiva e, conseqüentemente, menor tempo de internamento em UCI. Porém, existem exceções onde estão indicados níveis de sedação profunda, tais como, estado de mal epilético, hipertensão intracraniana e insuficiência respiratória grave, a fim de se conseguir adaptar a pessoa à ventilação mecânica.

Na UCIP, a avaliação do grau de sedação do cliente é realizada diariamente segundo a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Em casos de pessoas curarizadas, em coma pós PCR, estado mal epilético, ou com níveis de sedação elevado, deve-se complementar a monitorização com Índice Bispectral (BIS) para obter uma medida mais objetiva da função cerebral (Barr *et al.*, 2013). Os mesmos autores sugerem estratégias de sedação que não passam pela utilização de benzodiazepinas, uma vez que estas são um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*, preferindo a utilização de propofol ou dexmedetomidina sempre que a condição clínica do utente permitir. Face ao citado, foi possível refletir com o Enfermeiro Tutor sobre as conseqüências e benefícios de cada um destes fármacos, considerando também o que está indicado no protocolo usado na UCIP.

Por um lado, perfusões contínuas de propofol, com doses que superem os 4mg/Kg/h, durante um período superior a 48h, poderá levar ao aparecimento de *Propofol-Related Infusion Syndrome* (PRIS), que é caracterizada por disritmias, acidemia metabólica, rabdomiólise, hiperlipidemia e falência cardíaca e renal (Barr *et al.*, 2013).

Por outro lado, a dexmedetomidina produz um padrão de sedação diferente comparativamente a outros agentes sedativos, e é possível despertar mais facilmente os pacientes. Durante o processo, o utente apresenta uma depressão respiratória mínima, dado que se encontra em RASS entre 0 a -3 (Barr *et al.* 2013). Ainda de acordo com o mesmo estudo, este fármaco este tem sido visto como uma mais-valia, apesar das contraindicações existentes para o seu uso, já que possibilita uma sedação sequencial facilitadora do desmame ventilatório, controle na agitação, prevenção e tratamento de *delirium*, sendo um fator facilitador na ventilação não invasiva (Barr *et al.* 2013).

O *delirium* é considerado um síndrome caracterizado por disfunção cerebral aguda, englobando uma perturbação da consciência e da cognição, que se desenvolve num curto período de tempo, e com flutuação durante o tempo, não associado exclusivamente a transtornos psiquiátricos, mas também a condições orgânicas (American Psychiatric Association, 1994). Segundo Barr *et al.* (2013), para avaliação do *delirium* deve ser utilizada a escala *Confusion Assessment Method* (CAM-ICU), utilizada na UCIP. Para ser possível aplicar a CAM-ICU é necessário avaliar precocemente o estado de consciência através da RASS, sendo que o utente deve apresentar RASS>-4 (Barr *et al.*,2013).

Compreendemos que a abordagem do *delirium* é essencial. Por um lado, é necessário interpretá-lo como uma disfunção orgânica, pesquisando a sua causa e tratando-a, por exemplo, sépsis, descompensações de doenças crónicas, entre outras. Por outro lado, devem identificar-se as fontes de agitação que agravam o *delirium*, como por exemplo a dor não tratada ou presença de globo vesical, e tentar diminuí-las. É ainda necessário ter em conta que a prevalência do *delirium* se encontra associada a um aumento do tempo de permanência nas UCI, e pode trazer consequências negativas em que se incluem aumento dos custos dos cuidados de saúde, alterações cognitivas a longo prazo e aumento da mortalidade (Barr *et al.*, 2013).

Ao prestar cuidados de Enfermagem de alta complexidade a PSC, como acontece nas UCI, o Enfermeiro necessita de se envolver, aprender, enaltecer a relação com a pessoa, a fim de melhorar de forma contínua a qualidade dos cuidados prestados (Camelo,2012). Desta forma, o Enfermeiro não se resume à

articulação dos diversos elos da equipa de saúde, mas, também, se dedica à prestação direta de cuidados de maior complexidade, o que foi possibilitar perceber ao longo do estágio e nos possibilitou o desenvolvimento de competências na gestão complexa da prestação de cuidados à PSC.

Segundo a Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte da PSC pode tornar-se num momento de instabilidade, com a possibilidade de agravar o estado do indivíduo, pela sua mobilização. A equipa deve assim preparar-se previamente para eventuais complicações durante o transporte. Foi possível acompanhar transportes intra-hospitalares aquando do estágio na UCIE e na UCIP, uma vez que a PSC necessita de procedimentos terapêuticos e diagnósticos externos ao serviço. Nesta realidade, o EE tem um papel indispensável pela capacidade de identificação precoce de fatores de instabilidade na PSC.

Assim, fruto da reflexão das atividades desenvolvidas no estágio foi possível experienciar como principais aprendizagens a avaliação da PSC, interpretação e antecipação de fatores de instabilidade, com base, por exemplo na interpretação de uma gasometria, os cuidados à PSC submetida a terapêutica de substituição renal, avaliação e intervenção a nível do *delirium*, sedação e analgesia, e ainda os cuidados a adotar no transporte da PSC.

Da mesma forma, no âmbito deste domínio, ao realizar as atividades descritas, adquiri como competências específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, com base no Regulamento n.º 429/2018:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Objetivo 6: Desenvolver cuidados à PSC e/ou falência orgânica, com base em evidência científica.

Com os avanços da tecnologia, são exigidas novas atitudes, condutas e formas de pensar, ao profissional de Enfermagem evoluindo no processo de cuidar e na prática da Enfermagem. Segundo Pedrolo *et al.* (2009), a prática baseada na evidência é necessária e fundamental, sendo que tem de ser vista como uma ferramenta do processo de trabalho do Enfermeiro, a fim melhorar continuamente os cuidados prestados. O Enfermeiro Mestre em EMC deve ser

capaz de basear o seu processo de tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, torando-se num elo facilitador durante os processos de aprendizagem, bem como um elemento ativo na investigação.

Tanto na UCIE, como na UCIP, existe uma cultura de incentivo à investigação, formação em serviço e suporte da prática clínica em evidência científica atual. Estas características, potenciaram conhecimentos e capacidades enquanto Mestre, nomeadamente, ser capaz de integrar diferentes conhecimentos e lidar com questões complexas, com o objetivo de dar resposta e emitir reflexões críticas. Em ambos os contextos, o Enfermeiro Mestre adota uma posição de dinamizador e formador de novo conhecimento, no contexto da prática de cuidados, identificando oportunidades de investigação, divulgando resultados relevantes, contribuindo ativamente para o desenvolvimento de prática clínica com base em evidência recente. Como referindo anteriormente, ao longo dos estágios, foram detetadas necessidades e oportunidades relevantes de investigação, levando a pesquisas de bibliografia, o que promoveu o desenvolvimento de conhecimento e competências enquanto agente ativo no campo da investigação.

Durante os estágios na **UCIE** e na **UCIP** compreendeu-se que cada vez mais existe a necessidade de implementar o uso da capnografia pela relevância que esta tem durante PCR e na monitorização hemodinâmica do utente. A capnografia é um instrumento essencial na abordagem à pessoa sujeita a reanimação cardiopulmonar, que auxilia na colheita de dados e possibilita uma avaliação real e específica, contribuindo para o juízo clínico e tomadas de decisão. No entanto, o seu uso é ainda subvalorizado.

Neste sentido, realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de descrever a evidência científica produzida sobre os ganhos em saúde com a utilização de capnografia, em pessoas sujeitas a reanimação cardiopulmonar, em contexto extra-hospitalar, de forma a antecipar situações de instabilidade e dinamizando a resposta em situações de emergência.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2017), a PCR é a emergência clínica mais grave e com pior prognóstico, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da

América. No entanto, poderá caracteriza-se como um período transitório e reversível. Para haver efetividade no atendimento às vítimas de PCR é necessário priorizar o reconhecimento precoce da situação, a rápida ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica e a realização de manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP). A PCR é um acontecimento súbito, que na maioria das vezes, ocorre em ambiente extra-hospitalar, pelo que a prestação de socorro no local de ocorrência, o transporte da PSC para o hospital adequado e a articulação com os vários intervenientes, são tarefas fundamentais para a cadeia de sobrevivência (INEM, 2013). No final da década de 1970, a capnografia foi desenvolvida como uma ferramenta de monitorização, para uso durante a anestesia e terapia intensiva, após um extenso trabalho de Smallhout e Kalenda, que destacaram os seus benefícios e sucesso ao longo dos tempos (Percival, 2012).

Segundo *American Association for Respiratory Care (AARC) Clinical Practice Guideline* (Sorenson & Shelledy, 2003), a capnometria é o valor que avalia a concentração de CO₂ num determinado gás. Existe uma diferença entre os termos capnografia e capnometria, apesar de por vezes serem considerados sinónimos. Enquanto a capnometria sugere a medição de um valor da fração expirada de CO₂ (ETCO₂), a capnografia compreende a análise contínua e registo das concentrações CO₂ expirado. A capnografia é uma técnica não invasiva que relaciona os valores de capnometria, em oposição com o tempo, produzindo uma onda de capnografia. Uma onda de capnografia tem um padrão de onda quadrada, que se inicia na fase inspiratória, onde o ETCO₂ é 0 mmHg e continua até a fase expiratória, onde o ETCO₂ atinge os seus valores normais, compreendidos entre 35 a 45 mmHg, numa pessoa saudável, em repouso (Percival, 2012).

Atendendo ao descrito foi efetuada pesquisa nas bases de dados científicas Ebsco e Pubmed, recorrendo aos descritores em Saúde - DeCS: "*Capnography*", "*Cardiopulmonary Resuscitation*" e "*Prehospital Services*". Foi realizada uma equação com o operador booleano "*and*" que resultou na seguinte equação: "*Capnography and Cardiopulmonary Resuscitation and Prehospital Services*". Da pesquisa decorreu um total de 1771 artigos, que foram submetidos a um teste

de relevância constituído por 3 critérios de inclusão: (i) espaço temporal entre 2014 e 2019 (ii) Idioma inglês e (iii) Texto integral. Para além disso foram estabelecidos 3 critérios de exclusão de artigos referentes (i) a crianças, (ii) a grávidas e (iii) estudos com animais. Após a remoção de duplicados resultaram 97 artigos. Pela leitura do título e resumo excluíram-se 78 artigos, restando 19 artigos para leitura do texto integral. Obtiveram-se então 4 artigos para análise, dos quais 3 são estudos do paradigma quantitativo e 1 do paradigma qualitativo.

Segundo Pantazopoulos *et al.* (2015), existem fatores que podem influenciar os níveis de ETCO₂ durante a RCP como a causa da PCR, o ritmo cardíaco inicial, o tempo decorrido até ao início das manobras de reanimação, o desempenho/fadiga dos reanimadores e a administração de fármacos vasopressores. Um estudo levado a cabo por Murphy *et al.* (2016), onde foram incluídos 230 adultos em PCR, em contexto extra-hospitalar, demonstrou uma relação direta entre os níveis de ETCO₂ e variáveis inerentes às manobras de reanimação. Estes autores comprovaram que o aumento da profundidade das compressões torácicas, aumenta também os valores de ETCO₂. O aumento da frequência de compressão e da velocidade de descompressão torácica, também exerce uma associação positiva com este parâmetro. Por outro lado, pela hiperventilação, o aumento da frequência de insuflações está associado a uma diminuição dos níveis de ETCO₂. Assim, através de uma relação estatisticamente significativa, foi possível estabelecerem uma relação de causalidade entre a qualidade das manobras de reanimação e os valores de ETCO₂ obtidos através da capnografia. Corroborando com estes resultados, Chen *et al.* (2015) defenderam que a monitorização da capnografia por si só, não melhora diretamente a qualidade da RCP. Contudo, ao ter em conta este parâmetro, a equipa poderá ajustar a sua intervenção, obtendo um melhor desempenho e por sua vez resultados mais benéficos para a pessoa, como uma maior possibilidade de RCE.

Um outro estudo realizado por Oztuk *et al.*, (2014), com 97 adultos em PCR, tinha como objetivo avaliar a efetividade da RCP e o prognóstico destas pessoas através da monitorização do ETCO₂ com capnografia. Os autores concluíram que era possível perceber a probabilidade de sobrevivência dos clientes pelos

níveis de ETCO₂, no início e no fim da RCP. Da mesma forma, Pantazopoulos *et al.* (2015), comprovaram que as pessoas com RCE apresentavam valores de ETCO₂ mais elevados do que aqueles que não recuperavam, tanto na monitorização inicial como no final da RCP. Concomitantemente, Murphy *et al.* (2016) evidenciaram que os utentes com valores altos de ETCO₂ teriam maior probabilidade de RCE e de sobreviver até à alta hospitalar.

Tendo em conta a relação deste parâmetro com a pressão de perfusão coronária, Ozturk *et al.* (2014) defenderam que um aumento súbito nos níveis de ETCO₂ representa RCE. Para além disso, indicaram também que utentes com valores de ETCO₂ abaixo de 10 mmHg durante a RCP, têm pouca probabilidade de RCE, acontecendo apenas em um caso neste estudo. Da mesma forma, Pantazopoulos *et al.* (2015), com a análise de vários estudos, perceberam que a medição do CO₂ exalado é o melhor indicador de RCE durante a PCR, sendo que um aumento abrupto deste valor, apresenta uma alta sensibilidade nos primeiros 20 minutos de RCP. Todavia, num estudo com 246 adultos em PCR, em contexto extra-hospitalar, demonstraram que um valor de ETCO₂ ≤ 10 mmHg durante a RCP é incompatível com a sobrevivência.

Evidencia-se nesta revisão que os valores de ETCO₂ permitem prever a possibilidade de sobrevivência e guiar os reanimadores na qualidade no término da RCP (Pantazopoulos *et al.* 2015). Todos os autores indicam que a utilização de capnografia é um instrumento importante durante a RCP, uma vez que permite um *feedback* do desempenho da equipa, aumentando a possibilidade de RCE (Chen *et al.* 2015; Murphy *et al.* 2016; Pantazopoulos *et al.* 2015; Ozturk *et al.* 2014). Contudo, apesar de recomendarem a utilização da capnografia, em contexto extra e intra-hospitalar, para avaliação adicional das manobras e monitorização fisiológica e de ser uma recomendação das *guidelines* internacionais para atuação nesta emergência clínica, o seu uso geral ainda é baixo (Chen *et al.* 2015).

Como referido anteriormente, durante a realização de estágio na UCIP e UCIE, foram realizados vários turnos em contacto com utentes monitorizados com capnografia, alguns provenientes de situações pós-PCR. A pesquisa evidenciou que a utilização de capnografia é um parâmetro essencial durante a

reanimação cardiopulmonar, concluindo-se que esta contribui para o aumento dos ganhos em saúde da pessoa sujeita a reanimação. Possibilita um *feedback* em tempo real da atuação da equipa e permite perceber a previsão da probabilidade de sobrevivência do utente no início e durante a intervenção (Chen *et al.* 2015; Murphy *et al.* 2016; Pantazopoulos *et al.* 2015; Ozturk *et al.* 2014).

Desta forma, com base na revisão realizada e na pesquisa bibliográfica, realizou-se um poster científico para participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, com o título "Benefícios Da Utilização De Capnografia No Doente Sujeito A Reanimação Cardiopulmonar Em Contexto Extra-Hospitalar: Revisão Integrativa" que se encontra no Apêndice III. Desta forma partilhámos a importância da capnografia nos cuidados à PSC e/ou falência orgânica, com base em evidência científica.

Podemos ainda referir que ao longo dos estágios, existiu a necessidade de realizar diferentes pesquisas bibliográficas para dar resposta a dúvidas apuradas após o contacto com a prática clínica e os *briefings* com os Enfermeiros Tutores, o que permitiu relembrar algumas áreas já desenvolvidas, bem como adquirir novos conhecimentos, baseando sempre a prestação de cuidados em evidência científica. Com estas aprendizagens foi possível desenvolver de forma contínua uma prática de cuidados especializados. Neste domínio, com base no descrito anteriormente, adquirimos como competências comuns do EE, com base no Regulamento das competências comuns do EE da OE (Regulamento n.º 140/2019):

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a praxis clínica especializada em evidência científica.

4. CONCLUSÃO

O Enfermeiro, enquanto Mestre, sabe aplicar os seus conhecimentos e as suas capacidades para dar resposta a diferentes situações, em diversos contextos, ainda que relacionados com a sua área específica. Durante este percurso, foi possível adquirir um saber aprofundado e olhar para a PSC como um todo, primando pela qualidade e excelência dos cuidados prestados, englobando nas suas intervenções todas as áreas com necessidades de intervenção.

A UCIE e a UCIP mostraram-se locais de excelência para o desenvolvimento de conhecimentos e experiências, tornando a aprendizagem de competências um caminho contínuo, ao investirem na prática sustentada por reflexão crítica. Foi possível construir uma evolução, desenvolvendo a autonomia e proatividade. Podemos afirmar que o desenvolvimento de competências enquanto Mestre em EMC na área da PSC foi um processo contínuo, tendo como início na UC "A Pessoa em Situação Crítica em Família - Vigilância e Decisão Clínica", descrita no primeiro capítulo deste relatório.

Em jeito de conclusão, pretendemos realizar uma análise global do percurso desenvolvido, destacando a negrito os locais onde desenvolvemos os diferentes contributos e as principais oportunidades de melhoria.

Na **UCIE**, identificámos uma oportunidade de intervenção na área da melhoria contínua da qualidade, pelo que desenvolvemos uma proposta de protocolo revista por peritos. Para isso, realizámos uma pesquisa bibliográfica, seguida da construção do protocolo, finalizando com a realização de uma folha de verificação. O Enfermeiro Tutor e o Enfermeiro Chefe deram um *feedback* positivo, referindo que era uma necessidade emergente do serviço, sendo posteriormente apresentada formalmente à direção do serviço.

Por outro lado, durante a realização do estágio na UCIE, e perante as reflexões com o Enfermeiro Tutor, considerámos como principais os contributos na área da responsabilidade profissional, ética e legal, e a reflexão sobre o respeito pela privacidade, partilhando com os colegas algumas estratégias a implementar nas passagens de turno. Após a exposição foi notória uma alteração de comportamentos pela reflexão sobre a temática. Sentimos ainda

que contribuímos para a reflexão sobre a atenção para a preservação da dignidade humana, aceitando a vulnerabilidade das PSC, principalmente em situações de fim-de-vida. Na área da gestão dos cuidados, a reflexão realizada sobre a utilização do NAS em alternativa ao TISS-28, foi exposta ao Enfermeiro Tutor, que deu *feedback* positivo. Na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os *briefings* realizados sobre a avaliação da PSC, utilizando a metodologia ABCDE, a importância da interpretação de gasometrias e os cuidados à pessoa em terapêutica de substituição renal, potenciaram a compreensão do papel essencial que o EE tem no serviço, como também despertamos novas perspetivas sobre as temáticas abordamos.

Na **UCIP**, considerámos como oportunidades de melhoria a abordagem da temática da humanização de cuidados, principalmente em paralelismo com a pandemia vivenciada. Após a partilha de conhecimento, percecionámos a reflexão e alteração de comportamentos, sendo que os colegas começaram a partilhar informações sobre a humanização dos cuidados durante as passagens de turno.

Na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, perante a discussão com o Enfermeiro Tutor sobre os parâmetros a ter em conta na realização das auditorias, identificámos uma necessidade de intervenção, enumerando algumas estratégias à equipa que foram adotadas pelos colegas. Da mesma forma, identificámos como contributos a reflexão sobre o benefício/risco associados aos cuidados prestados, nomeadamente, *prone position*. Considerámos ainda como contributo, as reflexões realizadas sobre a consulta de *follow up* e o “Diário do Doente”, pois percecionámos o papel ativo do Enfermeiro na reinserção e adaptação à transição vivenciada com o internamento numa UCI, e na redução da incidência de SPICI.

Na área da gestão dos cuidados, considerámos como contributo para a UCIP, a reflexão realizada sobre a gestão de cuidados na equipa de EMI. Em reflexão com o Enfermeiro Tutor, entendemos que o elemento mais indicado para fazer parte da equipa de EMI seria um EE em EMC, se possível na área da PSC, apresentando esta reflexão de forma informação ao Enfermeiro Chefe. Porém, nem sempre existia essa possibilidade, tendo em conta o reduzido número de

EE, nesta área, pertencentes ao serviço. Na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao abordarmos com o Enfermeiro Tutor questões sobre a avaliação e intervenção a nível do *delirium*, sedação e analgesia, e ainda os cuidados a adotar no transporte da PSC, despertámos a atualização de conhecimento, bem como a discussão de diferentes pontos de vista.

Por fim, com a realização da revisão bibliográfica e do póster científico para participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, partilhámos a importância da capnografia nos cuidados à PSC e/ou falência orgânica, com base em evidência científica, contribuindo assim para investigação na área da Enfermagem.

Com a realização deste percurso tivemos implicações diretas na prática profissional, com o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para atuar perante a PSC. Assim, conseguimos identificar áreas de intervenção para a prática profissional diária, com base nas competências adquiridas na área de especialidade, como ainda existiu um desenvolvimento pessoal e humano. Este caminho teve impacto na prática clínica, com o crescimento de um olhar crítico-reflexivo, adotando uma postura ativa no exercício da profissão com capacidade de intervenção na abordagem à PSC. Todavia, foi um desafio constante a conjugação da vida profissional exigente devido à pandemia vivenciada, com a realização do estágio, aferindo que foram ultrapassados todos os obstáculos sentidos com sucesso. Embora seja perceptível que as equipas de profissionais de saúde estejam exaustas e com receio face à atualidade, salientámos o esforço destas para dar continuidade a todo o processo de aprendizagem.

Concluimos por isso, que foi possível atingir os objetivos propostos para a UC, conseguindo prestar o nosso contributo. Durante o desenvolvimento do Ser e do Saber, através de um corpo de conhecimentos baseados na evidência científica na área da PSC, considerámos que foi possível aglomerar um conjunto de conhecimentos e capacidades, traduzindo-se em competências de abordagem nesta área, que possibilita a intervenção humana e profissional de forma eficaz às necessidades, tanto ao nível ético, deontológico e profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alhazzani, W.; Møller, M. H.; Arabi, Y. M.; Loeb, M.; Gong, M. N.; Fan, E.; ... & Rhodes, A. (2020). Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine*, 46(5), 854-887. DOI: 10.1007/s00134-020-06022-5

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2021) Cuidados Paliativos. Disponível em <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos>

Barr, J.; Fraser, G. L.; Puntillo, K.; Ely, E. W.; Gélinas, C.; Dasta, J. F.; ... & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263-306. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Boles, J. M.; Bion, J.; Connors, A.; Herridge, M.; Marsh, B.; Melot, C.; ... & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033-1056. DOI: 10.1183/09031936.00010206

Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), 1-9.

Campos, L.; Saturno, P.; & Carneiro, A. V. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissário da Saúde.

Cangussu, D. D. D.; Santos, J. F. D. S.; & Ferreira, M. D. C. (2020). Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 9(2), 167-174.

Centers for Disease Control And Prevention (2019). Ventilator-Associated Event (VAE). Disponível em https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae_final.pdf

Chen, J. J.; Lee, Y. K.; Hou, S. W.; Huang, M. Y.; Hsu, C. Y.; & Su, Y. C. (2015). End-tidal carbon dioxide monitoring may be associated with a higher possibility of return of spontaneous circulation during out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 23(1), 1-8.

Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD de 14 de junho de 2010. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.

Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de Junho de 2010. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.

Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14 de Junho de 2003. A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.

Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida. (1995). Parecer 11/CNECV/1995. *Parecer sobre aspetos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final de Vida*. Disponível em <https://silo.tips/download/parecer-sobre-aspectos-eticos-dos-cuidados-de-saude-relacionados-com-o-final-da#>

Corbani, N. M.; Brêtas, A. C.; & Matheus, M. C. (2009). Humanization of nursing care: what is it?. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(3), 349-354.

Coutinho, J. F.; & Da Cruz, I. C. F. (2018). After-body care in the Intensive Care Unit-Systematized Review of Literature. *Journal of Specialized Nursing Care*, 10(1).

Creed, F., & Hargreaves, J. (2016). *Oxford handbook of critical care nursing*. Oxford University Press.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*: 1ª série, n.º 205, 2959-2962. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/241564>

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. *Diário da República*: 1ª série, n.º 60, 2242-2257. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/671482>

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto de 2018. *Diário da República*: 1.ª série, n.º 157, 4147-4182. Disponível em <https://data.dre.pt/application/file/a/116068580>

Direção Geral De Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção Geral De Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Farley, K. J.; Eastwood, G. M.; & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and intensive care*, 44(3), 413-419.

Fernandes, M. J. C.; & Silva, A. L. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem á família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(6), 1899-1908.

Fernández-Castillo, R. J.; González-Caro, M. D.; Fernández-García, E.; Porcel-Gálvez, A. M.; & Garnacho-Montero, J. (2021) Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in critical care*.

Ferreira, M. (2019). *Manual de Enfermagem - Serviço de Cuidados Intensivos*

Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (N. Sagueiro, Trad.): LUSOCIÊNCIA. *Edição original*.

Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Stop infeção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. Lisboa. Ministério da Saúde

Fundação Calouste Gulbenkian. (2021). *STOP Infeção Hospitalar 2021-2022*. Disponível em <https://gulbenkian.pt/project/stop-infecao-hospitalar-2021-2022/>.

Garrido-Molina, J. M.; Márquez-Hernández, V. V.; Alcayde-García, A.; Ferreras-Morales, C. A.; García-Viola, A.; Aguilera-Manrique, G.; & Gutiérrez-Puertas, L. (2021). Disinfection of gloved hands during the COVID-19 pandemic. *Journal of Hospital Infection*, 107, 5-11.

Garrido, A. (2004). A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. *Repositório Institucional da Universidade de Aveiro*.

Ghelichkhani, P.; & Esmaili, M. (2020). Prone position in management of COVID-19 patients; a commentary. *Archives of academic emergency medicine*, 8(1).

Girard, T. D.; Alhazzani, W.; Kress, J. P.; Ouellette, D. R.; Schmidt, G. A.; Truitt, J. D.; ... & Morris, P. E. (2017). An official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians clinical practice guideline: liberation from mechanical ventilation in critically ill adults. Rehabilitation protocols, ventilator liberation protocols, and cuff leak tests. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(1), 120-133.

Glickman, C. D. (1985). Development as the Aim of Instructional Supervision.

Gold Standards Framework. (2017). *How to use the GSF. PIG in your practice*. Disponível em: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/How-to-use-the-GSF-PIG-in-your-practice>

Hoogendoorn, M. E.; Margadant, C. C.; Brinkman, S.; Haringman, J. J.; Spijkstra, J. J.; & De Keizer, N. F. (2020). Workload scoring systems in the Intensive Care and their ability to quantify the need for nursing time: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 101, 103408.

Instituto Nacional De Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica Versão 2.0*. (1a Edição). 3-5. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>

Instituto Nacional De Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto*, 1-31. Disponível em <https://www.inem.pt/wp->

Jones, C.; Bäckman, C.; Capuzzo, M.; Egerod, I.; Flaatten, H.; Granja, C.; ... & Griffiths, R. D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial. *Critical care*, 14(5), 1-10.

Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário da República*: 1.ª série, n.º181. Assembleia da República. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/70309872>

Lucchini, A.; Bambi, S.; Mattiussi, E.; Elli, S.; Villa, L.; Bondi, H.; ... & Foti, G. (2020). Prone position in acute respiratory distress syndrome patients: a retrospective analysis of complications. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(1), 39-46.

Luo, F.; Annane, D.; Orlikowski, D.; He, L.; Yang, M.; Zhou, M.; & Liu, G. J. (2017). Invasive versus non-invasive ventilation for acute respiratory failure in neuromuscular disease and chest wall disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score, NAS: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* (Doctoral dissertation).

Martins, M. (2019). *Desmame ventilatório do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva: Prática baseada em evidências*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Mcdonnell, G.; & Russell, A. D. (1999). Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistance. *Clinical microbiology reviews*, 12(1), 147-179.

Miranda, D. R.; Nap, R.; De Rijk, A.; Schaufeli, W.; Iapichino, G.; & Members Of The TISS Working Group. (2003). Nursing activities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374-382.

Murphy, R. A.; Bobrow, B. J.; Spaite, D. W.; Hu, C.; Mcdannold, R.; & Vadeboncoeur, T. F. (2016). Association between prehospital CPR quality and end-tidal carbon dioxide levels in out-of-hospital cardiac arrest. *Prehospital Emergency Care*, 20(3), 369-377.

Norma n.º 002/2012 de 4 de julho. Registo de Alergias e Outras Reações Adversas. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022012-de-04072012-pdf.aspx>

Norma n.º 021/2015 de 30 de Maio de 2017. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Nunes, R. (2009). Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Revista Bioética*, 17(1).

Ordem Dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros. (2001a). *Parecer CJ/20 - 2001: Passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem Dos Enfermeiros. (2002). *Parecer CJ 036/2002. Posição relativamente à Eutanásia. Conselho Jurisdicional*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerCJ36_%2002_Posic%C3%A3oEutanasia_site_Proteg.pdf

Ordem Dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente. Enunciado de posição relativo à perspectiva ética e deontológica da segurança dos clientes.* Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_2Maio2006.pdf

Ordem Dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados.* Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem Dos Enfermeiros. (2017a) *Parecer Conjunto n.º 01/2017. Atribuição de Responsável de Turno.* Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno .pdf

Ordem Dos Médicos & Sociedade Portuguesa De Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos Recomendações.* Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Orio, T. (2017). *Mantenimiento de la vía aérea y ventilación en el paciente crítico en medio extrahospitalario* (Trabalho de fim de Licenciatura). Universidad de la Rioja Escuela Universitaria de Enfermería, Logroño.

Ouellette, D. R.; Patel, S.; Girard, T. D.; Morris, P. E.; Schmidt, G. A.; Truwit, J. D.; ... & Kress, J. P. (2017). Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society clinical practice guideline: inspiratory pressure augmentation during spontaneous breathing trials, protocols minimizing sedation, and noninvasive ventilation immediately after extubation. *Chest*, 151(1), 166-180.

Ozturk, F.; Parlak, I.; Yolcu, S.; Tomruk, O.; Erdur, B.; Kilicaslan, R.; ... & Serhat, A. K. A. Y. (2014). Effect of end-tidal carbon dioxide measurement on resuscitation efficiency and termination of resuscitation. *Turkish journal of emergency medicine*, 14(1), 25-31.

Padilha, K. G.; Sousa, R. M. C. D.; Miyadahira, A. M. K.; Cruz, D. D. A. L. M. D.; Vattimo, M. D. F. F.; Kimura, M.; ... & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229-233.

Paiva, J.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J.; & Coutinho, P. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina Intensiva.

Pantazopoulos, C.; Xanthos, T.; Pantazopoulos, I.; Papalois, A.; Kouskouni, E.; & Iacovidou, N. (2015). A review of carbon dioxide monitoring during adult cardiopulmonary resuscitation. *Heart, Lung and Circulation*, 24(11), 1053-1061.

Paul Hartmann. (2020). *Sterillium. Produto clássico entre os desinfetantes para fricção das mãos*. Para a desinfecção higiénica e cirúrgica das mãos. Disponível em <https://docplayer.com.br/14272890-Sterillium-produto-classico-entre-os-desinfetantes-para-friccao-das-maos-para-a-desinfecao-higienica-e-cirurgica-das-maos.html>

Pedrolo, E.; Danski, M. T. R.; Mingorance, P.; De Lazzari, L. S. M.; Méier, M. J.; & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare enfermagem*, 14(4), 760-763.

Penedo, J. M. V. S.; Ribeiro, A.; Lopes, H. A. R. C.; Pimentel, J. M. P. C.; Pedrosa, J. A. G. P. S.; Sá, R. A. M. V.; & Moreno, R. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos—relatório final. *Ministério da saúde*.

Percival, D. (2012). Potential applications of capnography in the prehospital setting. *Journal of Paramedic Practice*, 4(1), 34-40.

Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe), 1018-1025.

Reade, M. C.; & Finfer, S. (2014). Sedation and delirium in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444-454.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da República*: 2ª série, n.º 26. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de Junho. *Diário da República*: 2ª série, n.º 123. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 366/2018 de 14 de Junho. *Diário da República*: 2ª série, n.º 133.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio. *Diário da República*: 2ª série, n.º 85. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. *Diário da República*: 2ª série, n.º 135. Lisboa, Portugal.

Rodrigues, M.; Galvão, I. M.; & Fernandes, L. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina*, 96(4), 278-280.

Rodriguez-Almagro, J.; Quero Palomino, M. A.; Aznar Sepulveda, E.; Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M.; Ortiz Fernandez, F.; Soto Barrera, V.; & Hernandez-Martinez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), 912-920.

Rodríguez, L. M. B.; Calderón, Y. P. G.; Chaves, L. J. M.; & Hernández, K. G. C. (2018). Family perception of humane care provided by health care personnel. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 8-23.

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.

Saadatmand, V.; Rejeh, N.; Heravi-Karimooi, M.; Tadrissi, S. D.; Vaismoradi, M.; & Jordan, S. (2015). Effects of natural sounds on pain: a randomized controlled trial with patients receiving mechanical ventilation support. *Pain Management Nursing*, 16(4), 483-492.

Sanches, R. D. C. N.; Gerhardt, P. C.; Rêgo, A. D. S.; Carreira, L.; Pupulim, J. S. L.; & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde

sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(1), 48-54.

Santos, E. L.; Dórea, S. N. A.; Maciel, M. P. G. S.; Santos, L. K. F.; Silva, M. B.; & Moraes, M. G. L. (2018). Humanized care: perception of intensive care nurses. *Rev baiana enferm*, 32, e23680.

Scruth, E. A. (2014). Post-Intensive Care Syndrome: Preventing Complications and Improving Long-Term Outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 28(1), 9-11.

Sorenson, H. M.; & Shelledy, D. C. (2003). AARC clinical practice guideline. Intermittent positive pressure breathing--2003 revision & update. *Respiratory care*, 48(5), 540-546.

Tavares, T.; Camões, J.; Carvalho, D. R.; Jacinto, R.; Vales, C. M.; & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 164-170.

Thim, T.; Krarup, N. H. V.; Grove, E. L.; Rohde, C. V.; & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117.

World Health Organization. (2020). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020* (No. WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4). World Health Organization.

Zein, H.; Baratloo, A.; Negida, A.; & Safari, S. (2016). Ventilator weaning and spontaneous breathing trials; an educational review. *Emergency*, 4(2), 65.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – “A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”

TÍTULO: A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

The Humanization Of Care In An Intensive Care Unit

La Humanización Del Cuidado En Una Unidad De Cuidados Intensivos

Autores: Ana Marques ¹; [REDACTED] ²; Patrícia Coelho ³

¹ Enfermeira Pós Graduada em Abordagem ao Doente Crítico, Instituto Português de Oncologia do Porto, Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Universidade Católica Portuguesa (anajsmarques@gmail.com)

²

³ Professora Auxiliar convidada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (sfcoelho@porto.ucp.pt)

RESUMO

Existe uma crescente preocupação do Sistema Nacional de Saúde em investir em cuidados humanizados, dado que prestação de cuidados de saúde de qualidade passa obrigatoriamente por esse processo. Explorar o conceito de “humanização” na Enfermagem é analisar o seu instrumento de trabalho, ou seja, o cuidado. Com a pandemia de COVID-19, a prestação de cuidados de Enfermagem foi afetada, dificultando, por vezes, esta humanização. Este estudo de revisão integrativa teve como objetivo descrever a evidência científica produzida sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica presente numa Unidade de Cuidados Intensivos. Realizada uma pesquisa de literatura, nas bases de dados EBSCO e B-on, recorrendo aos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS): “*Humanization*”, “*Nursing Care*” e “*Intensive Care Unit*”, num horizonte temporal entre 2016 e 2021, obtiveram-se 685 artigos, sendo que 7 foram selecionados para análise crítica. Evidenciou-se que existem diferentes temáticas a abordar quando se explora um conceito tão abrangente como este, desde a comunicação entre o profissional e a família/pessoa, ambiente dos cuidados prestados, o papel ativo da família e as condições do exercício profissional. Sendo a morte um processo cada vez mais presente nas Unidades de Cuidados Intensivos, perante a atualidade vivenciada, realça-se ainda mo valor dos cuidados de Enfermagem humanizados nos processos de morte e morrer. Conclui-se que a humanização dos cuidados é considerada um desafio constante para os profissionais de saúde, principalmente para os Enfermeiros, tendo em conta o contacto direto e permanente com o indivíduo e a sua abordagem holística, englobando todas as suas dimensões como ser bio-psico-social-cultural e espiritual.

Palavras-Chave: Humanização; Cuidados de Enfermagem; Unidade Cuidados Intensivos;

ABSTRACT

There is a growing concern on the part of the National Health System to invest in humanized care, given that the provision of quality health care necessarily goes through this process. Exploring the concept of “humanization” in Nursing is to analyze its working instrument, that is, care. With the COVID-19 pandemic, the provision of nursing care was affected, sometimes hindering this humanization. This integrative review study aimed to describe the scientific evidence produced about the humanization of nursing care to the Person in a Critical Situation present in an Intensive Care Unit. A literature search was carried out in the EBSCO and B-on databases, using the Health Science Descriptors (DeCS): "Humanization", "Nursing Care" and "Intensive Care Unit", in a time frame between 2016 and 2021, 685 articles were obtained, 7 of which were selected for critical analysis. It was evident that there are different themes to be addressed when exploring a concept as comprehensive as this one, from the communication between the professional and the family/person, the environment of the care provided, the active role of the family, and the conditions of professional practice. As death is an increasingly present process in Intensive Care Units, because of the current experience, the value of humanized Nursing care in the processes of death and dying is also highlighted. It is concluded that the humanization of care is considered a constant challenge for health professionals, especially for nurses, taking into account the direct and permanent contact with the individual and their holistic approach, encompassing all its dimensions as a bio-being. psycho-social-cultural and spiritual.

Key words: Humanization; Nursing care; Intensive Care Unit; COVID-19

RESUMEN

Existe una creciente preocupación por parte del Sistema Nacional de Salud por invertir en la atención humanizada, dado que la prestación de una atención de salud de calidad pasa necesariamente por este proceso. Explorar el concepto de "humanización" en Enfermería es analizar su instrumento de trabajo, es decir, el cuidado. Con la pandemia de COVID-19, la prestación de cuidados de enfermería se vio afectada, dificultando en ocasiones esta humanización. Este estudio de revisión integradora tuvo como objetivo describir la evidencia científica producida sobre la humanización del cuidado de enfermería a la Persona en Situación Crítica presente en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos EBSCO y B-on, utilizando los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): "Humanización", "Cuidados de enfermería" y "Unidad de Cuidados Intensivos", en un marco temporal entre 2016 y 2021, 685 artículos. Se obtuvieron 7 de los cuales fueron seleccionados para análisis crítico. Se evidenció que existen diferentes temas a abordar al explorar un concepto tan amplio como éste, desde la comunicación entre el profesional y la familia / persona, el entorno del cuidado brindado, el rol activo de la familia y las condiciones de vida. practica profesional. Dado que la muerte es un proceso cada vez más presente en las Unidades de Cuidados Intensivos, a la luz de la experiencia actual, también se destaca el valor de la atención de Enfermería humanizada en los procesos de muerte y morir. Se concluye que la humanización del cuidado es considerada un desafío constante para los profesionales de la salud, especialmente para las enfermeras, teniendo en cuenta el contacto directo y permanente con el individuo y su enfoque holístico, abarcando todas sus dimensiones como bio-ser-cultural y espiritual.

Palabras clave: Humanización; Cuidado de Enfermera; Unidad de Cuidados Intensivos; COVID-19

INTRODUÇÃO

Explorar o conceito de humanização nos cuidados de Enfermagem é analisar o seu instrumento de trabalho, ou seja, o cuidado (Corbani, Brêtas & Matheus, 2009). A humanização é essencial na relação com o outro, tratando-se de um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os Enfermeiros, a fim de prestarem um cuidado holístico à pessoa. Com o avanço tecnológico, as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm desenvolvido um trabalho extraordinário no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC), permitindo a diminuição da mortalidade e aumentando a probabilidade de sobrevivência em casos críticos. Por outro lado, esta evolução tecnológica tornou mais difícil a visão personalizada da pessoa (Rojas, 2019).

Perante a situação vivida mundialmente pela infeção por SARS-CoV-2, os ambientes vividos nas UCI remetem os cuidados para a tecnologia e a segurança dos intervenientes, desviando a atenção da humanização na prestação de cuidados. Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), foi possível compreender que existe uma crescente preocupação em investir em cuidados humanizados, dado que prestação de cuidados de saúde de qualidade passa obrigatoriamente por essa humanização. Perante a instalação da pandemia *Corona Virus Disease 19* (COVID-19), esta necessidade tornou-se um desafio para as equipas de saúde.

Para Calle *et al.* (2017), humanizar é procurar a excelência a nível multidimensional, tendo em conta todas as suas valências, não direcionando a atenção apenas para as necessidades clínicas.

Com base no estudo de Calle *et al.* (2017), Rojas (2019) estabelece oito linhas orientadoras no âmbito da humanização dos cuidados: UCI de portas abertas, comunicação, bem-estar do paciente; presença e participação da família, cuidado dos profissionais, prevenção, tratamento de síndrome pós internamento em UCI; a infraestrutura humanizada e cuidado em fim de vida. O autor defende que é possível estabelecer algumas considerações gerais de forma a criar grupos de trabalho para liderar localmente esta temática, desenvolver estratégias de consciencialização e educação, assim como realizar avaliações diagnósticas, com o intuito de desenvolver um plano de implementação com

base na humanização dos cuidados. Deste modo será possível prestar cuidados com atenção direta ao utente e que inclua o papel ativo da PSC, bem como dos seus familiares, a fim de alcançar um equilíbrio entre as necessidades de todos.

Este proporcionar cuidados de saúde de qualidade é uma preocupação crescente do Sistema Nacional de Saúde, que procura investir na sua humanização. No entanto, com a instalação da pandemia COVID-19, esta situação tornou-se um desafio ainda maior para as equipas de saúde.

Segundo Fortin (1996), a investigação exerce um papel indispensável na determinação de um alicerce científico para conduzir a prática de cuidados. Portanto, tendo em conta esta problemática e o ênfase na qualidade dos cuidados em saúde, questionamos: Quais os aspetos relevantes para humanização dos cuidados de Enfermagem à PSC, internada numa UCI? Desta forma, pretendemos descrever a evidência científica produzida sobre os parâmetros pertinentes na prestação de cuidados de Enfermagem, para exercer uma prática mais humanizada, na abordagem à PSC, no contexto de uma UCI.

METODOLOGIA

Partimos para a realização de uma revisão da literatura, ou seja, um processo que engloba o registo e o exame crítico de diferentes publicações relevantes sobre uma certa temática (Fortin, 1996). Esta revisão justifica-se pela necessidade de aprofundamento sobre o tema em estudo, cujos resultados poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC colocando em destaque a humanização dos cuidados, que se tornando essencial perante a pandemia vivida atualmente.

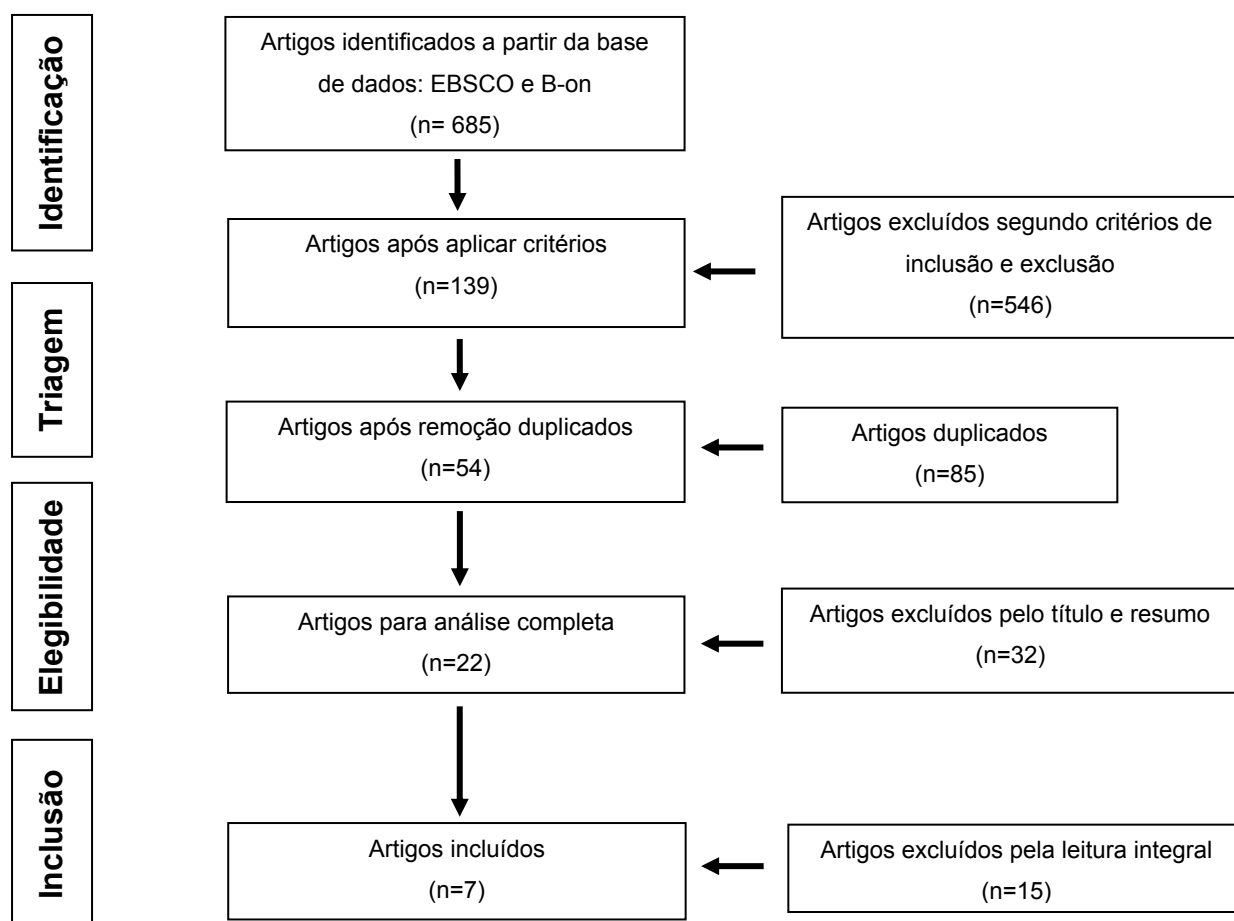
Para a realização deste processo, foi necessário percorrer um processo lógico para a consulta das referências, tendo por base as indicações descritas por Fortin (1996). Inicialmente, clarificamos o assunto de investigação, enunciando um problema anteriormente descrito, identificando também o objetivo do estudo. Posteriormente, recorrendo aos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS), encontramos as palavras-chave mais apropriadas para a investigação: “*Humanization*”, “*Nursing Care*” e “*Intensive Care Unit*”. De seguida, estabelecemos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa. De forma

sistemática, organizamos os dados resultantes da pesquisa e, finalmente, realizamos a análise e discussão dos resultados obtidos.

Para esta revisão da literatura, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados científicas *Esbco* e *B-on* (com a *Virtual Private Network* (VPN) da Universidade), recorrendo aos descritores previamente definidos, realizando uma equação com o operador booleano “*and*” para cruzar os descritores: “*Humanization and Nursing Care and Intensive Care Unit*”.

Da pesquisa inicial resultou um total de 685 artigos, que foram submetidos a um teste de relevância constituído por três critérios de inclusão: (i) espaço temporal entre 2016 e 2021, (ii) analisado por Pares e (iii) texto integral. Para além disso foram estabelecidos três critérios de exclusão nomeadamente artigos referentes (i) a crianças, (ii) a grávidas e (iii) estudos com animais, resultando 139 artigos. Após a remoção de duplicados, obtiveram-se 54 artigos, que foram avaliados tendo em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação, e que abordassem os cuidados de Enfermagem na valorização da humanização durante abordagem à PSC que se encontra numa UCI. Nesse seguimento, pela leitura do título e resumo excluíram-se 32 artigos, restando 22 artigos para leitura do texto integral. No final obtiveram-se 7 artigos para elaboração da síntese científica e análise crítica dos resultados.

Figura 1 - Síntese da Estratégia de pesquisa eletrônica



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para o estudo, obtiveram-se 7 artigos para elaboração da síntese científica e análise crítica dos resultados.

Tendo como linha orientadora o estudo de Rojas (2019), adequamos os temas à pesquisa efetuada, realizando uma discussão de resultados abrangente, e definimos 6 temáticas para sistematizar os resultados obtidos: humanização como conceito complexo, ambiente de uma UCI, enfermeiros como agentes da humanização de cuidados, família como elemento ativo na humanização dos cuidados, comunicação como estratégia de humanização e humanização nos cuidados após a morte numa UCI.

- Temática 1: Humanização Como Conceito Complexo:

Num estudo qualitativo de Santos *et al.* (2018), onde os autores analisaram, no Brasil, a percepção dos Enfermeiros intensivistas sobre a assistência humanizada, tendo como instrumento de recolha de dados uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas, aplicada a uma amostra de dez Enfermeiros, em setembro e outubro de 2016. Os resultados permitiram concluir que a amostra reconheceu a importância de ter uma visão holística da PSC para direcionar os cuidados de uma forma integral. Desta forma, percebeu-se que os inquiridos compreenderam que humanizar é mais do que conversar ou ter atitudes bondosas e carinhosas, sendo algo amplo e complexo, abrangente e dinâmico. Os autores referem ainda que a humanização de cuidados é um processo que envolve os diferentes agentes inseridos no contexto, os profissionais de saúde, utente e familiares.

Num outro estudo qualitativo realizado no mesmo país, com a finalidade de compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado numa UCI, utilizou-se uma amostra de 13 profissionais de saúde a exercer numa UCI, num hospital universitário na região norte do estado do Paraná. A recolha de dados foi realizada pelo meio de uma entrevista semiestruturada, e os autores referem que a amostra considerou que o conceito de humanização pode ser visto como a procura incessante do conforto físico,

psíquico e espiritual da PSC, família e profissionais de saúde. A humanização é vista como conceito polissêmico devido a todas as definições variáveis que pode ter (Sanches *et al.*,2016).

- Temática 2: Ambiente De Uma Unidade De Cuidados Intensivos:

Nos diferentes estudos analisados foi constante a reflexão sobre as características peculiares de uma UCI. Um estudo de abordagem qualitativa fundamentado na fenomenologia hermenêutica utilizou uma amostra intencional de dez profissionais de Enfermagem que cumprissem os critérios de inclusão, nomeadamente que exercessem na UCI há mais de dois anos e desejassem participar no estudo, por meio de entrevistas abertas, no período de outubro a dezembro de 2014. Os autores pretenderam conhecer os significados do cuidado de Enfermagem à família numa UCI de um hospital da região centro de Portugal a partir das vivências de Enfermeiros. Os autores concluíram que a representação social da UCI está culturalmente ligada a conceitos como o sofrimento, a gravidade e a morte (Fernandes & Silva, 2016).

Sanches *et al.* (2016) concordando com esta perspetiva, acrescentam que o ambiente apresentado numa UCI, englobando procedimentos técnicos complexos, poderá, por vezes, dificultar a visão integral e contextualizada da pessoa, o que coloca em risco a prática da humanização. Por outro lado, a nível da interferência da tecnologia na aplicação da humanização, os autores referem que não podem ser descurados os princípios éticos na prestação de cuidados.

- Temática 3: Enfermeiros como Agentes Da Humanização De Cuidados:

Os profissionais de saúde são os verdadeiros responsáveis pela humanização, pois são eles os agentes que prestam cuidados diretos ou indiretos, sendo necessária a consciencialização da equipa sobre esta temática para que seja integrada na prática (Santos *et al.*,2018). Estes autores referem ainda que a falta de condições de trabalho satisfatórias (como a nível da remuneração, estrutura física e ergonomia) interferem negativamente na prestação de cuidados humanizados.

Num estudo descritivo qualitativo de Rodriguez-Almagro *et al.* (2019), que pretendeu explorar as perceções das vivências dos utentes internados em UCI, as suas famílias e os Enfermeiros, explorando as suas crenças, expectativas e sentimentos, os responsáveis pelo estudo trabalharam com uma amostra intencional de 27 participantes. Nove utentes internados numa UCI, nove enfermeiros e nove familiares foram entrevistados por meio de entrevista semiestruturada. Os Enfermeiros fizeram referência à atenção personalizada necessária devido à exigência técnica que é pedida durante a prestação e cuidados. O estudo concluiu que os Enfermeiros influenciam de forma decisiva estes aspetos, implicando um gasto emocional também para o profissional pelo envolvimento nos cuidados à pessoa.

- Temática 4: Família Como Elemento Ativo na Humanização Dos Cuidados

A família é vista como um suporte, tanto para a equipa de saúde como para as pessoas internadas. Esta é a perspetiva de Rodriguez-Almagro *et al.* (2019), que categorizaram três grupos de estudo: “doentes”, “Enfermeiros” e “membros da família”, sendo que todos consideram que o relacionamento entre todas as partes deve ser mais humanizado, isto é entre a pessoa, enfermeiro e família.

Também Sanches *et al.* (2016) consideram que é necessário que a construção de um cuidado humanizado seja feita de forma coletiva e participativa, a fim de englobar e respeitar os valores, crenças, culturas e expectativas de cada pessoa, familiares e profissionais. Valorizar a família representa uma necessidade da prestação de cuidados, nomeadamente acolhê-la e integrá-la na UCI, a fim de humanizar o ambiente (Fernandes & Silva, 2016).

- Temática 5: Comunicação Como Estratégia De Humanização

No trabalho de Rodriguez-Almagro *et al.* (2019), anteriormente referenciado, os participantes que pertenciam ao grupo “membros da família” consideraram necessário melhorar a comunicação entre a equipa de saúde e a os familiares dos doentes. Referem ainda que os Enfermeiros devem ser capazes de explicar o seu ponto de vista profissional de forma terapêutica e escutar e valorizar o

ponto de vista da pessoa, encorajando-o e apoiando a família a expressar as suas preocupações. Sanches *et al.* (2016) também consideram que a comunicação e o diálogo concorrem como estratégias de cuidados, facilitando a compreensão da subjetividade não só da pessoa, mas também do profissional de saúde.

Num estudo quantitativo transversal descritivo, Rodríguez *et al.* (2018) utilizaram uma escala desenhada e validada em Cúcuta denominada “Percepção dos parentes sobre a humanização nas unidades de terapia intensiva”, que aplicaram a 220 familiares das PSC, para determinar a percepção que a família tem sobre o cuidado humanizado nas UCI de três instituições de saúde de Cúcuta, na Colômbia. De acordo com os autores, este instrumento permite reconhecer a percepção da família sobre o cuidado humanizado em relação às seguintes categorias: participação familiar, comunicação e informação, *coping*, apoio emocional e visitas.

Os autores, e também Fernandes & Silva (2016) acrescentam que é necessário que a comunicação e a informação sejam empregues de forma semelhante para que transmitam a mensagem de forma correta, dado que esta pode ser influenciada por diversos fatores inerentes ao emissor e ao recetor. Os autores defendem que deve ser tido em conta não só o ambiente em que é transmitida a informação, bem como o feedback da família sobre a mesma, percebendo se esta se sente satisfeita.

- Temática 6: Humanização Nos Cuidados Após A Morte Numa UCI

Com o objetivo de identificarem na literatura os cuidados de Enfermagem no cuidado ao corpo após a morte numa UCI, Coutinho & Cruz (2018) realizaram no Brasil um estudo de revisão, utilizando artigos publicados entre 2010 e 2016. A recolha foi feita nas bases de dados: *Lilacs*, *Bdenf* e *Scielo*, com os seguintes descritores: "cuidado do corpo", "após morte", "unidade de terapia intensiva", e como critérios de inclusão consideraram-se: texto completo disponível nos idiomas português e inglês. Ao todo foram selecionados 15 estudos para análise.

Coutinho & Cruz (2018) aferiram que numa UCI, o processo de morrer é algo presente no dia-a-dia do Enfermeiro, sendo que este contacto direto provoca um

desgaste psicológico e emocional ao profissional. Durante a prestação de cuidados ao corpo após a morte, o Enfermeiro lida com o cuidado direto incluindo a técnica, mas também com fatores emocionais, espirituais e burocráticos. Este processo inclui normas e protocolos, com conceitos éticos e legais, em que tem de ser priorizada a humanização dos cuidados e mesmo que o profissional tenha capacidade técnica e científica para lidar com este processo, muitas vezes necessitaria de mais preparação na sua prática diária.

CONCLUSÃO

Com a análise dos artigos selecionados e tendo como linha orientadora o estudo de Rojas (2019), adequámos os temas à pesquisa efetuada, realizando uma discussão de resultados abrangente. Definimos 6 temáticas para sistematizar os resultados, entre as quais: humanização como conceito complexo, ambiente de uma UCI, enfermeiros como agentes da humanização de cuidados, família como elemento ativo na humanização dos cuidados, comunicação como estratégia de humanização e humanização nos cuidados após a morte numa UCI.

Em suma, todos os estudos abordam a humanização como um conceito complexo, sendo difícil para os profissionais referir no que consiste (Santos *et al.*, 2018), embora compreendam que não é uma técnica, mas sim um processo abrangente. Conclui-se que o conceito de humanização pode ser visto como a procura incessante do conforto físico, psíquico e espiritual da pessoa, família e profissionais de saúde (Sanches *et al.*, 2016).

A UCI é vista como um espaço peculiar, devido à rotina do serviço bem como à complexidade de técnicas e tecnologias, o nível neurológico das pessoas e a representação social culturalmente ligada a emoções negativas (Fernandes & Silva (2016); Sanches *et al.*, 2016). Compreende-se que deve haver uma conjugação entre os cuidados humanizados e o uso adequado da tecnologia, sendo necessário refletir sobre a forma do cuidar, fortalecendo a comunicação, o contacto e valorizar a pessoa durante o contacto, para ser possível prestar um cuidado integral (Santos *et al.*, 2018).

Os profissionais de saúde são os verdadeiros responsáveis pela humanização, sendo que a compreensão das sensações e impressões subjetivas dos profissionais que exercem numa UCI é essencial, pois a excelência técnica de forma isolada não é suficiente para obter uma recuperação da pessoa em situação crítica enquanto ser biopsicossocial (Santos *et al.*, 2018).

Por outro lado, a família é vista como suporte tanto para a equipa de saúde como para os utentes internados, sendo referido pelos estudos que o relacionamento entre todas as partes deve ser mais humanizado, e construindo um cuidado de forma coletiva e participativa (Rodriguez-Almagro *et al.* (2019);

Sanches *et al.* (2016)). Segundo Fernandes & Silva (2016) valorizar a família representa uma necessidade da prestação de cuidados, nomeadamente acolhê-la e integrá-la na UCI, a fim de humanizar o ambiente dos cuidados. Diferentes estudos consideram a comunicação e o diálogo como estratégias de cuidados, facilitando a compreensão da subjetividade da pessoa como também do profissional, sendo necessário adequar o ambiente, informação e forma como é transmitida a mensagem (Sanches *et al.* (2016); Rodríguez *et al.* (2018) ; Fernandes & Silva (2016)).

De forma mais específica, Coutinho & Cruz (2018) consideram que o cuidado do corpo após a morte numa UCI é um dos momentos de prestação de cuidados que não deixa de ser de alta complexidade, perante o cenário de finitude humana, e exige uma prática humanizada, concomitantemente com preparação técnica e científica. Os autores referem que mesmo com o contato diário com a prestação de cuidados de Enfermagem após a morte, e mesmo que o profissional tenha capacidade técnica e científica para lidar com este processo, muitas vezes necessitaria de mais preparação na sua prática diária.

Perante a revisão realizada, os diferentes autores concordam que é necessário alterar os hábitos e costumes na UCI, transformando este ambiente de forma mais humanizada, investindo em condições de trabalho e estrutura (Rodríguez-Almagro *et al.* (2019); Cangussu, Santos & Ferreira (2020)). Os diferentes autores também sugerem reflexões sistemáticas e novos estudos para desenvolver conhecimentos sobre a prestação de cuidados humanizados (Sanches *et al.* (2016); Fernandes & Silva (2016)).

Como principal limitação considerámos a impossibilidade de aceder a alguns artigos de forma completa e gratuita, o que restringiu o acesso à informação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Calle, G. H. L.; Martin, M. C.; & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29(1), 9-13.

Cangussu, D. D. D.; Santos, J. F. D. S.; & Ferreira, M. D. C. (2020). Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 9(2), 167-174.

Corbani, N. M.; Brêtas, A. C.; & Matheus, M. C. (2009). Humanization of nursing care: what is it?. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(3), 349-354.

Coutinho, J. F.; & Da Cruz, I. C. F. (2018). After-body care in the Intensive Care Unit-Systematized Review of Literature. *Journal of Specialized Nursing Care*, 10(1).

Fernandes, M. J. C.; & Silva, A. L. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem á família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(6), 1899-1908.

Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (N. Salgueiro, Trad.): LUSOCIÊNCIA. *Edição original*.

Rodríguez, L. M. B.; Calderón, Y. P. G.; Chaves, L. J. M.; & Hernández, K. G. C. (2018). Family perception of humane care provided by health care personnel. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 8-23.

Rodriguez-Almagro, J.; Quero Palomino, M. A.; Aznar Sepulveda, E.; Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M.; Ortiz Fernandez, F.; Soto Barrera, V.; & Hernandez-Martinez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), 912-920.

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.

Sanches, R. D. C. N.; Gerhardt, P. C.; Rêgo, A. D. S.; Carreira, L.; Pupulim, J. S. L.; & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde

sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(1), 48-54.

Santos, E. L.; Dórea, S. N. A.; Maciel, M. P. G. S.; Santos, L. K. F.; Silva, M. B.; & Moraes, M. G. L. (2018). Humanized care: perception of intensive care nurses. *Rev baiana enferm*, 32, e23680.

Apêndice do Artigo – Tabela 1: Síntese das Evidências Científicas

<p>1) Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study Autores: Julian Rodriguez-Almagro, María Azucena Quero Palomino, Elena Aznar Sepulveda, María Del Mar Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, Francisca Ortiz Fernandez, Virginia Soto Barrera e Antonio Hernandez-Martinez. País: Espanha Fonte: Nordic College of Caring Science, 2019</p>	
Finalidade do Estudo	Explorar as percepções das vivências dos utentes internados em UCI, as suas famílias e dos Enfermeiros que prestam cuidados.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo qualitativo
Amostra e Colheita de Dados	- Desenho fenomenológico descritivo - Amostra intencional de 27 participantes: nove utentes internados numa UCI, nove Enfermeiros e nove familiares de utentes - Entrevista semiestruturada.
Principais Resultados e Conclusões	O estudo categorizou três grupos “doentes”, “Enfermeiros” e “membros da família”. Em cada grupo surgiu um conjunto de temas que foram classificados em subtemas e perante os resultados obtidos, percebeu-se que a humanização dos cuidados é comum às três categorias. A categoria “doentes” refere como temas relevantes: o medo de morrer, a ausência de conhecimentos sobre o seu estado de saúde e o ambiente que os envolve na UCI, nomeadamente ruídos, dores emocionais e físicas e impossibilidades de independência a nível dos autocuidados e mobilidade. Estas noções traduzem sentimentos de solidão e isolamento, bem como medo relacionado com o futuro pós-internamento.

A classe “Enfermeiros” faz referência à necessidade de atenção personalizada devido à exigência técnica necessária. Os “membros da família” são vistos como suporte tanto para a equipa de saúde, como para os utentes internados, sendo referido por todas as categorias que o relacionamento entre todas as partes deve ser mais humanizado.

O grupo dos “membros da família” consideram necessário melhorar a comunicação entre a equipa de saúde e a família, pelo que os Enfermeiros devem ser capazes de explicar o seu ponto de vista profissional de forma terapêutica, e escutar e valorizar o ponto de vista do utente, encorajando-o e apoiando a família a expressar as suas preocupações.

A permanência em UCI provoca um desgaste emocional não só para o utente, como também para a sua família, levando a mudanças a nível afetivo e social. O mesmo desgaste está presente também no profissional de Enfermagem, pelo envolvimento nos cuidados à pessoa doente.

Como implicações para a prática, os autores colocam a possibilidade de alterar hábitos e costumes nas UCI, a fim de tornar este ambiente mais humanizado, como por exemplo, permitir música, gerir os horários das visitas de acordo com as solicitações da família, comunicar com a família utilizando palavras adequadas para a compreensão e diminuir ruídos para permitir um bom descanso dos utentes.

2) Humanization in an intensive care unit in the perception of health professionals

Autores: Débora Dadiani Dantas Cangussu, Jéssyca Fernanda da Silva Santos, Mariana da Cunha Ferreira

País: Brasil	
Fonte: REVISA, 2020	
Finalidade do Estudo	Avaliar a evolução da humanização dentro da UCI, na percepção dos profissionais de saúde, nos cinco anos anteriores à publicação.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo qualitativo e quantitativo.
Amostra e Colheita de Dados	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra de 24 profissionais de saúde - Recolha de dados feita com base num questionário que avaliava o conhecimento dos profissionais sobre humanização, satisfação com o ambiente de trabalho, relacionamento entre a equipa multiprofissional e percepção da evolução da humanização no dia-a-dia. Este questionário composto por 15 questões englobava quatro domínios: ética, meio ambiente, humanização na UCI e relacionamento interpessoal.
Principais Resultados e Conclusões	<p>No domínio “ética”, abordam-se questões no âmbito da consciência moral e prática da ética no trabalho. Neste domínio, com base na média geral, não houve uma alteração significativa comparativamente com os 5 anos anteriores à data de publicação do estudo. Para os médicos, houve variação negativa em relação a este domínio na atualidade e para os fisioterapeutas a variação foi positiva, mantendo inalterado o conceito avaliativo para os demais profissionais.</p> <p>A nível do “ambiente”, composto por questões referentes às condições físicas do local de trabalho, disponibilidade de pausas e ambiente de descanso nas instalações hospitalares, a média geral das questões abordadas indica a insatisfação dos Enfermeiros, porém apresenta uma melhoria significativa para os restantes profissionais.</p> <p>O domínio da “humanização” aborda questões referentes à compreensão dos profissionais sobre o este conceito e a sua prática no ambiente de trabalho,</p>

assistência governamental para instalar a humanização na prática, capacidade de trabalhar com os equipamentos e de que forma o tratamento humanizado proporciona bem-estar aos pacientes em cuidados paliativos, compreendendo se as técnicas aplicadas na UCI prejudicam os valores humanos. Neste âmbito, houve uma mudança positiva entre os fisioterapeutas e os técnicos de enfermagem, sendo que média dos enfermeiros e médicos permaneceu sem uma alteração significativa.

No domínio da “relação interpessoal” retratou-se o relacionamento entre os profissionais de saúde, o direito à tomada de decisão inerente à sua área de atuação, a disponibilidade de materiais e o relacionamento entre profissionais e familiares. Nesta área, as respostas mantiveram-se sem alterações significativas em todos os profissionais.

Perante o estudo conclui-se que na percepção dos profissionais de saúde, a humanização na UCI não teve evolução nos últimos cinco anos. Verificaram-se aspetos insatisfatórios a nível do domínio da humanização em UCI e relacionamento interpessoal. Por outro lado, verificou-se que no domínio da ética houve um aspeto satisfatório mantido. A nível do domínio do meio ambiente, os profissionais de saúde mantiveram-se indiferentes em relação às questões propostas.

Assim, os autores concluem que é necessário investir nas condições de trabalho dos profissionais, para que se sintam valorizados, de forma a influenciar a prestação de cuidados como também a capacidade moral de reconhecer melhor a individualidade de cada pessoa. Desta forma, será possível elevar a humanização ao nível de excelência.

3) Humanized Care: Perception of Intensive Care Nurses

Autores: Emilenny Lessa dos Santos, Savia Nobre de Araújo Dórea, Maria da Piedade Gomes de Souza Maciel, Leila Karoline Ferreira dos Santos, Mariana Barbosa da Silva e Maria Goretti Lins Moraes

País: Brasil	
Fonte: Rev Baiana Enferm, 2018	
Finalidade do Estudo	Analisar a percepção do Enfermeiro intensivista sobre a assistência humanizada.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Amostra e Colheita de Dados	- Entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas aplicada a uma amostra de dez Enfermeiros.
Principais Resultados e Conclusões	<p>Perante os resultados obtidos emergiram três categorias: humanização como ferramenta de trabalho na UCI; interferência da tecnologia na humanização e o impacto da assistência humanizada na recuperação da pessoa em situação crítica.</p> <p>No âmbito da humanização como ferramenta de trabalho na UCI, os enfermeiros reconhecem a importância de ter uma visão holística da pessoa em situação crítica para direcionar os seus cuidados à pessoa de uma forma integral. Desta forma compreendem que humanizar é mais do que conversar, atitudes bondosas e carinhosas, é algo amplo e complexo, abrangente e dinâmico. Estes referem ainda que é um processo que envolve os diferentes agentes inseridos no contexto, os profissionais de saúde, pessoa e familiares. Como agentes que prestam cuidados diretos ou indiretos, os profissionais de saúde são os verdadeiros responsáveis pela humanização, sendo necessária a consciencialização da equipa sobre esta temática para que seja empregue na prática. Como processo que envolve todo o ambiente e os seus elementos, a humanização traduz-se em cuidados dignos e com respeito pelos valores humanos. Para que exista humanização nos cuidados de enfermagem é necessário que exista uma prática positiva e de qualidade, existindo interação entre o profissional e cliente. Os autores referem que ao abordar humanização no ambiente da UCI, estamos perante uma realidade voltada</p>

para pessoas em situação crítica, que ainda tem muito para ser melhorada a nível da humanização dos cuidados. Referem ainda que a falta de condições de trabalho satisfatórias como a nível da remuneração, estrutura física e ergonomia, interferem negativamente na prestação de cuidados humanizados. A nível da interferência da tecnologia na aplicação da humanização, os autores referem que o espaço da UCI é um local marcado por inovações tecnológicas e complexidade que traduzem uma prestação de cuidados exigente para obter qualidade dos cuidados. Por outro lado, defendem que não podem ser descuidados os princípios éticos na prestação de cuidados, referindo que elementos da amostra afirmam que existem profissionais, que em certos momentos, supervalorizam os equipamentos e os dispositivos tecnológicos em detrimento da relação enfermeiro-utente. Assim, focam-se na cura e o utente é visto como um objetivo de estudo, tornando as relações humanas mais distantes. Segundo os autores, os profissionais ficam dependentes de dados advindos de aparelhos, o que contribui para um comprometimento da colheita de dados subjetivos e da prestação de cuidados de forma holística. Referem ainda que embora seja necessário um conhecimento técnico-científico elevado, o cuidar, saber ouvir e saber colocar-se no local do outro não podem ser esquecidos. Os participantes da amostra referiram ainda que deve haver uma conjugação entre os cuidados humanizados e o uso adequado da tecnologia, sendo necessário refletir sobre a forma do cuidar, fortalecendo a comunicação, o contacto e valorizar o utente durante o contacto, para ser possível prestar um cuidado integral. No domínio do impacto da assistência humanizada na recuperação da pessoa em situação crítica, os autores defendem que a humanização propõe a

compreensão das sensações e impressões subjetivas dos profissionais que exercem numa UCI, pois a excelência técnica de forma isolada não é suficiente obter uma recuperação da pessoa em situação crítica enquanto ser biopsicossocial. Segundo a análise das respostas, os Enfermeiros reconhecem que ao adotar uma prestação de cuidados direcionada para as necessidades reais da pessoa possibilita-se conforto durante o processo de internamento na UCI. Os Enfermeiros ao exercerem com vista na humanização de cada técnica executada desde a manipulação de um monitor até à higiene corporal, escutando a pessoa, valorizando as suas necessidades individuais, os aspetos psicológicos, emocionais e afetivos do paciente, elevam as possibilidades de sobrevivência e recuperação do utente. Segundo os autores, com a rotina existente numa UCI, a reflexão sobre os cuidados humanizados por vezes pode não ser explorada. Com a produção de conhecimento nesta área, possibilita-se a reflexão, levando a cuidados de qualidade apoiados nos valores humanísticos.

Os autores concluem que os Enfermeiros reconhecem a importância de uma prestação de cuidados associada à humanização por influenciar o tratamento e a recuperação da pessoa em situação crítica. Mencionam ainda que estes compreenderam que a humanização não é uma técnica, mas sim um processo complexo, abrangente e dinâmico, envolvendo todo o ambiente incluindo os elementos nele inseridos. Em suma, os autores concluem que os profissionais devem refletir sobre os cuidados prestados durante a sua atividade, com o objetivo de adotar comportamentos pautados na humanização.

4) Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto

<p>Autores: Rafaely de Cassia Nogueira Sanches, Paula Cristina Gerhardt, Anderson da Silva Rêgo, Ligia Carreira, Jussara Simone Lenzi Pupulim e Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic</p> <p>País: Brasil</p> <p>Fonte: Escola Anna Nery, 2016</p>	
Finalidade do Estudo	Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado numa UCI.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Amostra e Colheita de Dados	O estudo conta com uma amostra de 13 profissionais de saúde que exercem numa UCI, num hospital universitário na região norte do estado do Paraná, Brasil. A recolha de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada.
Principais Resultados e Conclusões	Os principais resultados foram englobados em duas categorias gerais: “Humanização do cuidado: um conceito amplo e polissêmico” e “Entre a teoria e a prática, a práxis existente: dificuldades cotidianas no processo de humanização”. Num primeiro grupo, os autores referem que os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em elaborar uma definição para humanização de forma clara e objetiva. Segundo os mesmos, este conceito resulta de diferentes perspectivas da humanização em saúde, sendo que todos os depoimentos estão relacionados com um aspeto de cuidado humanizado influenciado pelo ambiente, manuseamento dos materiais a fim de obter um cuidado integral, até ao cuidado centrado na pessoa. Referem ainda que o ambiente apresentado numa UCI, englobando procedimentos técnicos complexos, por vezes poderá dificultar a visão integral e contextualizada da pessoa, o que coloca em risco a prática da humanização. Segundo o estudo, é necessário que a construção de um cuidado humanizado seja de forma coletiva e participativa, a fim de englobar e respeita os valores, crenças, culturas e expectativas de cada pessoa, familiares e profissionais. Considera ainda que a comunicação e o

	<p>diálogo concorrem como estratégias de cuidados, facilitando a compreensão da subjetividade da pessoa como também do profissional. Os autores referem também que o conceito de humanização pode ser visto como a procura incessante do conforto físico, psíquico e espiritual da pessoa, família e profissionais de saúde. Perante todos os resultados confirma-se a humanização como conceito polissêmico devido a todas as definições variáveis que pode assumir.</p> <p>Por outro lado, num segundo tema, referem as dificuldades do dia-a-dia numa UCI que os participantes apresentaram para colocar em prática o processo de humanização, como a rotina do serviço, bem como a complexidade de técnicas e tecnologias, o nível neurológico das pessoas e a valorização do profissional. Referem ainda que para desenvolver a competência ética-relacional, é necessário haver momentos de reflexão e humanização. O estudo apresenta que a valorização profissional está diretamente relacionada com humanização dos cuidados, pois se o profissional não é valorizado, financeiramente e pela prestação de cuidados, poderá não oferecer um cuidado tão humanizado.</p> <p>O estudo reflete que é necessário existirem momentos de reflexão e avaliação do dia-a-dia, colocando a prestação de cuidados em análise. Segundo os autores, para compreender a humanização em ambientes de cuidados complexos como a UCI, é necessário perceber a dinâmica da instituição e do serviço, enquanto gestão e prestação de cuidados dos profissionais de saúde, o que influencia as relações humanas e profissionais. Acrescentam que é necessário olhar para a pessoa como um ser complexo, singular e capaz de recuperar consoante as suas condições e/ou o ambiente em que está inserido. Para finalizar, os autores sugerem encontros regulares entre os profissionais de saúde para partilha de experiências, a fim de</p>
--	--

	adquirirem novas estratégias capazes de envolver a complexidade dos cuidados humanizados no ambiente dinâmico nas UCI.
<p>5) Family perception of humane care provided by health care personnel Autores: Luz Marina Bautista-Rodríguez, Yari Paola García-Calderón, Lessly Johana Medina-Chaves e Karley Ginary Cruz-Hernández País: Colombia Fonte: Revista Ciencia Cuidado, 2018</p>	
Finalidade do Estudo	Determinar a percepção que a família tem sobre o cuidado humanizado nas UCI de três Instituições de Saúde da cidade de Cúcuta (Colômbia)
Tipo de Estudo	Estudo quantitativo transversal descritivo
Amostra e Colheita de Dados	O estudo contou com uma amostra de 220 familiares. Para realizar a recolha das informações, os autores utilizaram uma escala denominada “Percepção dos parentes sobre a humanização nas unidades de terapia intensiva” desenhado e validado em Cúcuta. Segundo os autores, este instrumento permite reconhecer a percepção da família sobre o cuidado humanizado em relação às seguintes categorias: participação familiar, comunicação e informação, <i>coping</i> , apoio emocional e visitas
Principais Resultados e Conclusões	Perante o estudo apresentado, concluiu-se que a percepção do cuidado humanizado pelos familiares foi moderada em 63% dos participantes. Consideraram que a participação familiar tem extrema relevância para o desenvolvimento de cada pessoa, principalmente no caso de estar a passar por um evento adverso. Não só pelo apoio incondicional, a família geralmente reúne funções económicas, educativas, sociais e psicológicas, essenciais para a integração social após a experiência na UCI. Os autores revelam também que quando um elemento da família está internado numa UCI, passa por uma crise estrutural e emocional, que altera sua interação e relacionamento com a família. Desta forma, o papel da família é fundamental e deve ser

integrado na prestação de cuidados, não só por terem informações claras sobre a pessoa, como também por serem o seu principal elo de ligação ao exterior.

Por outro lado, a nível da comunicação e informação, é necessário que estas sejam empregues de forma semelhante de forma a transmitirem a mensagem, dado que esta pode ser influenciada por diversos fatores inerentes ao emissor e ao recetor. Os autores defendem que deve ser tido em conta não só o ambiente em que é transmitida a informação, bem como o feedback da família sobre a mesma, percebendo se esta se sente satisfeita. É necessário valorizar ainda a comunicação não verbal interligada a comportamentos, como a capacidade do profissional em expressar os seus sentimentos, estimular a empatia e a confiança da família. Ressalvam que é importante fornecer informações claras sobre a situação de saúde do paciente de forma simples e compreensível, completando com a necessidade de formação dos profissionais para facilitar esta interação.

O estudo defende ainda que a experiência de ter um familiar internado em UCI gera uma alteração na dinâmica familiar, podendo causar crise e instabilidade em cada membro da família. Nessa perspetiva, é expectável que a família consiga adaptar-se ao cenário da UCI, tendo com os profissionais de saúde um papel relevante no trabalho sobre coping familiar. Os participantes referem ainda como ponto positivo, o facto de os profissionais de saúde terem respeito sobre crenças familiares, que pode funcionar como mecanismo de coping familiar.

No âmbito do suporte emocional, compreende-se que os profissionais de saúde proporcionaram confiança e segurança aos familiares, gerando bem-estar, respeito e empatia, elementos fundamentais para a prestação de cuidados humanizada.

	<p>Em relação às visitas, os familiares manifestaram como relevante a interação dos profissionais, o espaço físico e o papel que desempenham como cuidadores. Neste momento, no caso específico da família, a visita é um momento de satisfação das suas necessidades, uma vez que têm oportunidade de conhecer e receber informações sobre o seu familiar e deve servir para fornecer informação e educação de forma a integrar a família no cuidado do utente.</p> <p>A comunicação e informação, o apoio emocional e a participação familiar foram as categorias de avaliação mais elevadas, enquanto o coping e as visitas obtiveram as avaliações mais baixas.</p> <p>Os participantes do estudo percebem de forma moderada a questão da prestação de cuidados de forma humanizada, visto que a relacionam com a qualidade dos cuidados prestada, considerando as categorias avaliadas na pesquisa. Por outro lado, os familiares apontam que recebem as informações e o apoio necessários para se envolverem nas atividades de cuidado, permitindo-lhes maior interação com o familiar hospitalizado e com a equipa de saúde.</p>
--	---

6) After-body care in the Intensive Care Unit - Systematized Review of Literature

Autores: Juliana Flor Coutinho e Isabel Cristina Fonseca da Cruz

País: Brasil

Fonte: Journal of Specialized Nursing Care, 2018

Finalidade do Estudo

Identificar na literatura os cuidados de Enfermagem no cuidado ao corpo após a morte numa UCI.

Tipo de Estudo

Estudo qualitativo do tipo pesquisa bibliográfica.

Amostra e Colheita de Dados

A recolha dos artigos foi realizada entre o período de 2010 a 2016, nas bases de dados: *Lilacs*, *Bdenf* e *Scielo*, com os seguintes descritores: "cuidado do corpo", "após morte", "unidade de terapia intensiva". Utilizados como critérios de inclusão: Texto completo disponível nos idiomas português

	<p>e inglês. Foram selecionados ao todo 15 estudos para análise.</p>
<p>Principais Resultados e Conclusões</p>	<p>Os autores defendem que o cuidado do corpo após a morte numa UCI é um dos momentos de prestação de cuidados que não deixa de ser de alta complexidade, perante o cenário de finitude humana, exige uma prática humanizada, concomitantemente com preparação técnica e científica.</p> <p>O estudo refere que o cuidado ao corpo após a morte abrange uma prestação de cuidados técnica e particular. Acrescenta ainda que certas instituições de saúde têm uma prestação de cuidados fria e distante da abordagem holística característica do processo de morte. Assim, os autores referem que o papel do Enfermeiro deve ser distinguido na prestação de cuidados ao corpo após morte, pois neste processo, os profissionais têm de estar preparados técnica e cientificamente para intervenções humanizadas, incluindo a prestação de cuidados à família. O estudo reconhece que é de extrema relevância o conhecimento científico adquirido por parte do Enfermeiro, para este ter a capacidade de compreender as reações e comportamentos inerentes ao processo de morte e do cuidado com o corpo após morte.</p> <p>Os autores defendem que ao prestar cuidados após a morte com base nos princípios éticos e legais, contribui-se para uma prestação de cuidados humanizada. Perante a morte de uma pessoa, eventos emocionais relacionados com a perda são inevitáveis. Assim, neste momento, o Enfermeiro tem a oportunidade de criar um elo afetivo como apoio à família.</p> <p>Numa UCI, o processo de morrer é algo presente no dia-a-dia do Enfermeiro, sendo que este contacto direto e constante provoca um desgaste psicológico e emocional ao profissional. Durante a prestação de cuidados ao corpo após a morte, o Enfermeiro lida com o cuidado</p>

	<p>direto incluindo a técnica, mas também fatores emocionais, espirituais e burocráticos. Este processo inclui normas e protocolos, com conceitos éticos e legais, em que tem de ser priorizado a humanização dos cuidados.</p> <p>Perante a morte, os cuidados não terminam, aliás iniciam-se diversas intervenções inerentes a todo o processo de finitude humana.</p> <p>Em suma, os autores referem que mesmo com o contato diário com a prestação de cuidados de Enfermagem após a morte, e mesmo que o profissional tenha capacidade técnica e científica para lidar com este processo, muitas vezes necessitaria de mais preparação na sua prática diária.</p>
--	---

7) Os Significados Do Cuidado De Enfermagem À Família Em Uma Unidade De Cuidados Intensivos

Autores: Maria Júlia Carneiro Fernandes e Alcione Leite da Silva

País: Portugal

Fonte: Revista de Enfermagem UFPE on line

Finalidade do Estudo	Conhecer os significados do cuidado de Enfermagem à família numa UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal a partir das vivências de Enfermeiros.
Tipo de Estudo	Estudo de abordagem qualitativa fundamentado na fenomenologia hermenêutica.
Amostra e Colheita de Dados	<p>Para o estudo foi utilizada uma amostra intencional de dez profissionais de Enfermagem que exercessem na UCI há mais de dois anos e desejassem participar no estudo.</p> <p>As descrições experienciais foram obtidas através de entrevistas abertas, no período de outubro a dezembro de 2014. Os autores utilizaram o programa de análise qualitativa QSRNvivo7 durante todo o processo de análise do conteúdo, a fim de emergir os significados do fenómeno em estudo.</p>
Principais Resultados e Conclusões	Com base nas descrições obtidas por parte dos participantes, os autores destacaram cinco temas: “a representação social da UCI como fator a enfrentar”, “acolhimento e orientação do familiar no ambiente da UCI”, “reação dos familiares ao momento vivido”, “transformação positiva da vivência do

familiar na UCI” e “dificuldades no cuidado ao familiar em UCI”.

Os autores defendem que a representação social da UCI está culturalmente ligada a conceitos como o sofrimento, a gravidade e a morte. Desta forma os participantes referem que a partir do momento em que um familiar toma conhecimento que o utente está internado numa UCI, inicia um processo de incertezas, englobando sentimentos ambivalentes entre a esperança na recuperação e o medo da perda. Por outro lado, os participantes também afirmaram que a UCI tem os recursos necessários para prestar um cuidado atento e específico.

Perante esta realidade os autores consideram que valorizar a família representa uma necessidade da prestação de cuidados, nomeadamente acolhê-la e integrá-la na UCI, a fim de humanizar o ambiente dos cuidados. Segundo os participantes, a forma humanizada como é realizado o acolhimento da família na UCI é determinante para a sua reação ao longo do internamento. Tendo em conta o ambiente complexo de uma UCI, a preparação do contacto do familiar com este meio visa diminuir as inseguranças e expectativas negativas. Todo o processo de chegada à unidade e contacto com a pessoa deve ser acompanhado pelo Enfermeiro, para que este não seja só um encontro, mas sim um envolvimento. Os participantes referem que durante esta interação usam uma linguagem simples de forma a despertar sinais no familiar que potenciem a afetividade e promovam serenidade.

Os participantes descrevem ainda que existe uma discrepância na reação dos familiares, desde receio face ao ambiente da UCI até uma aproximação extrema ao utente. Tendo em conta a unicidade de cada familiar e a sua capacidade de adaptação a esta fase, a familiarização com o ambiente da UCI pode acontecer de uma mais rápida ou mais lenta e gradual.

Pelas respostas dos participantes, os autores podem afirmar que a vivência desta

<p>experiência de forma positiva por parte do familiar só acontece se este for integrado na prestação de cuidados. Quando o utente está sem capacidade para interagir devido ao estado de consciência, para o familiar não é possível existir uma relação, sendo que os participantes consideram essencial o contributo do Enfermeiro em fazer entender ao familiar a importância da sua presença para a recuperação do doente.</p> <p>Perante as entrevistas analisadas, os autores elegem a família como foco de atenção da prestação de cuidados. Revelam ainda algumas dificuldades, tais como lidar com as experiências emocionalmente intensas e a falta de tempo para estas intervenções. Os participantes consideram o envolvimento com a família como um processo complexo, indicando que não fornecem a atenção devida ao familiar.</p> <p>Num ambiente como a UCI, os Enfermeiros participantes reconhecem a importância da família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Consideram que ainda existe um longo caminho para criar um ambiente humanizado que vise o acompanhamento da família. Os autores sugerem assim novos estudos em diferentes UCI para melhorar e desenvolver conhecimento em relação às diferentes dimensões que envolvem o cuidado à família</p>
--

APÊNDICE II – “PROPOSTA DE PROTOCOLO: DESMAME VENTILATÓRIO”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

PROPOSTA DE PROTOCOLO: DESMAME VENTILATÓRIO

Estudante: Ana Jorge Santos Marques

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, janeiro de 2021

LISTA DE SIGLAS

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FC - Frequência cardíaca

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

FR- Frequência respiratória

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA - Pressão Arterial

PaCO₂- Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial

PAI – Pneumonia associada à intubação

PaO₂ - Pressão Arterial de Oxigénio no sangue arterial

PEEP – Pressão final expiratória positiva

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PS – Pressão de suporte

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SaO₂ - Saturação de oxigénio no sangue arterial

TOT – Tubo orotraqueal

TRE- Teste de Respiração Espontânea

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação Mecânica Não Invasiva

VT – Volume corrente

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	130
2. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	130
3. A SEGURANÇA DA PSC SOB VMI	132
4. DESMAME VENTILATÓRIO.....	134
5. CONCLUSÃO	138
6. BIBLIOGRAFIA.....	139

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da 13ª Edição do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, é realizada a seguinte fundamentação teórica com o objetivo de realizar uma proposta de protocolo.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Especializados do foro oncológico, identificámos uma necessidade/oportunidade de melhoria relacionada com a segurança dos cuidados, controlo de infeção e qualidade dos cuidados prestados. Desta forma foi desenvolvida uma proposta de protocolo, que quando finalizada foi revista por perito, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica do serviço, e apresentado à chefia do serviço.

Este protocolo tinha como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), prevenindo as complicações associadas a esta técnica, nomeadamente, a Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Esta é uma das infeções monitorizadas pela Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), ao implementar o cumprimento da Norma n.º 021/2015, referente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI que visa a avaliação diária de critérios de desmame e o registo da mesma atividade no processo clínico do utente (Norma n.º. 021/2015).

Para realizar esta intervenção, inicialmente, foi necessário consultar as normas e protocolos de segurança dos cuidados, controlo de infeção e qualidade dos cuidados prestados existentes no serviço, bem como, identificar as estratégias já utilizadas, nomeadamente a existência do Manual de Normas da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Ferreira, 2019).

Na pesquisa para a construção do Protocolo de Desmame Ventilatório, encontrámos um estudo de Martins (2019), que explanava vários dos pontos a abordar no protocolo, sendo que o considerámos uma mais-valia para uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de Desmame Ventilatório da PSC. Nesse seguimento foi realizada uma solicitação de consentimento para a referenciação do estudo à autora, sendo que obtivemos o consentimento, que se encontra em anexo (Anexo 1).

2. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019), a VMI é considerada uma terapêutica essencial para salvar vidas de pessoas que se encontrem em situações críticas. Segundo a referência internacional citada, as complicações associadas à VMI, nomeadamente a PAI, são reconhecidas como um evento que põe em risco a segurança da PSC, sendo que nos últimos anos tem vindo a ser enaltecida a sua prevenção.

A nível internacional, Boles *et al.* (2007) referem que o desmame ventilatório deve ser realizado diariamente. A nível nacional, a Direção Geral de Saúde (DGS), concordando com as normas internacionais, criou a Norma n.º 021/2015, posteriormente atualizada em 2017, denominada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI, onde refere que deve ser discutida e avaliada diariamente a possibilidade de realizar o desmame ventilatório e/ou extubação, registando-a no processo clínico do utente (Norma n.º 021/2015).

Deste modo, comparativamente com o desmame ventilatório não padronizado, o uso de protocolos leva a uma diminuição da duração total da VMI, sem acréscimo de efeitos colaterais para a pessoa, resultando numa duração menor do tempo de desmame ventilatório, bem como o tempo de permanência na UCI, aumentando dessa forma, a qualidade dos cuidados e a segurança do indivíduo (Zein *et al.*, 2016).

Durante a realização do estágio nesta Unidade, perante uma avaliação indireta com recurso a entrevista informal com o Enfermeiro Tutor, foi perceptível a necessidade de uniformizar algumas das intervenções realizadas durante o desmame ventilatório. Foi então realizada uma revisão ao protocolo existente no serviço, de forma a facilitar e implementar o cumprimento da Norma N.º 021/2015.

3. A SEGURANÇA DA PSC SOB VMI

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, a PSC é definida como aquela que se encontra em eminência e/ou falência de órgãos que condiciona a sua sobrevivência, necessitando obrigatoriamente de vigilância e monitorização contínua, bem como terapêutica avançada. Assim, este tipo de utente necessita de cuidados contínuos de elevada qualidade, impondo aos profissionais de saúde que intervêm nesta área, um desenvolvimento de competências para darem resposta eficaz na atuação precoce e na prevenção de complicações.

Segundo Luo *et al.* (2017), quando a pessoa tem dificuldade em respirar, pode necessitar de um suporte mecânico, isto é um ventilador. Esse suporte ventilatório pode ser fornecido através de VMI ou VNI, que diferem no método como o ar é fornecido à pessoa. Ao ser fornecido através de VMI, é necessária a colocação de uma via aérea artificial, por intubação endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

Segundo o CDC (2019), a VMI é considerada uma terapêutica essencial para salvar vidas de pessoas que se encontrem em situações críticas. No entanto, apresentam múltiplas complicações associadas a esta técnica como por exemplo PAI, sépsis, síndrome dificuldade respiratória aguda, embolia pulmonar, barotrauma e edema pulmonar, que poderão levar a um prolongamento da duração da VMI, maior permanência na UCI, aumento dos custos de saúde e aumento do risco de comorbilidades e morte.

A avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e extubação é uma prática recomendada, de forma a promover o desmame ventilatório oportuno, diminuindo o tempo de ventilação e as complicações associadas (Boles *et al.*, 2007).

Entenda-se por qualidade em saúde, a prática de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional de qualidade, tendo sempre em conta os recursos possíveis de ser usados, a fim de alcançar a satisfação do utente (DGS, 2015). Para aumentarmos a qualidade em saúde, necessitamos de implementar ciclos de melhoria contínua de cuidados, partindo da identificação de problemas e oportunidade de melhoria, com o objetivo de atuar sobre esses pontos críticos, planeando e implementadas mudanças, e avaliando continuamente.

Ao definir Padrões de Qualidade, a OE assumiu uma posição fundamental na promoção da defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, que englobam os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e os seis enunciados descritivos – satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Com a enumeração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os enfermeiros têm o dever de refletir, tomar decisões e prestar cuidados com base nestes conceitos centrais, para que assim haja uma continuidade da melhoria dos cuidados prestados.

Pode então compreender-se que um trabalho no âmbito da Segurança dos Cuidados se enquadra no enunciado descritivo da Prevenção de Complicações, pois “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, pp.15).

A Segurança do utente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, a um mínimo aceitável, avaliado com base no conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco de não prestar os cuidados ou de realizar outro tratamento. (DGS, 2011).

Assim, ao uniformizar a prestação de cuidados em relação ao desmame ventilatório da PSC em VMI, estamos a prevenir as complicações associadas a esta técnica e conseqüentemente prevenindo a PAI, uma das infeções monitorizadas pela PPCIRA.

4. DESMAME VENTILATÓRIO

Com base nos estudos realizados por Boles *et al.* (2007), considera-se que o desmame ventilatório pode ser dividido em três etapas fundamentais: avaliação de critérios para desmame, onde é realizada a identificação de critérios específicos diariamente; Teste de Respiração Espontânea (TRE), conduzido sem aumento da pressão inspiratória (peça T ou Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)) ou com aumento ligeiro da pressão inspiratória, como Pressão de Suporte (PS); e por fim, extubação, removendo o tubo endotraqueal, terminando o processo de desmame ventilatório.

Na primeira fase pretende-se realizar diariamente uma avaliação da existência de critérios para iniciar o desmame ventilatório, compreendendo se a pessoa tem condições para terminar com a VMI de forma a prevenir atrasos na extubação.

Em relação à avaliação clínica, deve-se avaliar se a pessoa apresenta um reflexo de tosse eficaz e adequado, se não apresenta secreções traqueobrônquicas de forma excessiva e se mantém estabilidade clínica, ou seja, se foi resolvida a fase aguda da doença pela qual a pessoa foi colocada em VMI (Boles *et al.*, 2007).

A nível de avaliação das medidas objetivas, podemos dividi-las em função neurológica, pulmonar, cardiovascular e oxigenação. Em relação à avaliação neurológica, a pessoa não deve estar submetida a sedação ou apresentar um padrão neurológico estável. Sobre a avaliação da função pulmonar, este não deve apresentar uma Frequência Respiratória (FR) superior ou igual a 35 c/min, Volume Total (VT) superior ou igual a 5 ml/kg, e deve ser capaz de iniciar um ciclo respiratório. Em relação à função cardiovascular, a pessoa não deve estar submetida a vasopressores ou este deve estar em doses mínimas, isto é, dopamina e dobutamina $\leq 5 \mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$; noradrenalina $\leq 5 \mu\text{g}/\text{min}$; a frequência cardíaca deve ser mantida igual ou inferior a 140bpm e a pressão arterial sistólica deve ser mantida entre 90-160mmHg. Relativamente à oxigenação, para ser considerada adequada, a pessoa deve apresentar Saturação de Oxigénio no sangue arterial (SaO₂) superior a 90%, uma relação Pressão Arterial de Oxigénio no sangue arterial (PaO₂)/ Fração inspirada de oxigénio (FiO₂) superior ou igual a 150 mmHg, com FiO₂ $\leq 40\%$ e Pressão Final Expiratória Positiva (PEEP) ≤ 8 cmH₂O e um ph arterial $\geq 7,35$ (Boles *et al.*, 2007; Baptistella *et al.*, 2018;

Chittawatanara *et al.*, 2018). Quando existir a confirmação dos critérios anteriores, poderemos prosseguir para a etapa seguinte.

Posteriormente, numa segunda etapa, realiza-se o TRE para avaliar a capacidade da pessoa em respirar autónoma e espontaneamente. É ainda necessário avaliar as particularidades de cada pessoa e compreender qual é o método mais adequado para realizar o TRE, que pode ser conduzido sem aumento da pressão inspiratória (peça T ou CPAP) ou com aumento ligeiro da pressão inspiratória (pressão de suporte) (Ouellette *et al.*, 2017; Chittawatanarat, *et al.* 2018).

Ao ser realizada por CPAP, a PS é de 0mmHg e a PEEP é igual a 5 cmH₂O. Para realizar o TRE por tubo em T, realiza-se a desconexão do utente ao ventilador e realiza-se a conexão ao circuito de peça em T com ligação à fonte de O₂ (Ouellette *et al.*, 2017; Chittawatanarat, *et al.* 2018).

Estes dois métodos de TRE demonstram com maior exatidão as condições fisiológicas do utente posteriormente à extubação, porém exigem um maior esforço respiratório por parte da pessoa (Ouellette *et al.*, 2017; Chittawatanarat, *et al.* 2018).

Para realizar TRE por PS, a PS deve ser regulada num valor igual ou inferior a 8 cmH₂O e a PEEP inferior ou igual a 5 cmH₂O. Este método reduz o esforço respiratório realizado pela pessoa e é o método associado a uma taxa de sucesso do TRE e do desmame superior face aos restantes (Ouellette *et al.*, 2017; Chittawatanarat, *et al.*, 2018).

Segundo Ouellette *et al.* (2017), a pessoa capaz de respirar espontaneamente sem receber um aumento da pressão inspiratória, transmite maior confiança para prosseguir com o desmame, ou seja, este resultado é bastante específico, mas pode não ser demasiado sensível. Por outro lado, os utentes que não ultrapassam com sucesso o TRE quando este é realizado sem o aumento de pressão, podem ter sucesso no TRE quando este é feito com um aumento da pressão inspiratória, possibilitando assim uma extubação com segurança, demonstrando que este resultado pode ser mais sensível mas menos específico do que o anterior. Assim, não existe consenso sobre qual o melhor método para conduzir o TRE, podendo existir diferentes abordagens nas UCI.

Segundo Zein *et al.* (2016), a duração do TRE deve ser pelo menos 30 minutos e não mais que 120 minutos, isto é, deve aguardar-se até 30 minutos

para avaliar a tolerância ao TRE mas não ultrapassar os 120 minutos, caso esta tolerância não seja clara.

Como critérios de insucesso no TRE, considera-se o facto da pessoa apresentar agitação e ou ansiedade, depressão do estado de consciência, diaforese, atividade muscular acessória aumentada durante a respiração, dispneia, valores de SaO₂ < 90%, PaO₂ ≤ 60 mmHg, aumento da Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial (PaCO₂) > 8 mmHg, pH < 7,32 ou diminuição do pH ≥ 0,07 unidades de pH, FR > 35 ciclos/min ou aumento ≥ 50%, Frequência Cardíaca (FC) > 140 bpm ou aumento ≥20%, Pressão Arterial (PA) sistólica > 180 mmHg ou aumento ≥20%, PA sistólica < 90 mmHg e ou arritmia cardíaca. Quando existe algum dos critérios de falha do TRE deverá ser realizada uma pausa no processo de desmame ventilatório, sendo que poderá existir nova tentativa no dia seguinte. Não existindo critérios de falha, poderemos prosseguir para a etapa seguinte.

Por fim, numa terceira fase, removemos o Tubo Orotraqueal (TOT), terminando o processo de desmame ventilatório. A decisão de extubação deve ser tomada em equipa, porém, a decisão final deve ser tomada pelo médico.

Posteriormente, foi ainda avaliada a pertinência de realizar o teste de fuga do cuff, que segundo Girard *et al.* (2017) e Zein *et al.* (2016), deve ser realizado em utentes com potencialidade para serem extubados mas que tenham alto risco de desenvolver edema laríngeo pós-extubação, identificando no protocolo os fatores de risco e o procedimento a realizar. Segundo estes autores, caso exista insucesso no teste de fuga do cuff, mas o utente esteja pronto para a extubação, é recomendada a administração de corticosteroides sistémicos, pelo menos 4 horas antes da extubação

Por outro lado, foram avaliados os resultados da VNI em pessoas com insuficiência respiratória aguda. Segundo Ouellette *et al.* (2017), a aplicação de VNI a pessoas com insuficiência respiratória por exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) reduz a necessidade de intubação, a frequência de complicações, o tempo de internamento hospitalar e a taxa de mortalidade, sendo recomendada a pessoas com alto risco de falha na extubação, que estão em VMI há mais de 24 horas e que realizaram com sucesso um TRE. Segundo os mesmos autores, ao usar a extubação para VNI

de forma preventiva, esta deve ser iniciada logo após a extubação, de forma a reduzir as taxas de reintubação.

Para concluir a intervenção, desenvolvemos uma folha de verificação revista à posteriori por peritos, que tinha como objetivo o registo no processo clínico do utente, no final do procedimento, as intervenções realizadas, bem como, as intercorrências que pudessem ter existido. Assim, seria possível realizar avaliações do protocolo criado, podendo o mesmo ser melhorado continuamente, aperfeiçoando a qualidade dos cuidados prestados e obtendo ganhos em saúde, a curto e longo prazo.

Posteriormente foi apresentada a proposta de protocolo ao Enfermeiro Tutor e de seguida ao Enfermeiro Chefe, que deram um feedback positivo, referindo que era uma necessidade emergente do serviço. A equipa deu seguimento à proposta, referindo que esta necessidade carecia de intervenção, apresentando-a formalmente à Direção do Serviço, e estando no momento a aguardar resposta.

5. CONCLUSÃO

Com a evolução da atualidade, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde acontecem em ambientes complexos e exigem respostas rápidas e eficazes, o que promove a existência do erro clínico, entendendo-se assim a promoção da cultura da segurança nos cuidados de saúde como uma necessidade premente. A qualidade dos cuidados de Enfermagem preza por intervenções adequadas às necessidades dos utentes, de forma correta e segura. No entanto existe sempre a possibilidade da existência de erro, pelo que o profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, tem de reunir conhecimentos na área da segurança do utente para evitar a sua existência.

Nesta perspetiva surgiu a possibilidade de implementar uma oportunidade de melhoria na Unidade onde foi realizado estágio, de forma a uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de desmame ventilatório da PSC que se encontra submetido a VMI. Decidiu-se otimizar o procedimento de forma oportuna, visando a prevenção e redução de possíveis complicações associadas à VMI, realizando uma proposta de protocolo de desmame ventilatório. Para esta estratégia realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre a evidência científica mais recente sobre a temática. Assim, esta será disponibilizada aos profissionais de saúde do serviço, nomeadamente Médicos e Enfermeiros, bem como a proposta de protocolo em anexo.

6. BIBLIOGRAFIA

Baptistella, A. R., Sarmiento, F. J., da Silva, K. R., Baptistella, S. F., Taglietti, M., Zuquello, R. Á., *et al.* (2018). Predictive factors of weaning from mechanical ventilation and extubation outcome: A systematic review. *Journal Of Critical Care*, 48, 56–62. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.023>

Boles, J. M.; Bion, J.; Connors, A.; Herridge, M.; Marsh, B.; Melot, C.; ... & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033-1056. DOI: 10.1183/09031936.00010206

Centers for Disease Control And Prevention (2019). Ventilator-Associated Event (VAE). Disponível em https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae_final.pdf

Chittawatanarat, K., Orrapin, S., Jitkaroon, K., Mueakwan, S., & Sroison, U. (2018). An Open Label Randomized Controlled Trial to Compare Low Level Pressure Support and T-piece as Strategies for Discontinuation of Mechanical Ventilation in a General Surgical Intensive Care Unit. *Medical Archives*, 72(1), 51–57. Disponível em <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.51-57>

Direção Geral De Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção Geral De Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ferreira, M. (2019). *Manual de Enfermagem - Serviço de Cuidados Intensivos*

Girard, T. D.; Alhazzani, W.; Kress, J. P.; Ouellette, D. R.; Schmidt, G. A.; Truwit, J. D.; ... & Morris, P. E. (2017). An official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians clinical practice guideline: liberation from mechanical ventilation in critically ill adults. Rehabilitation protocols, ventilator liberation protocols, and cuff leak tests. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(1), 120-133.

Luo, F.; Annane, D.; Orlikowski, D.; He, L.; Yang, M.; Zhou, M.; & Liu, G. J. (2017). Invasive versus non-invasive ventilation for acute respiratory failure in neuromuscular disease and chest wall disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Martins, M. (2019). *Desmame ventilatório do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva: Prática baseada em evidências*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Norma n.º 021/2015 de 30 de Maio de 2017. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Ordem Dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ouellette, D. R.; Patel, S.; Girard, T. D.; Morris, P. E.; Schmidt, G. A.; Truwit, J. D.; ... & Kress, J. P. (2017). Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society clinical practice guideline: inspiratory pressure augmentation during spontaneous breathing trials, protocols minimizing sedation, and noninvasive ventilation immediately after extubation. *Chest*, 151(1), 166-180.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. Diário da República: 2ª série, n.º135. Lisboa, Portugal.

Zein, H., Baratloo, A., Negida, A., & Safari, S. (2016). Ventilator Weaning and Spontaneous Breathing Trials; an Educational Review. *Emergency*. 4(2), 65–71.

PROPOSTA DE PROTOCOLO: DESMAME VENTILATÓRIO

SIGLAS:

bpm - Batimentos por minuto

c/min - Ciclos respiratórios por minuto

cmH₂O- Centímetros de água

FC - Frequência cardíaca

FiO₂ – Fração inspirada de oxigênio

FR- Frequência respiratória

ml/kg – mililitros por quilograma

mmHg - Milímetros de mercúrio

O₂- Oxigênio

PA - Pressão Arterial

PaCO₂- Pressão parcial de dióxido de carbono

PaO₂ - Pressão parcial de oxigênio

PEEP – Pressão final expiratória positiva

pH - Potencial hidrogeniônico

PS – Pressão de suporte

SaO₂ - Saturação de oxigênio no sangue arterial

SpO₂ - Saturação periférica de oxigênio

TOT – Tubo orotraqueal

TRE- Teste de Respiração Espontânea

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação Mecânica Não Invasiva

VT – Volume corrente

OBJETIVO/ENQUADRAMENTO

A VMI é uma intervenção que salva vidas, porém também está associada a complicações para a pessoa em situação crítica. Por conseguinte é desejável retirar os utentes da VMI assim que a causa subjacente à mesma esteja resolvida e a pessoa seja capaz de manter a respiração espontânea com trocas gasosas adequadas.

Este protocolo tem o objetivo de uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de desmame ventilatório da pessoa em situação crítica que se encontra submetido a VMI e otimizar o procedimento de forma oportuna, visando a prevenção e redução de possíveis complicações associadas à VMI.

ÂMBITO

Todos os utentes sob VMI admitidos no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital X.

DEFINIÇÕES

- ⇒ **Desmame ventilatório** - O desmame ventilatório é um processo gradual de transição do suporte ventilatório total para respiração espontânea. (Boles *et al.*, 2007; Baptistella *et al.*, 2018).

- ⇒ **Insucesso no desmame ventilatório, segundo Boles *et al.*, (2007):**
 - Falha no Teste de Respiração Espontânea (TRE);
 - Necessidade de reintubação, até às 48h após a extubação ou insucesso na extubação;

- ⇒ **Sucesso no desmame ventilatório, segundo Boles *et al.*, (2007):** Sucesso na extubação, sem necessidade de suporte ventilatório durante as 48h após a extubação.

⇒ **Classificação dos utentes consoante a realização do TRE, segundo Boles et al., (2007):**

- Desmame Simples: Pessoas com sucesso na realização do primeiro TRE e extubadas na primeira tentativa;

- Desmame Difícil: Pessoas que falham no desmame inicial e necessitam de 3 TRE, ou necessitam até 7 dias desde o primeiro TRE para concretizarem o desmame bem-sucedido;

- Desmame Prolongado: Pessoas que falham em pelo menos 3 tentativas de desmame ou precisam de mais de 7 dias após o primeiro TRE;

METODOLOGIA

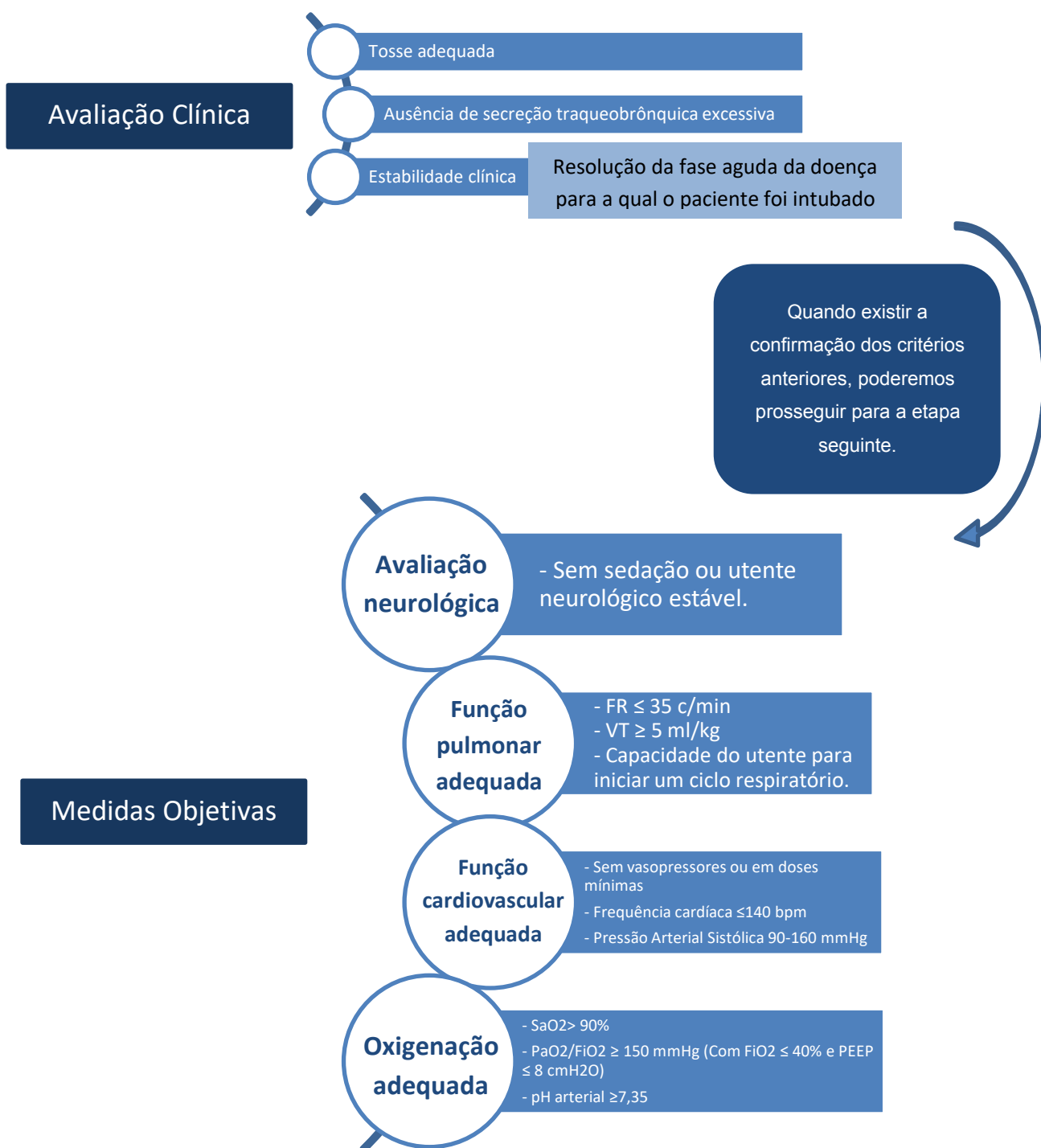
- Quem executa: Médicos e Enfermeiros do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital X

- Frequência: A possibilidade de desmame ventilatório deve ser realizado diariamente (Boles et al., 2007).

PROCEDIMENTO

O desmame ventilatório pode ser dividido em três etapas fundamentais: Avaliação de critérios para desmame, Teste de respiração espontânea e Extubação. Na primeira fase pretende-se realizar diariamente uma avaliação da existência de critérios para iniciar o desmame ventilatório, compreendendo se a pessoa tem critérios para terminar com a VMI de forma a prevenir atrasos na extubação. Posteriormente, numa segunda etapa, realiza-se o Teste de respiração espontânea para avaliar a capacidade da pessoa em respirar autónoma e espontaneamente. Por fim, numa terceira fase, removemos o tubo endotraqueal, terminando assim com o processo de desmame ventilatório.

1ª Fase: Avaliação de Critérios para Desmame



(Boles et al, 2007; Baptistella et al., 2018; Chittawatanara et al., 2018)

2ª Fase: Teste de Respiração Espontânea

Necessário avaliar as particularidades de cada pessoa e compreender qual é o método mais adequado para realizar o TRE.

O TRE pode ser conduzido sem aumento da pressão inspiratória (peça T ou CPAP) ou com aumento ligeiro da pressão inspiratória (pressão de suporte).

⇒ **CPAP: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas:**

- PS - 0 cmH₂O
- PEEP = 5 cmH₂O



- Demonstra com maior exatidão as condições fisiológicas posteriormente à extubação;
- Exige um maior esforço respiratório por parte do utente;

⇒ **Tubo em T:**

- Desconexão da pessoa ao ventilador
- Conexão ao circuito de peça em T com ligação à fonte de O₂



- Demonstra com maior exatidão as condições fisiológicas posteriormente à extubação;
- Exige um maior esforço respiratório por parte do utente;

⇒ **Pressão de Suporte (PS):**

- PS ≤ 8 cmH₂O
- PEEP ≤ 5 cm H₂O



- Reduz o esforço respiratório realizado pelo utente
- Método associado a uma taxa de sucesso do TRE e do desmame superior face aos restantes;

(Ouellette *et al.*, 2017; Chittawatanarat, *et al.* 2018)

✓ **Duração do TRE:** 30 a 120 minutos.

A duração do TRE deve ser pelo menos 30 minutos e não mais que 120 minutos, isto é, deve-se aguardar até 30 minutos para avaliar a tolerância ao TRE mas não ultrapassar os 120 minutos, caso esta tolerância não for clara.

(Zein *et al.*, 2016)

✓ **Crítérios de Insucesso do TRE:**

- Agitação/ansiedade
- Depressão do estado de consciência
- Diaforese
- Atividade muscular acessória aumentada
- Dispneia
- SaO₂ < 90%
- PaO₂ ≤ 60 mmHg
- Aumento da PaCO₂ > 8 mmHg
- pH < 7,32 ou diminuição do pH ≥ 0,07 unidades de pH
- FR > 35 ciclos/min ou aumento ≥ 50%
- FC > 140 bpm ou aumento ≥ 20%
- PA sistólica > 180 mmHg ou aumento ≥ 20%
- PA sistólica < 90 mmHg
- Arritmia cardíaca

(Boles *et al.*, 2007; Baptistella *et al.*, 2018)

⇒ Quando existe algum dos critérios de falha do TRE deverá ser realizada uma pausa no processo de desmame ventilatório, sendo que poderá existir nova tentativa no dia seguinte.

⇒ Não existindo critérios de falha, poderemos prosseguir para a etapa seguinte.

3ª Fase: Extubação

⇒ A decisão de extubação deve ser tomada em equipa, porém, a decisão final deve ser tomada pelo médico.

↳ Teste de Fuga do Cuff

- O Teste de Fuga do *Cuff* deve ser realizado em utentes com potencialidade para serem extubados mas que tenham alto risco de desenvolver edema laríngeo pós-extubação.

- São fatores de risco apresentar edema laríngeo, utentes com histórico de intubação traumática, intubação com duração superior a 6 dias, tubo endotraqueal de grande calibre; reintubação após extubação não planeada, antecedentes de cirurgia de cabeça e pescoço ou queimaduras das vias aéreas.

- Procedimento de Teste de Fuga do *Cuff*:

1. Prestar cuidados orais e caso necessário aspirar orofaringe.
2. Desinsuflar o *cuff*.
3. Contabilizar a diferença entre o Volume Corrente Inspirado e Volume Corrente Expirado, durante 3 a 6 ciclos respiratórios.
4. Insuflar o *cuff*.
5. Calcular a média de 3 dos valores avaliados.
6. É considerado alto risco do utente realizar edema laríngeo, se a média da diferença entre o Volume Corrente Inspirado e Volume Corrente Expirado for inferior a 110 ml.

- Caso exista insucesso no Teste de Fuga do *Cuff*, mas o utente esteja pronto para a extubação, é recomendada a administração de corticosteroides sistémicos, pelo menos 4 horas antes da extubação.

(Girard *et al.*, 2017; Zein *et al.* 2016)

↳ **Extubação para Ventilação Não Invasiva (VNI):**

- A extubação para VNI é recomendada para utentes com alto risco de falha na extubação, que estão em VMI a mais de 24 horas e que realizaram com sucesso um TRE.

- Os utentes com alto risco de insucesso na extubação podem incluir utentes com Hipercapnia/ Insuficiência Respiratória Crónica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência cardíaca congestiva ou outras comorbilidades graves.

- Ao usar a extubação para VNI de forma preventiva, a mesma deve ser iniciada logo após a extubação, de forma a reduzir as taxas de reintubação.

(Ouellette *et al.*, 2017)

Atividade	Justificação
1. Explicar o procedimento à pessoa e/ou família.	- Promover a colaboração da pessoa/família. - Diminuir a ansiedade face ao procedimento.
2. Reunir o material e colocar na unidade do utente, providenciando carro de emergência.	- Evitar gastos desnecessários de tempo e permitir atuação planeada, em caso de ocorrência de complicações.
3. Lavar/Desinfetar as mãos	- Prevenir o risco de infeção
4. Colocar equipamento de proteção individual	- Prevenir o risco de infeção
5. Promover o esvaziamento gástrico, colocando sonda nasogástrica em drenagem passiva.	- Prevenir a aspiração de vômito durante ou após a extubação. - Promover a expansão torácica adequada, pois a distensão gástrica provoca restrição diafragmática, prejudicando a ventilação.
6. Posicionar a pessoa em posição semi-fowler, exceto se contraindicado.	- Favorecer a expansão torácica e promover ventilação eficaz.
7. Aspirar secreções por TOT ou traqueostomia (ver norma).	- Diminuir a presença de secreções na via aérea, promovendo a permeabilidade da via aérea e otimizando a ventilação.
8. Reconectar a fonte de O ₂ / ventilador, com FiO ₂ 100%.	- Aumentar reservas de O ₂ , para prevenir hipoxia.
9. Realizar higiene oral / aspirar orofaringe.	- Avaliar possibilidade de progredir para extubação
10. Negociar com a pessoa próximos passos e aguardar que este estabeleça a ventilação apropriada após a aspiração.	- Otimizar ventilação, vigiando e evitando complicações associadas à estimulação provocada pela aspiração de secreções. - Estabelecer comunicação adequada de forma a diminuir ansiedade da pessoa..
11. Remover a fixação do TOT e conectar a seringa ao balão de pressão do <i>cuff</i> ;	- Possibilitar a desinsuflação do <i>cuff</i> e remoção do TOT no momento certo.

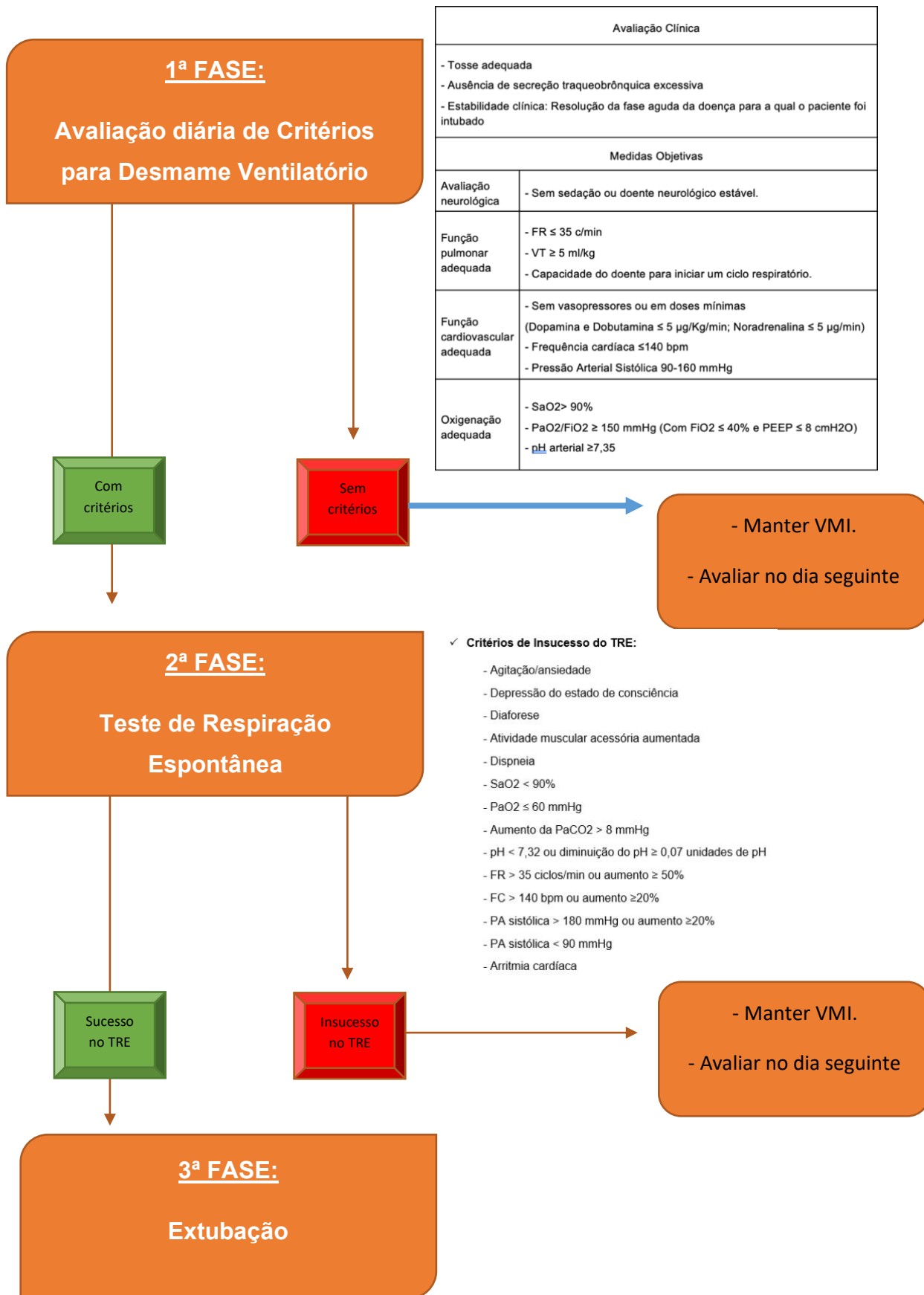
<p>12. Caso o utente se encontre em respiração espontânea, pedir para inspirar profundamente; Caso o utente se encontre conectado ao ventilador, aguardar pelo final da inspiração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir atelectasia durante extubação. - Facilitar a excreção de secreções que podem estar acumuladas acima do <i>cuff</i>. - Evitar lesões da via aérea. - Evitar a estimulação laríngea e reflexo de vômito.
<p>13. Próximo do momento do final da inspiração e início da expiração, desinsuflar o <i>cuff</i> e remover o TOT suavemente durante a expiração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nota: Evitar a aspiração endotraqueal, durante a realização deste passo, pois ao promover a estimulação traqueal e laríngea, poderá ser induzido laringospasmo e/ou broncoespasmo.
<p>14. Aspirar secreções orofaríngeas, se necessário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a presença de secreções na via aérea, promovendo a permeabilidade da via aérea e otimizando a ventilação.
<p>15. Fornecer O₂ por Máscara de Venturi com FiO₂ próximo ao que apresentava previamente ao procedimento, ou conectar a VNI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar hipóxia e otimizar a ventilação.
<p>16. Realizar gasimetria de controlo em 15/20 minutos</p>	<p>Avaliar capacidade respiratória da pessoa</p>

(Popat et al, 2012; Sturgess et al, 2017; Ortega, Connor & Rodriguez, 2014)

MONITORIZAÇÃO E REGISTOS

- ⇒ Proceder à vigilância e monitorização cardio-respiratória contínua, durante todo o processo de desmame ventilatório
- ⇒ Proceder ao registo no processo clínico do utente dos procedimentos e intervenções realizadas, bem como as intercorrências que possam ter existido.

FLUXOGRAMA DE DESMAME VENTILATÓRIO



REGISTO DE PROTOCOLO DE DESMAME VENTILATÓRIO

1ª FASE: AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA DESMAME

Critérios	Sim	Não
Tosse adequada		
Ausência de secreção traqueobrônquica excessiva		
Resolução da fase aguda da doença para a qual o paciente foi intubado		
Estado neurológico estável		
Função pulmonar adequada		
Função cardiovascular adequada		
Oxigenação adequada		

2ª FASE: TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

- Hora início TRE:

- Hora fim TRE:

Método	
CPAP (PS - 0 cmH ₂ O + PEEP = 5 cmH ₂ O)	
Tubo em T	
Pressão de Suporte (PS ≤ 8 cmH ₂ O + PEEP ≤ 5 cm H ₂ O)	

(assinale com X)

<u>Insucesso no TRE, motivo:</u>	
Agitação/ansiedade	
Depressão do estado de consciência	
Diaforese	
Atividade muscular acessória aumentada	
Dispneia	
SaO ₂ < 90%	
PaO ₂ ≤ 60 mmHg	
Aumento da PaCO ₂ > 8 mmHg	
pH < 7,32 ou diminuição do pH ≥ 0,07 unidades de pH	
FR > 35 ciclos/min ou aumento ≥ 50%	
FC > 140 bpm ou aumento ≥ 20%	
PA sistólica > 180 mmHg ou aumento ≥ 20%	
PA sistólica < 90 mmHg	
Arritmia cardíaca	

(assinale com X)

3ª FASE: EXTUBAÇÃO

Observações/Considerações:

APÊNDICE III – PÓSTER: “BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE CAPNOGRAFIA NO DOENTE SUJEITO A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CONTEXTO EXTRA HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA”



BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE CAPNOGRAFIA NO DOENTE SUJEITO A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR, EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR:

REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Jorge Marques¹, [Redacted]², [Redacted]³, Patrícia Coelho⁴

¹ Enfermeira Pós-Graduada em Abordagem ao Doente Crítico, Instituto Português de Oncologia do Porto, Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Universidade Católica Portuguesa. anajmarques@gmail.com
² [Redacted]
³ [Redacted]
⁴ Professora Auxiliar convidada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. stcoelho@porto.ucp.pt

INTRODUÇÃO

Os cuidados ao doente em situação crítica, ou seja aquele cuja falência ou disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas, toma a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, exigem das equipas uma intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas⁽¹⁾.

O uso da capnografia pode ser um instrumento essencial no contexto do doente crítico, permitindo uma avaliação real e específica. Tendo em conta a realidade atual e as potencialidades do uso de capnografia, questionamos: Quais os *outcomes* da utilização de capnografia, em doentes sujeito a reanimação cardiopulmonar, em contexto extra hospitalar? O objetivo deste trabalho é descrever a evidência científica produzida sobre os ganhos em saúde com a utilização de capnografia, em doentes sujeitos a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em contexto extra hospitalar.

METODOLOGIA

Efetuada pesquisa nas bases de dados científicas EBSCO e Pubmed, com os Descritores de Ciência da Saúde: "Capnography", "Cardiopulmonary Resuscitation" e "Prehospital Services". Foram realizadas equações com os operadores booleanos "AND" para associar os descritores. Da pesquisa resultaram 1771 artigos que foram submetidos a um teste de relevância com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Após remoção de duplicados, leitura do título e resumo, ficaram 19 artigos para leitura do texto integral, da qual resultaram 4 para inclusão na revisão conforme diagrama Prisma (Figura 1).

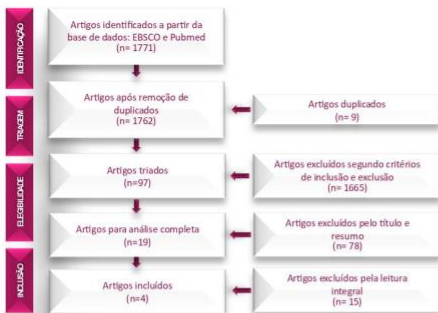


Figura 1 – Diagrama Prisma

Na Figura 2 encontra-se exemplificado os artigos incluídos para análise como esquema de evidências.

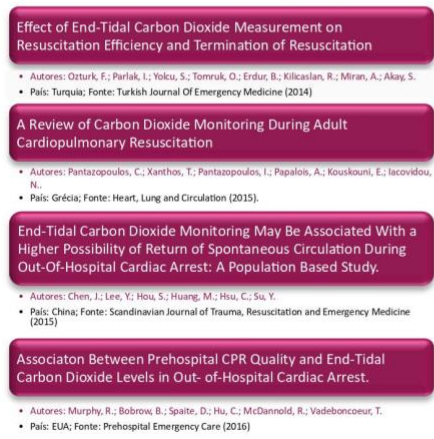


Figura 2 – Esquema de Evidências

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Como exemplificado na Figura 3, existem fatores que podem influenciar os níveis de ETCO₂ durante a RCP como a causa da Paragem Cardiorrespiratória (PCR), o ritmo cardíaco inicial, o tempo decorrido até ao início das manobras de reanimação, o desempenho/fadga dos reanimadores e a administração de fármacos vasopressores⁽²⁾. Num estudo sobre a associação entre a qualidade da RCP pré-hospitalar e os níveis de ETCO₂ em contexto pré-hospitalar, os resultados demonstraram uma relação direta entre os níveis de ETCO₂ e variáveis inerentes às manobras de reanimação, estabelecendo uma relação de causalidade entre a qualidade das manobras de reanimação e os valores de ETCO₂ obtidos através da capnografia⁽³⁾. Noutro estudo de base populacional, os investigadores defenderam que a monitorização da capnografia por si só não melhora diretamente a qualidade da RCP, contudo, ao ter em conta este parâmetro, a equipa poderá ajustar a sua intervenção, obtendo um melhor desempenho e por sua vez resultados mais benéficos para o doente, como uma maior possibilidade de RCE⁽⁴⁾.

Um estudo realizado sobre o efeito da medição do CO₂ expirado na eficiência da ressuscitação concluiu que era possível perceber a probabilidade de sobrevivência dos doentes pelos níveis de ETCO₂ no início e no fim da RCP, referindo que os doentes com Retorno da Circulação Espontânea (RCE) apresentavam valores de ETCO₂ mais elevados do que aqueles que não recuperavam, tanto na monitorização inicial como no final da RCP⁽⁵⁻⁶⁾. Tendo em conta a relação deste parâmetro com a pressão de perfusão, valores de ETCO₂ abaixo de 10 mmHg durante a RCP, tem pouca probabilidade de RCE⁽⁵⁾. Evidencia-se nesta revisão que os valores de ETCO₂ permitem prever a possibilidade de sobrevivência e guiar os reanimadores na qualidade da RCP e no término da mesma⁽²⁾. Todos os autores indicam que a utilização de capnografia é um instrumento importante durante a RCP, uma vez que permite um *feedback* do desempenho da equipa, aumentando a possibilidade de RCE⁽²⁻³⁾. Contudo, apesar de recomendarem a utilização da capnografia, em contexto extra e intra-hospitalar, para avaliação adicional das manobras e monitorização fisiológica e de ser uma recomendação das *guidelines* internacionais para atuação nesta emergência clínica, o seu uso geral ainda é baixo (4).



Figura 3 – Esquema resumo dos resultados da revisão integrativa

CONCLUSÃO

As comunicações e resultados analisados nesta revisão integrativa da literatura dão suporte à noção de que a utilização de capnografia é um parâmetro essencial durante a RCP. O uso deste dispositivo permite aumentar os ganhos em saúde do doente sujeito a RCP uma vez que possibilita um *feedback* em tempo real da atuação da equipa, sendo possível orientar os esforços de reanimação com o objetivo de atingir o RCE. Para além disso, ajuda a perceber a previsão da probabilidade de sobrevivência do doente no início e durante a intervenção, sendo possível uma gestão correta e rentável de recursos.

(1)Klein, J. (2011) Otimização da Cuidado e a Qualidade da Assistência em Emergências (Qualidade de Cuidado em Emergências). Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: [http://www.elsevier.com/locate/S0965-2601\(11\)00000-0](http://www.elsevier.com/locate/S0965-2601(11)00000-0)
(2)Pantazopoulos, C., Xanthos, T., Pantazopoulos, I., Papalolis, A., Kouskoumi, E., Iacovidou, N., et al. (2015) A Review of Carbon Dioxide Monitoring During Adult Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*, 96, 10-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscite.2015.05.013>
(3)Murphy, R., Blom, B., Spate, D., Hu, C., McDannold, R., & Vadeboncoeur, T. (2015) Association Between Prehospital CPR Quality and End-Tidal Carbon Dioxide Levels in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Prehospital Emergency Care*, 20(1), 64-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10903954.2015.1028222>
(4)Chen, J., Lee, Y., Hou, S., Huang, M., Hsu, C., Su, Y. (2015) End-Tidal Carbon Dioxide Monitoring May Be Associated With a Higher Possibility of Return of Spontaneous Circulation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Population Based Study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(15). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-015-0161-0>
(5)Chen, F., Yang, L., Han, S., Zhang, Q., Shen, B., Wu, S., et al. (2015) Effect of End-Tidal Carbon Dioxide Measurement on Resuscitation Efficiency and Termination of Resuscitation. *International Emergency Medicine*, 14(1), 20-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12012-014-0189-7>

7. ANEXO: CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO

Ana Jorge

para mim



Boa tarde Ex.ma Sr.ª Enfermeira [REDACTED].

Eu, Ana Jorge Santos Marques, Enfermeira do [REDACTED] e estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, no âmbito de um Relatório de Estágio intitulado "O Percurso para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica", venho por este meio solicitar o seu consentimento para a referenciação do meu estudo denominado "Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências", desenvolvida pela Sr.ª Enfermeira.

Junto envio um pedido de referenciação. Gostaria ainda de referir que, a utilização do meu estudo, seria uma mais-valia para uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de Desmame Ventilatório do doente crítico que se encontra submetido à Ventilação Mecânica Invasiva.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Jorge Marques

Ex.ma Sr.ª Enfermeira [REDACTED]

Eu, Ana Jorge Santos Marques, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, no âmbito de um Relatório de Estágio intitulado "O Percurso para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica", venho por este meio solicitar o seu consentimento para a referenciação do meu estudo denominado "Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências", desenvolvida pela Sr.ª Enfermeira.

Para o desenvolvimento deste Relatório, a utilização do meu estudo, seria uma mais-valia para uniformizar os procedimentos realizados durante o processo de Desmame Ventilatório do doente crítico que se encontra submetido à Ventilação Mecânica Invasiva. Assim, pretendemos otimizar o procedimento de forma oportuna, visando a prevenção e redução de possíveis complicações associadas a esta técnica, melhorando a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros que exercem funções nos serviços de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Caso a autorização seja concedida, comprometo-me, no respeito integral pelos direitos de autor, a indicar como referência no meu estudo, a seguinte:

Martins, M. (2019). Desmame ventilatório do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva: Prática baseada em evidências. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Aguardando resposta, despeço-me com os melhores cumprimentos pessoais ficando ao dispor, caso pretenda, de algum esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Ana Jorge Marques

[Redacted] <[Redacted]>
para mim, Sílvia, [Redacted]



Bom dia Exma Sra Enf. Ana Marques,

Eu, [Redacted] dou o meu consentimento para a referenciação no meu estudo denominado "Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências".

Os melhores cumprimentos,

[Redacted]