



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

**NO CAMINHO PELA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM**  
**Percurso de Aquisição de Competências**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Mariana Luísa Vieira Azevedo

Porto – março 2023





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**NO CAMINHO PELA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM**

**Percurso de Aquisição de Competências**

**ON THE WAY TO THE VALORIZATION OF NURSING**

**Path of Acquiring Competences**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Mariana Luísa Vieira Azevedo

Sob a orientação de Doutor Vasco Neves

Porto – março 2023



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 15º curso de mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto. As atividades em ensino clínico correspondem a duas unidades curriculares distintas que decorreram entre 02 de maio a 25 de junho e 05 de setembro a 17 de dezembro de 2022. Os estágios foram desenvolvidos no serviço de nefrologia, (unidade de diálise); - no serviço de urgência e numa unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital central na cidade do Porto.

Durante o período desenvolvido em ensino clínico foram desenvolvidas atividades com vista ao alcance dos objetivos, previamente delineados no projeto de estágio, para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo por base os quatro domínios estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros. O contributo para cada contexto, foi ao encontro da identificação de problemáticas, sendo cada uma posteriormente estudada e após a análise da evidência selecionada, foram apresentadas propostas, constituídas por estratégias, com o objetivo de melhoria e da promoção da prestação de cuidados de qualidade.

**Palavras-chave:** enfermeiro, enfermeiro especialista, pessoa em situação crítica, relatório de estágio, competências.



## **ABSTRACT**

This report is part of the 15th Master's Degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Critically Patients of Institute of Health Sciences- Universidade Católica Portuguesa in Porto. The activities in clinical teaching correspond to two distinct curricular units which took place between 2nd May and 25th June and 5th September and 17th December, 2022. The internships were developed in the nephrology service, (dialysis unit); -in the emergency department and in a multipurpose intensive care unit of a central hospital in the city of Porto.

During the period developed in clinical teaching, activities were developed with a view to achieve the objectives, previously outlined in the internship project, for the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, based on the four domains established by the Order of Nurses. The contribution for each context was to identify problems, each one being further studied and after analyzing the selected evidence, proposals were presented, consisting of strategies, with the aim of improving and promoting the provision of quality care.

**Key-words:** nurse, specialist nurse, person in critical situation, internship report, competencies.



## **LISTA DE SIGLAS/ ABREVIATURAS/ ACRÓNIMOS**

AV- acesso vascular

CVC- cateter venoso central

CCIRA- comissão de controlo de infeção e resistência a antibióticos

DGS- direção geral da saúde

DP- diálise peritoneal

DPA- diálise peritoneal automatizada

DPCA- diálise peritoneal contínua em ambulatório

DR- doença renal

DRC- doença renal crónica

EE- enfermeiro especialista

EMC- enfermeiro especialista em médico-cirúrgica

EPSC- enfermagem à pessoa em situação crítica

FAV- fístula arteriovenosa

HD- hemodiálise

HLS- hospital logistics system

IACS- infeções associadas aos cuidados de saúde

ICD- insuficiência cardíaca descompensada

OE- ordem dos enfermeiros

PAV- prótese arteriovenosa

PSC- pessoa em situação crítica

PICS- post intensive care syndrome

PPV- preservação do património vascular

SCI- serviço de cuidados intensivos

SCR- síndrome cardiorenal

SE- sala de emergência

SLED- sustaines slow efficiency dialysis

SNS- serviço nacional de saúde

SPICI- síndrome pós internamento em cuidados intensivos

SU- serviço de urgência

UCI- unidade de cuidados intensivos

UCIC- unidade de cuidados intensivos coronários

UCIP- unidade de cuidados intensivos polivalente

UD- unidade de diálise

UDP- unidade de diálise peritoneal

UHD- unidade de hemodiálise



## ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	13
2.CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....	19
2.1Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	21
2.2Caracterização da Unidade de Diálise .....	22
2.3Caracterização do Serviço de Urgência .....	24
3.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: ANÁLISE CRÍTICA POR DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS.....	29
3.1Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
3.2Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	43
3.3Domínio da Gestão dos cuidados.....	60
3.4Domínio das aprendizagens profissionais .....	67
4.CONCLUSÃO .....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
APÊNDICE A- Manual de apoio na SLED (para a equipa de Enfermagem) .....	87
APÊNDICE B- Apresentação do manual de apoio na SLED (para a equipa de Enfermagem).....	91
APÊNDICE C- Promoção do Sono no doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos.....	103
APÊNDICE D- Apresentação do trabalho: Promoção do Sono no doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos .....	127
APÊNDICE E- Preservação do Património Vascular na Pessoa com Doença Renal no Serviço de Urgência .....	137



## 1.INTRODUÇÃO

A sociedade encontra-se em constante mudança e são colocados diariamente desafios aos profissionais de saúde que surgem por mudanças sociais, científicas e tecnológicas. Estes desafios incentivam a reflexão e a procura de novos saberes que conseqüentemente conduzem os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, na procura de formação contínua e especializada por forma, a proporcionar um crescimento profissional e pessoal, numa população que cada vez mais exige conhecimentos de elevado nível prático e teórico.

Sou enfermeira desde 2013, concluí a licenciatura no Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica no Porto e entre várias batalhas e obstáculos, no que diz respeito ao mercado de trabalho, iniciei o meu exercício de funções em contexto hospitalar no ano de 2015. Desde então encontro-me num hospital central da cidade de porto, onde durante cinco anos exerci funções num internamento de medicina e atualmente no serviço de cardiologia. Decidi ingressar no 15º curso de mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), porque a área de atuação no doente crítico sempre despertou a minha atenção e curiosidade.

Desde muito cedo, exerci funções de voluntariado na assistência pré-hospitalar numa corporação de bombeiros e pelas experiências vivenciadas e gosto pela área do cuidar, decidi seguir a arte de enfermagem. Após a conclusão da licenciatura continuei a investir na formação e concluí a pós-graduação em emergência trauma e catástrofe comprovando a minha curiosidade e busca de conhecimentos na área que sempre me cativou.

O meu percurso profissional até à atualidade e o facto de exercer recentemente funções no serviço de cardiologia, que possui uma unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC), fez-me compreender que o doente crítico pode ser

encontrado em diferentes cenários e despertou a necessidade de procura de conhecimento e competências para proporcionar a prestação de cuidados de qualidade à PSC.

A realização do presente relatório constitui a oportunidade de conclusão da unidade curricular “estágio final e relatório” integrada no 15º curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conducente ao grau de mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC). Com o aproveitamento no presente relatório será finalizada toda uma caminhada com vista à obtenção da habilitação de mestre em Enfermagem e a certificação, junto da Ordem dos Enfermeiros (OE) da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

No presente relatório será utilizado como metodologia, o método descritivo e reflexivo abordando o conjunto de experiências clínicas que permitiram o desenvolvimento de habilidades nos diferentes domínios. O conjunto destas, que se esperam adquiridas, estão descritas nos regulamentos da OE sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (EE) nas quais me baseio para a construção do presente documento. Ao longo do relatório serão apresentados os trabalhos realizados, as atividades desenvolvidas e as capacidades adquiridas no decorrer dos estágios compreendidos em duas unidades curriculares. A primeira, designa-se “a pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, na qual desenvolvi o estágio na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) de um hospital central da cidade do porto. Esta unidade curricular, desenvolveu-se num total de 180h de contacto, ao longo de 8 semanas, a um ritmo médio de 24h de contacto por semana de 02/05/22 a 25/06/22.

Relativamente à segunda unidade curricular “estágio final e relatório”, foi desenvolvida em dois contextos num total de 360 horas de contacto, sendo de 180

horas cada, compreendida no período entre 05 de setembro e 17 de dezembro de 2022. O primeiro contexto de estágio, inserido nesta unidade curricular, decorreu na unidade de diálise (UD), no serviço de nefrologia de um hospital da área metropolitana do porto, compreendido entre 05 de setembro e 26 de outubro de 2022. O segundo contexto realizou-se num serviço de urgência (SU) da mesma instituição, compreendido entre 27 de outubro e 17 de dezembro de 2022.

Assim, dada uma breve contextualização das unidades curriculares e campos de estágio, é relevante referir que o estágio na UCIP foi o primeiro a ser realizado, sendo este um dos campos de estágio propostos pela Universidade Católica Portuguesa- Escola de Enfermagem, o qual abracei com total agrado. Tendo em conta a minha inexperiência em contexto de cuidados intensivos e dado esta tratar-se de uma unidade polivalente que recebe doentes com uma diversidade de patologias, possibilitou uma panóplia de experiências enriquecedoras elevando a aquisição de conhecimentos e competências relativamente à prática de cuidados especializados à PSC.

Os estágios na UD e no SU surgem após o contacto no contexto da UCIP, e demonstram ser como que uma prova diária das competências já adquiridas no contexto anterior, bem como o aperfeiçoamento das mesmas e aquisição de outras. Esta etapa foi muito importante no curso, privilegiando a dinâmica individual, por forma a obter a aquisição de potencialidades críticas e reflexivas, orientadas para o desenvolvimento de capacidades e competências profissionais enquanto futura especialista em EMC. Nestes contextos, UD e SU, importa referir que a temática da promoção do património vascular na PSC, serviu de fio condutor às propostas de intervenção para o contexto final no SU, cabendo à equipa multidisciplinar minimizar e/ou modificar os factores que potenciadores da destruição do património vascular tão importante no doente com doença renal.

O regulamento nº124 da OE, define que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (Diário da República, 2011). Atendendo a isto, a sobrevivência da pessoa depende destes mesmos cuidados altamente especializados e diferenciados.

Com o presente relatório pretende-se atingir os seguintes objetivos: descrever e refletir criticamente todo o percurso e aprendizagens ao longo do decorrer dos diferentes estágios, em resposta aos objetivos específicos previamente definidos no projeto de estágio realizado; demonstrar a aquisição de competências através das atividades desenvolvidas; identificar situações/ problema encontradas e a apresentar soluções através da procura de evidência científica, com revisão da literatura e adequada gestão de equipas e recursos.

O relatório apresenta-se por capítulos constituídos por subcapítulos, sendo apresentada uma introdução, seguida da contextualização dos diferentes locais onde foi desenvolvido cada estágio, e a descrição de todo o percurso fundamentada com uma análise reflexiva, relacionando a aquisição de competências, em cada domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, através da realização de atividades e a qualidade dos cuidados prestados para esse fim. Para finalizar, será apresentada uma conclusão referente a todo o processo realizado, apresentando as referências bibliográficas utilizadas, bem como, todos os apêndices abordados ao longo do documento.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, serão descritas e analisadas todas intervenções relacionadas com o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana, do dever do sigilo profissional, do direito à informação, assim como do consentimento presumido.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** serão apresentadas as atividades realizadas com vista a procura contínua da melhoria da qualidade e

da segurança do doente, família e profissional, visando a excelência da prática dos cuidados. Foram identificadas oportunidades de melhoria no que se refere à preservação do património vascular (PPV) em doentes com doença renal no contexto de SU e relativamente à privação do sono e repouso da PSC internada na UCIP, tendo sido elaborada uma proposta de intervenção, para ambas as temáticas, sensibilizando para a importância da sua promoção. Previamente às diferentes propostas, procedeu-se à fundamentação teórica, com recurso a pesquisa bibliográfica que lhe serviu de base.

No **domínio da gestão de cuidados**, será refletida e analisada a importância da colaboração com as equipas multidisciplinares, com o intuito de perceber toda a dinâmica e todo o processo de gestão de um serviço hospitalar.

Relativamente ao **domínio das aprendizagens profissionais**, será apresentada a descrição de todas as atividades promotoras ao desenvolvimento das competências específicas para a prestação de cuidados à PSC, importantes ao desenvolvimento e pessoal e profissional.

No final, serão apresentadas as conclusões obtidas relacionado a forma de como as aprendizagens vivenciadas e as competências adquiridas irão influenciar a minha prática enquanto futura EE e Mestre. Por fim, apresento as referências bibliográficas, enunciadas de acordo com a norma da *American Psychological Association* (APA), e os respetivos apêndices. As fontes bibliográficas utilizadas procuram a representatividade e atualidade no meio académico, sendo que foram utilizados, publicações periódicas e trabalhos de investigação recentes, regulamentação e instrumentos institucionais da OE e alguns manuais teóricos que constituíram as bases de obras consultadas para a redação do presente relatório. A escolha desta estrutura para apresentação prende-se com a possibilidade de relacionamento das diferentes competências do EE nos diferentes domínios, enfatizando a área de enfermagem à PSC e os indicadores

de qualidade, fruto das boas práticas, que norteiam e justificam a valorização da Enfermagem enquanto profissão.

## 2·CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O presente relatório pretende concretizar os objetivos referidos anteriormente para os quais se torna relevante uma descrição sumária dos diferentes locais de estágio, sendo esta sustentada posteriormente por uma redação relativamente às diversas atividades e aprendizagens desenvolvidas durante os estágios nos diferentes contextos. Serão destacados momentos vivenciados refletindo sobre as práticas clínicas e organizacionais, num exercício constante, tendo em vista a melhoria dos cuidados e a prestação de cuidados de qualidade. A total disponibilidade por parte dos diferentes elementos que ancoraram todo o processo, permitiu a discussão e reflexão sobre diversas temáticas que foram surgindo ao longo dos estágios, fornecendo todos os recursos necessários para o meu crescimento enquanto enfermeira e futura mestre em EMC. Neste capítulo, apresenta-se uma breve contextualização e caracterização dos locais onde foram desenvolvidos os estágios nomeadamente UCIP, UD e SU num hospital central da cidade do porto. Seguem-se as análises e reflexões cuidadas de todo o processo, tendo por base os domínios das competências do EE e as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, correlacionando todas as experiências vivenciadas com as atividades desenvolvidas.

Entende-se por PSC *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Diário da República, 2011, p. 19362). A prestação de cuidados de enfermagem à PSC é complexa e multidimensional, e é comum que o estado de saúde da mesma se altere e que o plano terapêutico e decisão clínica tomada anteriormente tenham de ser adaptados (Duarte Reis, 2021).

Atendendo à minha experiência profissional, considero a prestação de cuidados à PSC e família um desafio constante, especificamente para os profissionais de saúde que trabalham nestes contextos. A instabilidade da pessoa doente é um factor constante que promove o desenvolvimento de determinadas competências no enfermeiro, nomeadamente atitudes e comportamentos de procura, reconhecimento e deteção precoce de complicações, por forma a assegurar uma intervenção cada vez mais rápida e adequada.

O facto da pessoa doente com patologia crónica agudizar e rapidamente evoluir para uma situação crítica, fez despertar em mim, o interesse por esta área de assistência. No serviço onde me encontro a desenvolver funções várias são as situações, como a descrita anteriormente, que acontecem com alguma frequência.

A pessoa doente com insuficiência cardíaca descompensada (ICD), diagnosticada como patologia crónica, por vezes evolui para uma situação crítica necessitando de intervenções invasivas, específicas (nomeadamente técnicas dialíticas) e especializadas para o seu tratamento e estabilização. Um diagnóstico muito recorrente no serviço onde exerço funções é o Síndrome Cardiorenal (SCR). Este define-se como uma condição de disfunção cardíaca e de disfunção renal, na qual a falência aguda ou crónica de um dos órgãos precipita a falência aguda ou crónica do outro.

Estudos demonstraram que a coexistência de doenças cardíacas e renais são comuns e que a insuficiência cardíaca é a causa mais frequente de hospitalização em pessoas com mais de sessenta e cinco anos, sendo que e quando associada a patologia renal, a pessoa doente está sujeita a um aumento da morbimortalidade e associado a esse facto, o custo de tratamento mais elevado (Antunes, 2015). As implicações desta síndrome possuem grande relevância na prática clínica sendo que a sua fisiopatologia ainda não está totalmente definida, mas verifica-se um aumento na sua prevalência. Assiste-se, assim, a uma necessidade crescente no

diagnóstico precoce e a um aumento significativo dos recursos necessários para o seu tratamento (Silva, 2013). Neste sentido, o EE deve estar constantemente alerta para todos os sinais e sintomas para assim prevenir complicações atuando de forma célere e eficaz. O desconhecimento na área da diálise e o facto de doentes cardíacos, muitas vezes, desenvolverem SCR foi outro dos factores que influenciou a escolha dos locais de estágio na UD e SU.

### 2.1- Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP, onde desenvolvi o primeiro estágio, é uma unidade cuja missão é o atendimento de doentes neurocríticos, doentes com cirurgia programada com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) ou intermédios e os pós-operatórios de doentes submetidos a transplante hepático, reno-hepático e reno-pancreático. Para além destes doentes são admitidos outros de várias especialidades mediante a necessidade de cuidados que o doente necessita.

As características gerais da UCIP seguem as recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos, publicada em 2013 (ACSS, 2013). O serviço de internamento é uma unidade mista, de nível II e III, constituída por doze camas, sendo que três destas correspondem a quartos/boxes de pressão negativa. Por ser uma unidade com postos/camas em espaço aberto apresenta algumas vantagens, nomeadamente, o facto da pessoa doente estar na área de visão do enfermeiro e como tal tem um maior acompanhamento e observação permitindo uma maior economia na organização do espaço e maior rentabilidade dos cuidados (Gouveia, 2017). Contudo, uma organização assim também tem desvantagens, entre as quais a menor privacidade, uma maior perceção de ruídos e uma maior probabilidade de infeções associada aos cuidados de saúde (IACS).

A UCIP tem permanentemente médicos, enfermeiros (grande parte EE em EMC mas não contratados como tal) e assistentes operacionais. Para além disso, possui

meios de diagnóstico vinte e quatro horas por dia e, pelo menos um EE em reabilitação nos turnos da manhã e tarde. Este último aspeto, é muito relevante sendo que a readaptação funcional é um indicador pertencente aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A equipa da UCIP, mantém ainda a responsabilidade de assegurar a emergência interna permanente, no que diz respeito às situações de urgência/emergência em todo o hospital e as consultas de qualidade de vida pós-internamento em cuidados intensivos/ consultas de *follow-up*.

## 2.2·Caracterização da Unidade de Diálise

O estágio da UD foi realizado num hospital central da cidade do porto, sendo que esta unidade realiza terapêutica de substituição de função renal desde 1969, na época no serviço de medicina. Posteriormente a nefrologia organizou-se como serviço independente no ano de 1975 com as valências de nefrologia clínica, hemodiálise e diálise peritoneal.

A UD do serviço de nefrologia em causa, é uma unidade central, certificada desde 2006, seguindo os requisitos dispostos no decreto-lei nº392 (Diário da República, 2013), presta tratamento dialítico a doentes em regime de internamento e ambulatório, de fácil acesso para o exterior, sendo esta estreitamente articulada com a unidade de diálise peritoneal e parte integrante do serviço de nefrologia. Este serviço tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde. É também missão deste serviço apoiar todos os doentes com insuficiência renal em fase pré dialítica ou em diálise da área de influência ou que, por opção tenham decidido escolher a unidade para apoio clínico, respeitando e implementação adequada das diretrizes emanadas no

Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, disponível no sistema informático da unidade hospitalar em causa (Manual da Unidade de Hemodiálise, 2018).

A unidade de hemodiálise (UHD) em colaboração com a unidade de diálise peritoneal (UDP), tem como finalidade a prestação dos seguintes cuidados: consulta de pré diálise, hemodiálise, consultas de diálise e formação pós-graduada. Atualmente, a UHD dispõe de quatro salas: uma sala de tratamento de água, uma sala para a realização de técnicas invasivas e dois gabinetes médicos. A sala maior de tratamento convencional (sala A) é constituída por 8 postos de tratamento. Existe ainda uma sala com 3 postos, dedicada, mas não exclusiva, a doentes com serologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); uma outra sala com 1 posto, dedicada a doentes com serologia positiva para o Vírus da Hepatite B (VHB); e, finalmente, uma sala de internamento curto com 2 postos para doentes provenientes da urgência, para sessões de hemodiálise urgente, para internamento curto de doentes de diálise e ainda para isolamento de doentes com infeções não víricas.

A UHD, encontra-se em funcionamento regular e permanente, assegurando o tratamento dialítico aos doentes crónicos de ambulatório em programa regular de HD, bem como, aos doentes agudos e crónicos internados e/ou admitidos no SU. Esta unidade é responsável também, pela colocação e remoção de cateteres venosos centrais (CVC) provisórios e tunelizados. Estes são acessos vasculares para HD utilizados em pessoas doentes em situação emergente ou urgente, que não possuem fístula arteriovenosa (FAV) ou prótese arteriovenosa (PAV) previamente construída, ou sem possibilidade para acesso vascular definitivo, todas estas intervenções realizam-se na sala de procedimentos. Na UHD são realizadas as seguintes técnicas: hemodiálise convencional, hemodiálise de alto fluxo, hemodiafiltração, plasmaferese e a LDL-Aferese (Aferese de Lipoproteínas de Baixa Densidade). Para além destas técnicas o serviço disponibiliza um

enfermeiro que dá apoio à realização de técnicas dialíticas nos serviços de cuidados intensivos (SCI), UCIP e à UCIC.

A UDP encontra-se localizada também no piso 0 e assegura a realização de diálise peritoneal contínua em ambulatório (DPCA) desde 1985 e de diálise peritoneal automatizada (DPA) desde 1997. Dispõe de um gabinete médico e de uma sala onde são realizados os ensinamentos da técnica, a consulta de esclarecimento das técnicas de substituição renal e a vigilância clínica por parte da equipa de enfermagem. Esta unidade assume ainda, as seguintes responsabilidades: seleção dos doentes candidatos a este tipo de técnica; colocação do cateter de *Tenckhoff* na cavidade abdominal; gestão das complicações associadas à técnica; realização de testes de eficácia dialítica e testes de transporte da membrana peritoneal; otimização da prescrição da diálise. Na presença de intercorrências, os doentes são admitidos no internamento do serviço de nefrologia, ficando a cargo da equipa médica da unidade de diálise peritoneal (DP).

### 2.3- Caracterização do Serviço de Urgência

O SU onde desenvolvi o último estágio é uma urgência polivalente, de acordo com o Despacho nº. 10319/2014 do Ministério da Saúde, corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à situação de emergência/urgência, atendendo, em média, entre 350 a 400 doentes por dia, na sua maioria, provenientes das freguesias ocidentais da cidade que integra, mas também referenciados de outros hospitais da periferia (Diário da República, 2014). Adicionalmente, é o serviço de referência na área metropolitana do norte do país para a especialidade de Gastroenterologia.

O SU está estruturado em vários setores, nomeadamente: admissão, serviço informativo, posto de triagem de prioridades, sala de emergência, sala laranja, área de trauma e pequena cirurgia, área de ortopedia, unidade de curta duração de medicina interna, sala de observações, sala de observação clínica 1, 2 e 3,

inaloterapia, oftalmologia, otorrinolaringologia e, atualmente, ainda se mantém, uma área dedicada a pessoas doentes que testem positivo para COVID-19. A nível de horário, cumpre o funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, sendo a assistência à pessoa doente assegurada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, secretários da unidade, técnicos de eletrocardiografia/imagiologia, técnicos de patologia clínica e hemoterapia. O serviço é constituído por várias valências de atendimento, nomeadamente medicina interna, neurologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, urologia, nefrologia, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular, cardiologia de intervenção, incluindo o bloco operatório e sala de hemodinâmica em apoio permanente, dando resposta a uma população em idade adulta, tendo em conta que o atendimento pediátrico é realizado noutra local distinto do hospital central em causa.

O SU está integrado no departamento de anestesiologia, cuidados intensivos e emergência do hospital e, através de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, tem como missão o rápido diagnóstico e tratamento de pessoas doentes em situação urgente e o seu encaminhamento devido para alta ou internamento. Apesar da imprevisibilidade da afluência de pessoas doentes que recorrem a este serviço, toda a equipa desenvolve o seu trabalho num contínuo compromisso de prestação de cuidados baseados na qualidade e segurança do doente existindo uma adaptação constante a cada situação e aos recursos disponíveis. No turno da manhã (8h -14:30h) estão presentes seis enfermeiros (dois enfermeiros na sala A, um enfermeiro na sala B e um enfermeiro na sala C, um enfermeiro que presta apoio aos internamentos e um enfermeiro na DP). No turno da tarde (entrada às 14h) a equipa é constituída por cinco elementos, dos quais dois são alocados à sala A e o seu horário de trabalho é prolongado até as 24h; um elemento na sala B e um na DP e outro enfermeiro de apoio ao internamento (estes cumprem o horário das 14h as 20:30h).

No SU, o primeiro contato que o enfermeiro tem com a pessoa doente e família é no posto de triagem, uma vez que o processo de admissão é realizado pela equipa de administrativos. Nesta fase, o enfermeiro realiza a primeira avaliação do doente, baseado no sistema de triagem de manchester, que tem como objetivo priorizar os doentes conforme a gravidade clínica com que se apresentam no momento ao serviço.

A recolha de informação na triagem deve ser rápida e focada na atribuição do nível de prioridade e a avaliação do doente deve ser sistematizada, sendo que todos os elementos dessa avaliação devem ser reunidos para conhecer situação clínica do doente (Grupo Português de Triagem, 2010). De acordo com as queixas apresentadas pelo doente, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais específico, e através dos diferentes discriminadores, colocados deliberadamente na forma de perguntas para facilitar o processo, inclui o doente numa das cinco prioridades clínicas que podem ser gerais ou específicas.

O nível de prioridade é identificado por cores, sendo estas correspondentes a um tempo alvo para a observação inicial: emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = até 10 minutos; urgente = amarelo = até 60 minutos; menos urgente = verde = até 120 minutos; não urgente = azul = até 240 minutos (Grupo Português de Triagem). Após a triagem de prioridades, os doentes são encaminhados para as diferentes áreas de atendimento: médica, cirúrgica, ortopedia, clínica geral, oftalmologia e otorrinolaringologia de acordo com as queixas apresentadas. No sentido de otimizar o atendimento a doentes com determinados problemas de saúde existe um sistema de orientação de vias verdes, nomeadamente via verde de AVC, via verde Coronária, via verde de Trauma e via verde de Sepsis. Concretamente, existem protocolos, elaborados pela Direção Geral da Saúde (DGS), que têm por objetivo acelerar o fluxo dos doentes com essas patologias para que se inicie o estudo de diagnóstico e o

tratamento com a maior celeridade possível. No SU em causa, encontram-se em funcionamento os quatro sistemas de via verde.

Qualquer pessoa doente que reúna condições, bem como se encontre em falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, vindo do exterior, encaminhado pelas equipas do extra-hospitalar ou proveniente de outros serviços de internamento/atendimento, do próprio hospital, e das áreas de atendimento do SU, que por instabilidade necessite de cuidados de emergência entra de forma direta e rápida na sala de emergência (SE), para estabilizar a sua situação clínica.

A Administração Central do Sistema de Saúde, refere ainda que a SE deve estar localizada perto da porta de entrada do SU, junto à triagem e deverá ser de fácil acesso para a realização de exames complementares de diagnóstico e destina-se ao atendimento de doentes urgentes e emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica (ACSS, 2019). A SE deste SU tem capacidade funcional para dois doentes em simultâneo, podendo ser alargado a mais dois doentes, em situações excecionais. A equipa destinada para a sala é constituída por um médico, dois enfermeiros, um do SU e outro de um serviço de cuidados intensivos, e um assistente operacional que trabalham em conjunto e são responsáveis pelo atendimento à pessoa doente em situação urgente/emergente.

Nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados nesta sala tendo em conta a necessidade de formação e competências adquiridas em pelo menos, Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV em trauma, conforme está contemplado no Despacho nº. 10319 do Ministério da Saúde (Diário da República , 2014). A admissão inesperada de uma pessoa doente na SE é notificada através de um sinal sonoro audível em todo o SU. Na eventualidade de conhecimento prévio da entrada de um doente na sala, o médico destacado para o efeito, que se assume

como o responsável pela organização do serviço, comunica esse facto aos restantes elementos da equipa.

Os cuidados à pessoa doente podem derivar de uma emergência, o que requer que a assistência seja realizada de forma imediata, sendo a admissão na SE uma condição essencial para a estabilização da pessoa doente, pela possibilidade de mobilizar uma série de meios humanos qualificados, equipamento altamente sofisticado e materiais diversos, sendo alvo de uma abordagem sistemática através de algoritmos de atuação baseados e atualizados na mais recente evidência, sendo este último aspeto fundamental para dar resposta adequada às necessidades que a cada situação exige.

Relativamente ao registo da informação clínica, é utilizada uma aplicação informática, terminando com os registos realizados em formato de papel. Os registos referentes aos cuidados prestados, bem como o processo clínico da pessoa doente, são efetuados utilizando o sistema informático – Sclínico – permitindo que o registo sobre determinada pessoa doente, fique gravado numa base de dados, de modo que possa ser acedido posteriormente, incluindo os meios complementares de diagnóstico.

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: ANÁLISE CRÍTICA POR DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS

A área de enfermagem à PSC sempre despertou interesse na minha prática. Atualmente desempenho funções num serviço de cardiologia, constituído por várias valências, nomeadamente UCIC. No contexto da minha prática a pessoa doente com patologia cardíaca, muitas vezes crónica, descompensa e rapidamente entra em estado crítico. Este aspeto é motivante e exigente ao ponto de me fazer compreender que todos os profissionais de saúde devem ser capazes de dar uma resposta precoce, eficaz e eficiente a cada situação em prol do benefício da pessoa doente. Pelo desafio e complexidade, em busca da aquisição de competências, elegi esta área como sendo a mais apropriada para a área de especialização.

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade. Este demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidade de tomada de decisão ética e deontológica, de forma a dar resposta à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, tendo sempre por base uma visão holística. O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e específicas próprias de cada área de especialidade (Diário da República, 2019).

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à PSC, englobado na especialidade Médico-Cirúrgica, a pessoa doente em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta pessoa a vivenciar um processo de doença, necessita de cuidados diferenciados e especializados. O EE possui um

conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde da pessoa doente, mobiliza para atuar precocemente e de forma eficaz nos diferentes níveis de prevenção. Ao EE compete mobilizar conhecimentos através de informação científica, técnica e relacional mais atualizada, baseando a sua prática clínica diária na mesma, tendo como objetivo a prática de cuidados dignos e qualificados para a pessoa doente.

Para a realização dos diferentes estágios foi elaborado, previamente, um projeto para cada contexto, nos quais foram definidos objetivos e delineadas estratégias e atividades para o alcance dos mesmos. No decorrer dos estágios, fui adquirindo competências, ultrapassando obstáculos e consolidando conhecimentos adotando um espírito de procura de novas experiências e aprendizagens, de partilha e trabalho em equipa.

A aprendizagem é o meio pelo qual se renovam conhecimentos e competências sendo esta uma construção pessoal, onde há a procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir, de como se deve aprender e sobre o que se deseja aprender em cada experiência. Para ajudar neste processo, atualmente é preconizada a interação entre a teoria e a prática, onde a reflexão representa um procedimento essencial para o desenvolvimento.

A reflexão é um processo mental, realizado com algum propósito, aplicado em situações em que a matéria é incerta ou não está estruturada, não existindo uma solução óbvia (Peixoto & Peixoto, 2016). Inerente à arte de enfermagem, a reflexão apresenta-se como ferramenta indispensável para o processo de aprendizagem. O conceito de reflexão assume-se como uma resposta humana da pessoa a cada experiência, onde a pessoa em processo de aprendizagem recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e avalia todo o processo. Fundamentalmente, a reflexão, assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, sendo esta, vista como

uma habilidade indispensável no contexto da prática de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Neste sentido, com base num método crítico-reflexivo, serão apresentadas as competências adquiridas em cada contexto, inseridas em cada domínio das competências comuns do EE, concretizadas através da realização de atividades previamente definidas em cada projeto.

### 3.1·Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, ressalvo a aquisição de competências anterior, relativamente à unidade curricular de Ética de Enfermagem e Direito de Enfermagem através da reflexão proporcionada no decurso das aulas teóricas, permitindo desta forma um crescimento profissional e pessoal e o pensamento crítico-reflexivo da prática quotidiana. Relativo a este domínio, foram estabelecidos no planeamento prévio, os objetivos: desenvolver cuidados de enfermagem respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e conhecer as principais características da UCIP.

Os enfermeiros iniciam, em grande parte, a profissão fazendo uma promessa pública perante a sua consciência e a comunidade em que se inserem. Essa promessa é denominada *Juramento de Florence Nightingale*, sendo constituída por uma cerimónia em que é realizado um juramento em público. Este feito tem carácter simbólico, sendo que nos dias de hoje os enfermeiros têm conhecimento que, ao solicitarem a sua inscrição na OE assumem o dever de: cumprir com as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência.

O compromisso deontológico do enfermeiro é muito concreto e implica ações que se expressão em circunstâncias particulares, que se relacionam com o mesmo fim, a defesa da liberdade e da dignidade das pessoas envolvidas na relação de parceria estabelecida entre a pessoa doente e o enfermeiro (Vieira M. , 2008).

No decorrer dos estágios, nomeadamente na UCIP, UD e SU, mantive a preocupação na prestação de cuidados de qualidade, baseados na evidência, atendendo a pessoa doente e família de forma assertiva, demonstrando disponibilidade, permitindo uma relação terapêutica com respeito à sua dignidade e privacidade. Durante os estágios, foram desenvolvidas atividades com vista a respeitar os princípios éticos, a promover a privacidade do doente, a respeitar as suas preferências, a garantir a informação à pessoa e família, a manter a confidencialidade e a segurança da informação. Com isto, procurei agir sempre de acordo com a deontologia profissional de enfermagem, que se revelou, desde sempre, um pilar essencial na minha prática.

Os dilemas ético-legais que os enfermeiros enfrentam são inúmeros e diversificados. A necessidade de estabelecer prioridades em situações de catástrofe e/ou emergência que implicam sofrimento para o doente e família, como a perda súbita de um familiar, a confrontação com a perda de alguma função motora com repercussões para o resto da vida, a morte, levam muitas vezes os enfermeiros a vivenciar sentimentos de angústia, frustração, incapacidade e impotência. Nestes contextos para a equipa multidisciplinar, na decisão opta-se pelo mal menor, num curto espaço de tempo para tentar salvar o doente, sendo que toda e qualquer decisão acarreta consequências.

Com isto, para dar início ao meu percurso de estágios, sendo o primeiro contacto realizado na UCIP, comecei por observar toda a dinâmica da equipa multidisciplinar e estudei os protocolos relativamente aos procedimentos realizados e à terapêutica utilizada com maior frequência, a fim de me sentir integrada na equipa e conseguir dar uma resposta rápida e eficaz às

necessidades, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem. Saber agir num contexto de trabalho é uma forma de facilitar a adaptação e o ser competente não é um estado ou um dado adquirido, não se resume a um saber mas sim à capacidade de transferir aquilo que se aprende, mobilizando conhecimentos para solucionar um determinado problema com qualidade e eficiência. Compreendi também, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem identificando as diferentes responsabilidades/atividades de cada elemento, nomeadamente, reabilitação, gestão, elemento pertencente à equipa de emergência interna, (responsável pela sala de emergência) e enfermeiro responsável de turno.

A equipa é constituída por elementos com mais tempo de experiência na prática, sendo extremamente importante a existência de apoio por parte de diferentes enfermeiros especialistas das várias áreas. Assim é possível promover o enriquecimento da equipa, através da partilha de experiências, auxiliando assim na tomada de decisão dos elementos mais novos, promovendo o trabalho em equipa.

Nas UCI, várias são as situações em que é necessário proceder à tomada de decisão devido a toda a diversidade de situações imprevisíveis passíveis de acontecer, por vezes com escassez de recursos humanos e materiais, sobrelotação do serviço, sobrecarga de trabalho e exaustão dos profissionais, poderá desencadear-se o comprometimento da segurança e do cumprimento na relação com os direitos do doente e família. A tomada de decisão em enfermagem, é definida por alguns autores como a operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo que gera uma ação ou comportamento, através de uma sucessão de etapas sistemáticas, que são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Prazeres, 2020).

Relativamente à segurança no que concerne à preparação e administração da medicação, a equipa realiza todo o processo com segurança. Utilizam o local específico para a preparação, confirmam a prescrição, a identificação do doente, a terapêutica, o horário, a via de administração, imprimem as etiquetas correspondentes para identificar cada fármaco e verificam várias vezes até ao momento da administração. A salientar um dos indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica: “segurança nos cuidados especializados”; o EE em EMC deve gerir o risco e a qualidade do ambiente propício aos cuidados especializados, minimizando a ocorrência de efeitos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Durante o estágio na UCIP, ao acompanhar a equipa de emergência médica interna (intra-hospitalar) e o enfermeiro responsável pela SE, várias foram as situações que me levaram a refletir sobre o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Ao observar a pessoa doente que se encontra numa situação vulnerável, como é a situação da PSC numa emergência/ urgência, foi possível concluir que os profissionais de saúde têm tendência a desvalorizar esta vulnerabilidade. O excesso de trabalho, rácio de doentes inadequado e as condições indignas de trabalho, provocam um afastamento da realidade e da relação empática. Deparei-me com inúmeras pessoas a pedirem auxílio ao mesmo tempo, em desespero pelo tempo de espera e pela sua condição de doença que muitas das vezes limitava o seu grau de autonomia que possuíam até então.

Para além do corpo hemodinamicamente instável que se apresenta, existe uma pessoa que possui uma dinâmica, uma vida social e familiar única. Alguém que deixou para trás os seus pertences, as suas preocupações e que vivencia uma experiência de medo, de desconhecimento do seu problema de saúde, mas onde continuam a ser inerentes as preocupações pessoais prévias ao evento. Este facto levou-me a refletir sobre o conceito de dignidade. Este passa necessariamente pelo respeito e consideração da pessoa (Marques & Vieira, 2007).

Na admissão de pessoas doentes na SE, tentei sempre atender à sua privacidade, sendo que na sala, e tendo em conta cada situação em específico, é por vezes difícil pensar neste aspeto, uma vez que a preocupação major é salvar uma vida. E como toda e qualquer ação, seja ela de que tipo for, leva a uma consequência, no final de cada admissão refleti, várias vezes, com as enfermeiras tutoras relativamente a esta temática e de facto, concluímos que vários são os aspetos a melhorar neste contexto e que as mesmas já se encontravam a desenvolver momentos de formação para alertar sobre a temática identificada.

Segundo Marques (2007), os enfermeiros portugueses têm demonstrado uma preocupação permanente pelos aspetos que se relacionam com o respeito integral da pessoa, traduzindo-se na produção legislativa referente à profissão de Enfermagem, com grande ênfase na defesa da pessoa perspectivada na sua globalidade (Marques & Vieira, 2007).

Relativamente ao sigilo profissional, este é um dever por parte dos profissionais de saúde em respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais. Assim, é possível garantir a confiança da pessoa doente e família nos profissionais de saúde, nomeadamente com o enfermeiro, permitindo uma relação terapêutica solidificada na confiança (Pereira, Macedo, Mendes, Sezões, & Machado, 2012).

No internamento da UCIP, dada a sua estrutura física e orgânica, a passagem de turno é realizada num espaço aberto próximo dos doentes, alguns dos quais se encontram conscientes, podendo haver quebra do sigilo profissional caso não fossem tomadas as precauções necessárias. Os enfermeiros da equipa transmitem entre si, verbalmente e adequando o tom de voz, apenas as informações relevantes para os cuidados ao doente respeitando e tendo sempre como centro dos cuidados a pessoa doente e família. Aspeto este, que mantive sempre em atenção na comunicação de informação relativa ao estado de saúde do doente.

Ao longo do estágio percebi que o internamento da UCIP possui um ambiente complexo, que exige uma atenção redobrada e uma capacidade de decisão rápida perante as diversas situações e oscilações do estado de saúde do doente crítico.

No estágio desenvolvido na UD fez-me refletir sobre diferentes aspetos, relativamente a este domínio. Habitualmente, aborda-se a doença renal mas o foco de enfermagem deve ser o cuidar da pessoa doente com doença renal dando resposta às suas necessidades. Verifiquei com admiração, que muitas das pessoas doentes nesta unidade, eram acompanhadas há mais de duas décadas, pessoas que tiveram de reestruturar a sua vida (emprego, habitações, família, etc.) para se reajustarem a todo o processo de doença. No decorrer do processo terapêutico o doente é submetido a várias alterações, como por exemplo: mudança do tipo de técnica, desenvolvimento e gestão de acessos vasculares, terapêutica medicamentosa e efeitos laterais, entre outras.

Segundo a teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis (1960), todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideais, perceções, identidades, relações e rotinas (Meleis, Sawyer, & Eun-Ok Im, 2000). Sendo que o processo de doença também provoca alterações nas suas atividades de vida diária da pessoa doente, o enfermeiro deve estar atento e disponível para dar uma resposta eficaz em todo e qualquer processo de transição que a pessoa doente e família atravesse.

Na UD, foi possível participar na admissão de algumas pessoas, sendo a implementação do processo de enfermagem efetuada de acordo com a CIPE integrada no sistema informático Sclínico. O processo de enfermagem foi realizado utilizando todos os conhecimentos adquiridos por forma a identificar

problemas existentes/focos de atenção na PSC e família, estabelecendo um diagnóstico da situação, planeando posteriormente quais as ações de enfermagem mais adequadas, implementando as mesmas e efetuando uma avaliação para observar a sua eficácia através do respetivo registo. A sua aplicação, muitas vezes, foi executada mentalmente devido à necessidade de uma resposta rápida e eficaz perante situações de instabilidade da PSC, sendo logo que possível realizado o seu registo informático.

Atendendo ao carácter crónico da doença renal e à regularidade das sessões de HD, recomenda-se que a assistência de enfermagem seja organizada com enfermeiros de referência (*primary nursing*), responsáveis por conhecer, de forma profunda, as necessidades e particularidades de um número limitado de pessoas doentes, acompanhando todo o seu percurso de tratamento ao longo do tempo (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Para tal, o envolvimento da pessoa doente/família e uma tomada de decisão ativa e esclarecida é muito importante.

O enfermeiro como parte integrante do processo deverá salvaguardar sempre o conhecimento e a autorização da pessoa sobre os diversos procedimentos (tanto invasivos como não invasivos), tendo por base os princípios da bioética e o código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Em toda a minha prática, na UD, obtive sempre o consentimento informado livre e esclarecido prévio, para toda e qualquer intervenção a realizar à pessoa doente.

Na UD foi notório o ambiente harmonioso, quase que familiar, que se desenvolve na relação entre enfermeiros e pessoas doentes. Cada pessoa doente, sabe qual o posto a que se destina para realizar o seu tratamento possuindo alguns objetos pessoais guardados na unidade. Na minha prática respeitei sempre as preferências e particularidades de cada pessoa doente, zelando sempre pela prestação de cuidados de qualidade. A enfermagem centrada nas respostas humanas, impõe aos enfermeiros a mobilização de competências necessárias

para a relação terapêutica, nomeadamente a capacidade real de ajudar a pessoa, contribuindo para o seu bem-estar.

O cuidar em enfermagem marca o interesse pela pessoa doente e família, tendo sentido para aqueles a quem diz respeito, de forma a satisfazer as suas exigências com a disponibilidade própria de um compromisso, com o respeito mútuo e a motivação. Esta relação exige uma complexidade de emoções, sentimentos e valores partilhados pelo enfermeiro e pessoa doente/família, tendo por base um aspeto em comum, o estabelecimento de uma relação de confiança (Lourenço, Pinto, Pereira, & Césa Fonseca, 2011). Durante o decorrer do estágio na unidade, percebi que existe uma relação de confiança e respeito mútuo, entre pessoa doente e enfermeiros, que faz com que todas as sessões de diálise se desenvolvam da melhor forma possível, num clima de boa disposição e profissionalismo.

No SU várias foram os momentos de stress vivenciados, para as quais consegui dar resposta, aperfeiçoando a minha atuação a cada situação e refletindo sempre com os tutores e colegas presentes sobre cada experiência vivenciada.

No contexto do SU, tendo em conta o estágio desenvolvido, o direito à privacidade é aquele que é tendencialmente violado com maior frequência. Atendendo às condições físicas disponíveis e ao rácio incomportável (enfermeiro/pessoa doente) por vezes praticado, os profissionais de enfermagem, demonstram uma enorme capacidade de adaptação e gestão de stress, usando, muitas das vezes, da originalidade para zelarem sempre pelo melhor cuidado à pessoa doente em todas as suas intervenções.

Segundo Vieira (2008), quando as condições de trabalho são deficientes e interferem na qualidade dos cuidados, os enfermeiros devem assegurar, por todos os meios ao seu alcance, dependendo das suas competências pessoais e profissionais e dos cargos que ocupam, as condições que lhes permitam exercer a profissão com a dignidade e autonomia devidas, devendo ser comunicado,

pelas vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade dos cuidados, agindo sempre com o máximo de qualidade que as condições permitam (Vieira M. , 2008). Nas salas de observação clínica de medicina interna, os enfermeiros não têm atribuição de doentes. Este aspeto faz com que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas doentes, sejam guiados pelas prescrições médicas consultadas em sistema informático.

Segundo a Bastonária da OE, o método de trabalho à tarefa é um método que todos os países abandonaram há mais de vinte anos, mas na realidade continua a ser praticado em várias entidades hospitalares em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Este problema, foi discutido com os tutores, sendo que já tem vindo a ser discutido e apresentado à administração do hospital mas até à data não sofreu qualquer alteração. Com isto vivenciei um enorme sentimento de frustração e incapacidade em muitas situações, pelo facto de existirem muitos doentes, de não saber quem são, os seus nomes, de onde vêm e o motivo que os trouxe ao SU. Muitas das vezes limitei-me a cumprir prescrições médicas para que a demora da minha ação não provocasse mais sofrimento à PSC. Ao longo do desenvolvimento do estágio, com o apoio dos tutores e de alguns elementos da equipa, consegui refletir sobre a prática e adotar estratégias para prestar cuidados que qualidade atendendo às condições disponíveis. Comecei por adotar estratégias para a gestão de stress e estudar o processo de cada doente antes de qualquer ação, a fim de ter conhecimento da situação de doença e só depois realizava as intervenções prescritas pela equipa médica, se fosse o caso.

A autonomia de uma profissão é caracterizada pela forma como os seus profissionais são capazes de decidir e responsabilizar-se por essas decisões e pelos seus resultados. A autonomia em enfermagem é a aptidão para determinar a quais necessidades dar resposta ao cuidar da pessoa doente, e agir de acordo

com o seu julgamento profissional aceitando a responsabilidade pelas decisões tomadas (Vieira, 2021).

Com o decorrer do estágio senti que evolui, conseguindo realizar uma gestão eficaz do stress e pressão, factores característicos no SU, e triar a necessidade dos cuidados a prestar a cada pessoa doente, promovendo o seu bem-estar e autocuidado tendo por base os padrões de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Na Carta Europeia dos Direitos dos Doentes (Europacolón), são reconhecidos valores fundamentais que devem ser respeitados e que defendem os direitos e deveres do cidadão, como sejam: o direito a medidas preventivas da doença; ao acesso aos cuidados de saúde; à informação; ao consentimento informado; à livre escolha do tratamento; à privacidade e confidencialidade; ao respeito pelo tempo do doente; ao cumprimento dos padrões de qualidade; à segurança dos cuidados prestados; a métodos inovadores de tratamento e diagnóstico; a evitar a dor e sofrimento desnecessário; ao tratamento personalizado; a reclamar se houver dano e à respetiva compensação. Na realidade, vários destes direitos são violados em contexto de SU, pelas condições a que as pessoas doentes e profissionais estão sujeitos.

A pandemia de COVID-19 foi um factor que influenciou a violação dos direitos dos doentes, nomeadamente o direito a visitas. Trouxe vários desafios e revelou o impacto do pouco investimento no serviço nacional de saúde (SNS) por parte dos sucessivos governos ao longo das últimas décadas (Raposo, 2022). Este levou a um sistema de saúde fragilizado, dotado de um número insuficiente de recursos humanos e materiais que permitissem assegurar à pessoa o direito à saúde, à sua prevenção e ao auxílio em caso de doença.

Com a pandemia, houve a necessidade de reorganização dos diversos serviços de saúde, e as medidas instituídas, tiveram impacto negativo sobre alguns dos

direitos das pessoas doentes, nomeadamente a suspensão de toda a atividade programada e não prioritária, com o intuito de assegurar uma resposta rápida à procura de cuidados e assistência perante a situação epidemiológica e de reforçar os cuidados ao doente crítico, mobilizando todos os profissionais para este fim. Este facto, deixou para segundo plano todas as outras patologias que careceram de assistência e vigilância nos centros de saúde e acompanhamento hospitalar e, assim, comprometeram alguns dos direitos do doente.

A Carta dos Direitos do Doente Internado da DGS, refere que o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando desejar (em horários permitidos e sempre que não exista contra-indicação), e que os profissionais devem facilitar e incentivar o apoio afetivo que podem dar para o doente, sendo a todos reconhecido o direito de acompanhamento de uma pessoa por si indicada.

Num primeiro momento, com a pandemia, as visitas foram absolutamente proibidas na maior parte dos espaços. As pessoas doentes e familiares viram-se sós, relegados aos cuidados dos profissionais e às informações fornecidas pelos mesmos. Muitos morreram sós, sem os que mais amavam por perto, e aos entes queridos ficou a dor da perda, em muitos casos difíceis de gerir e superar (Raposo, 2022).

Felizmente, na atualidade já são permitidas visitas, embora com algumas restrições, mas o facto de ser possível a presença do familiar, mesmo em contexto de SU é um aspeto muito positivo e que deve ser cada vez mais procurado com o objetivo de envolver a família em todo o processo de doença e recuperação da pessoa doente.

Em várias situações pude verificar que existia a preocupação da equipa multidisciplinar, bem como um esforço e dedicação no envolvimento da família, permitindo a presença intermitente do familiar junto da pessoa doente e na SE

inclusive, após a sua estabilização. Em cada abordagem inicial e estabilização da PSC, procurei manter sempre a relação de ajuda quer com o doente e família quer com os profissionais. Procurei promover a presença da família junto do doente, sempre que possível, por forma a minimizar sentimentos de ansiedade, medos e receios, muito frequentes na PSC e família.

Recordo-me de um doente que se encontrava ansioso pelo motivo de não lhe ser permitido dar notícias à sua mãe, uma idosa, com quem vivia e que havia ficado em casa sozinha. Após a estabilização, auxiliiei a pessoa doente a realizar uma chamada telefónica para a sua mãe, facto este que proporcionou ao doente um controlo da ansiedade e conseqüente melhoria hemodinâmica. Considero essencial e relevante o envolvimento da família no processo de cuidar do doente, estabelecendo uma relação entre enfermeiro/doente/família, promovendo uma melhor visibilidade e reconhecimento da profissão através da prestação de cuidados de qualidade. De salientar ainda a importância do respeito pela integridade da pessoa e da capacidade de transmitir dados adequados a cada situação, com conhecimento e assertividade, bem como o fornecimento de informação pertinente à pessoa/família a vivenciar processos de transição, de angústia e incertezas.

Como futura EE e mestre, considero essencial e relevante o envolvimento da família no processo de doença e recuperação da pessoa doente, desenvolvendo capacidades e habilidades na comunicação com a pessoa doente e família, estabelecendo uma relação de confiança entre enfermeiro/pessoa doente/família. A atuação do enfermeiro especialista deve reger-se sempre pelos padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal. Deste modo, a prática de enfermagem especializada, deverá reger-se pelos valores de igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, com vista ao respeito pelos direitos e à excelência do exercício profissional promovendo uma maior visibilidade e valorização da

profissão. Nos diferentes contextos de estágio, desenvolvi a minha prática agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional garantindo, na prática, as responsabilidades profissionais o respeito pelos direitos humanos.

### 3.2·Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade, é concretizável quando a prática clínica é revista de forma sistemática e organizada, dando especial atenção à informação importante, passível de ser solucionada. Tendo por base o regulamento das competências comuns do EE, o Enfermeiro deve fortalecer o autoconhecimento, a assertividade e basear a sua prática em evidência científica procedendo à implementação de padrões especializados no seu contexto de trabalho (Diário da República, 2019). Referente a este domínio, foram previamente estabelecidos os objetivos de desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família; cumprir as normas do controlo da infeção associadas aos cuidados à PSC e conhecer implicações decorrentes, após a alta, de um internamento numa UCIP.

Segundo Vieira (2008), uma das características mais relevantes de uma profissão é o aumento do seu corpo do seu conhecimento próprio, resultante da investigação. A investigação dá à profissão, a base científica que lhe permite fundamentar todas as suas práticas. Este facto, exige aos enfermeiros, cada vez mais, uma atualização permanente, que acarreta custos e sobretudo muito investimento, disponibilidade e superação pessoal para a aprendizagem ao longo das suas vidas profissionais (Vieira, 2008).

A qualidade dos cuidados, tal como já foi referido, é uma preocupação constante, sendo desejável que a qualidade da prática na realidade não seja inferior à ideal (Guerra, Jesus, & Araújo, 2022). Segundo o Conselho de Enfermagem da OE (2001), os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base na evidência. O enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática, baseado nos princípios humanistas, atendendo a que as boas práticas, significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes.

No que concerne aos indicadores de qualidade, relativamente dos cuidados especializados em EMC, a satisfação da pessoa doente é um dos que os constitui. O EE em EMC deve procurar obter como resultado os mais elevados níveis de satisfação da pessoa doente e família a vivenciar todo e qualquer processo decorrente de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Sabendo que é o enfermeiro quem está em presença plena junto da PSC, facilmente se percebe que este grupo de profissionais são os que estabelecem o principal vínculo entre a pessoa doente e a instituição. Num estudo realizado com o objetivo de mapear na literatura científica o estado da arte acerca dos factores que influenciam a satisfação da PSC relativamente aos cuidados de enfermagem, concluiu-se que os principais factores apontam aspetos humanísticos e técnico-científicos (Andrez, Sousa, & Marques, 2020).

A reflexão sobre a prática e a satisfação da pessoa doente/família, para proporcionar uma melhoria contínua dos cuidados, foi e será a linha orientadora na minha prática. A obtenção da qualidade na saúde pretende atingir os melhores resultados para a pessoa doente, quer em termos de melhoria do bem-estar, quer ao nível da satisfação com o atendimento, dentro de um sistema bem organizado, exigindo o envolvimento total e completo do comprometimento das pessoas e

organizações de saúde. Neste sentido, a gestão e liderança são as bases para elevar a qualidade dos cuidados e diminuir os custos dos serviços de saúde (Guerra, Jesus, & Araújo, 2022).

Na profissão de Enfermagem, os contextos de trabalho são uma das mais importantes fontes de formação para os enfermeiros, e é nestes que o enfermeiro interioriza e trabalha a maior parte dos conhecimentos cognitivos que adquiriu na sua formação contínua (Santos, 2008). Pela necessidade sentida relativamente à aquisição de conhecimento e competências, face à mudança de contexto que optei por fazer recentemente, decidi iniciar todo o processo que me encontro a desenvolver para aquisição de competências e conhecimentos para aquisição do grau de EE e mestre em EMC (na área de Enfermagem à PSC).

É no contexto de trabalho que se corrigem e reforçam comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências de cada um. Assim, a formação em serviço permite a consolidação, a partilha, a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação, cuja meta principal a atingir é melhorar a prestação de cuidados, promover e desenvolver os profissionais partindo das reais necessidades de cada unidade, de cada enfermeiro e de todos os intervenientes em geral. Os modelos organizacionais dos serviços de enfermagem são os suportes de todo este processo não limitando, outras áreas de investimento formativo de cada um mas, pelo contrário, apoiando-o (Santos, 2008).

Uma vez que, UD, a UCIP e o SU são contextos em constante mudança, a atualização e a formação constituem um espaço privilegiado para a atualização de conhecimentos e satisfação das necessidades sentidas pelos profissionais de saúde, com vista à obtenção da excelência e qualidade dos cuidados prestados.

Projetando uma necessidade formativa, previamente identificada no contexto da minha prática sobre técnicas dialíticas, pela qual me fez optar pelo estágio na UD, procedi à elaboração de uma apresentação oral (APÊNDICE A) e realização de

um manual (APÊNDICE B), para auxiliar a equipa da UCIC na monitorização e manutenção do circuito e gestão de alarmes do monitor durante a realização de técnicas de HD, nomeadamente a *Sustained Low Efficiency Dialysis* (SLED). Esta necessidade, para além de já ser conhecida na equipa da UCIC, foi também partilhada pela equipa da UD, sendo que, muitas vezes, o único enfermeiro disponível para dar apoio a vários doentes a realizar SLED, ou outras técnicas fora da unidade, é contactado por vários colegas simultaneamente para solucionar complicações que posteriormente se verifica serem passíveis de solucionar pelos colegas dos diferentes serviços se os mesmos tivessem formação.

Neste sentido, emerge a necessidade formativa das equipas de enfermagem dos internamentos, especificamente na UCIC. A incorporação da formação em serviço é fundamental para a gestão de qualquer instituição que tem por objetivo prestar cuidados de saúde com qualidade, dado permitir a atualização e reflexão dos profissionais acerca das práticas baseadas na evidência, com vista à definição de oportunidades de melhoria contínua.

Em todos os contextos de estágio verifiquei a existência e disponibilidade de um plano de formação anualmente atualizado e adequado a cada serviço, sendo este da responsabilidade de um EE em EMC, indo ao encontro do que é preconizado pela OE quanto às competências específicas do EE em EMC (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como referi anteriormente, a necessidade sentida relativamente à carência de conhecimento e competências relativamente à diálise, tendo em conta que a prestação de cuidados de Enfermagem numa UD abrange uma grande variedade de temáticas, foi necessária uma constante consulta e validação de conhecimentos. Neste sentido prestei cuidados incorporando a evidência científica mais recente, de modo a aplicar uma tomada de decisão, precisa e de qualidade.

A procura de informação relevante para este estágio, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades nos domínios da área da pessoa doente com insuficiência renal (crónico e agudo), hemodialisado e em programa de DP. A prestação de cuidados, sustentados por práticas baseadas na evidência, demonstram uma melhoria na realização dos cuidados (António Sousa Uva, 2010). A reflexão constante sobre a prática de cuidados promoveu o crescimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento desta competência. Através de pesquisa bibliográfica e dos conhecimentos provenientes da experiência profissional dos tutores responsáveis, nos diferentes contextos, adquiri e aprofundei conhecimentos que possibilitaram a minha intervenção eficaz nos cuidados de enfermagem e na gestão dos mesmos.

Uma outra temática que me despertou verdadeiro interesse foi a comunicação na PSC em contexto de UCI. Na UCIP, a PSC nem sempre está com um nível de sedação que não a permita comunicar e mesmo que estivesse, a comunicação revela-se um ponto muito importante na experiência destes doentes. Estabelecendo uma relação empática, colocando-me no lugar da PSC, o facto de querer comunicar e não ser capaz será uma terrível sensação de incapacidade e frustração. Falar ou o uso de diálogo, por assim dizer, é uma forma de comunicar única e específica. É exclusivo do ser humano e a sua perda, poderá levar a consequências graves, tais como sentimentos bastante negativos, tanto na pessoa doente como em quem tenta comunicar com ele (Gomes, 2020). As estratégias que facilitam o contato, a interação e a dinâmica em contexto de UCI, podem ser consideradas como premissa básica para o cuidado humanizado. Sendo a comunicação uma componente do cuidado, é fundamental que o profissional de enfermagem possua o agir comunicativo no cuidar da pessoa doente, sobretudo naqueles que possuem algum grau de limitação (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011).

Os enfermeiros devem comunicar constantemente com os doentes adequando estratégias para que a comunicação seja eficaz. Existem vários métodos

alternativos de comunicação disponíveis e está descrito que cerca de cinquenta por cento dos doentes em UCI podem usar ferramentas simples de comunicação assistida, no entanto, estudos relatam que os profissionais negligenciam o uso das mesmas (Gomes, 2020). Na UCIP, onde desenvolvi o estágio, existem vários materiais para auxiliar na comunicação dos doentes nomeadamente, quadros com imagens e letras para que os doentes possam apontar e assim conseguirem transmitir a sua mensagem. Durante o estágio promovi uma comunicação eficaz e eficiente com todas as PSC a quem prestei cuidados e com todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Durante o estágio na UCIP foi possível assistir a algumas consultas de follow-up realizadas pela equipa. A consulta de follow-up é uma consulta de seguimento após a alta, para domicílio ou para outro contexto hospitalar, do doente com internamento na UCIP. Através deste tipo de consulta, é possível realizar o diagnóstico e rápida intervenção no *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS) ou Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Este caracteriza-se por comprometimento físico (fraqueza muscular após internamento em unidade de cuidados intensivos), cognitivo (pensamento e julgamento) ou do estado de saúde mental, decorrentes da doença crítica e que permanecem após a alta (Chu Yuan, 2020). Relembro uma experiência, na qual foi possível acompanhar todo o processo de consulta, surgiu um utente, na companhia da esposa, que havia estado internado na UCIP, com necessidade de entubação orotraqueal, durante algumas semanas e sem necessidade de sedação. O doente foi capaz de relatar a sua experiência na perspetiva da pessoa doente internada numa UCIP. Sendo que era uma pessoa que trabalhava na área da saúde, conseguiu comunicar de uma forma muito eficaz possibilitando total compreensão relativamente aos factos descritos. Foi um momento muito positivo e enriquecedor na medida em que, foi possível escutar o relato de várias memórias, na primeira pessoa, no que concerne a aspetos positivos e negativos da sua experiência.

O que mais me inquietou, foram os factos negativos relatados que davam conta da fragilidade, incapacidade e sofrimento que aquela PSC, havia sentido durante o internamento. Dois dos aspetos negativos relatados prendem-se com a qualidade do sono e os vários factores associados e a incapacidade de comunicar.

A pessoa em causa, referiu que lhe foi dito para chamar sempre que necessitasse de algo, relatando o sucedido como uma memória negativa, pelo facto de usar várias estratégias mas que dificilmente alguém respondia atempadamente à sua solicitação. Este aspeto, demonstrou o desagrado relatado na primeira pessoa relativamente à prestação de cuidados, embora seja relevante compreender que, é difícil para os profissionais prestarem o auxílio necessário a todos os doentes atempadamente, tendo em conta a complexidade de uma UCI.

A experiência que vivenciei na consulta de follow-up, foi muito positiva na medida que me permitiu identificar aspetos a melhorar, que poderiam ser trabalhados na equipa, e verificar todo o trabalho realizado no que concerne à promoção da saúde como indicador de qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Centrei-me na temática da promoção do sono e realizei pesquisa autonomamente, após discutir a temática com o enfermeiro orientador e as enfermeiras tutoras, decidi desenvolver uma revisão da literatura, sobre as estratégias não farmacológicas para a promoção do sono nos doentes em contexto de UCI. Com a realização deste trabalho identifiquei várias estratégias a adotar para promover o sono nestes doentes e assim dei o meu contributo, sensibilizando para a temática e apresentando estratégias de melhoria de cuidados neste sentido (Apêndice C).

O sono de má qualidade é uma situação persistentemente descrita nas UCI, que dadas as suas características, a necessidade de monitorização e vigilância, são locais complexos com possíveis implicações no padrão de sono das pessoas

doentes (Beltrami F., 2015). A privação do sono nos doentes em UCI está associada a consequências a curto e longo prazo. Pode incluir o comprometimento do sistema imunitário, alterações cognitivas, delirium, sofrimento emocional, complicações musculares e anomalias respiratórias (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

Estudos comprovam que há correlação entre fatores ambientais na UCI e alterações no padrão do sono dos doentes internados neste contexto. Para além dos altos níveis de ruído e luminosidade, vários outros fatores como as intervenções de Enfermagem (administração de medicamentos, realização de exames complementares de diagnóstico, cuidados de higiene, punções e monitorização do doente) foram significativamente correlacionados com a má qualidade do sono nos doentes em contexto de UCI (Younis M., 2020).

Relativamente aos fatores ambientais, muitos deles podem ser evitados através de estratégias não farmacológicas. Os enfermeiros têm um papel crucial na intervenção para a promoção do sono sendo que, estes profissionais passam muitas horas à cabeceira do doente possibilitando o diagnóstico precoce e a prescrição adequada de intervenções para a obtenção dos resultados desejados, nomeadamente a promoção do sono nos doentes em UCI (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020). Neste sentido, a apresentação de estratégias como proposta de melhoria dos cuidados prestados, incidiram na intervenção da equipa e enfermagem no que concerne a esta temática.

Tendo em conta a pandemia atual, a UCIP foi reorganizada como unidade covid durante o período em que desenvolvi o estágio. Motivo pelo qual, durante o período de estágio, não foi possível realizar a apresentação do trabalho a toda a equipa, sendo apenas apresentado às enfermeiras tutoras ficando em aberto a possibilidade de apresentação para a equipa (Apêndice D).

No SU, no processo de triagem, o enfermeiro referenciado na escala para o efeito atende, avalia e encaminha a pessoa doente através do sistema de prioridades (Triagem de Manchester). Desta forma, é realizada a identificação da prioridade clínica, com alocação da pessoa doente na área mais indicada para a sua situação em concreto, tendo como objetivo a identificação precoce de uma situação que necessite de atendimento urgente, integrando as vias verdes e algoritmos disponíveis.

Este facto, possibilita a identificação de vários critérios de gravidade de uma forma objetiva, sistematizada e sucinta, indicando a prioridade clínica com que a pessoa doente deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica.

O enfermeiro identifica a queixa inicial e segue o fluxograma de decisão, procedendo à classificação da situação apresentada pela pessoa doente numa escala de cinco categorias. Assim, apresenta-se uma escala de gravidade crescente por cores, branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. No caso de triar um doente que o fluxograma identifique como emergente (cor vermelho), este é encaminhado para a SE, sendo ativada de imediato a equipa de emergência através de um sinal sonoro, que é identificado por todos os profissionais que se encontram destacados para esta sala.

No SU tive a oportunidade de estar na triagem, tanto na observação como na realização de triagem a pessoas doentes. Uma dificuldade sentida neste posto, foi a comunicação tendo em conta que o tempo é limitado e que o enfermeiro deve atender à colheita de dados objetiva e rápida.

Durante o estágio no SU, foi possível observar que, na triagem, surgem frequentemente, pessoas doentes, idosas, que transmitem um sofrimento enorme pela solidão que vivenciam. O envelhecimento populacional é um facto que nos remete para a temática da solidão como sendo uma doença invisível que afeta

cada vez mais idosos. A solidão é, mais do que uma situação objetiva, é um estado de alma. Tende a ser conotada negativamente com a melancolia e a depressão que, por sua vez, aparecem ligadas a sentimentos de tristeza, de cada um sobre si mesmo e de isolamento (Carvalho, 2008).

O desenvolvimento de uma atitude assertiva, estabelecendo uma comunicação terapêutica, adotando estratégias para diminuir a ansiedade, constitui uma competência essencial no que concerne à formação especializada em enfermagem à PSC. A comunicação efetiva em enfermagem e uma cultura centrada no trabalho em equipa são fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Os resultados positivos que uma adequada comunicação proporciona são inúmeros, no entanto, comunicar de uma forma efetiva é um processo complexo que exige que os enfermeiros sejam detentores de um conjunto de saberes, habilidades e técnicas comunicacionais, por forma a melhorar a eficácia da comunicação.

Todos os dias nos deparamos com factores ou potenciais factores, nos contextos de trabalho, que podem influenciar estes processos de comunicação, principalmente quando, muitas vezes, a vida de alguém depende dos nossos cuidados e um pequeno erro pode provocar consequências graves ou até mesmo a morte (Brito, 2020).

Relativamente ao estágio na UD, segundo o Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros, 2016), os enfermeiros nesta prática deverão possuir várias competências teóricas, técnicas e científicas, tais como: o envolvimento da pessoa doente com doença renal (DR) no tratamento, colaborar na avaliação e revisão de estratégias de HD, avaliar a pessoa doente e o desenvolvimento do programa de hemodiálise no domicílio, colaborar na transferência da pessoa doente entre unidades e gestão de equipas de enfermagem.

Como elemento integrativo da equipa desenvolvi várias atividades, tais como a preparação da sala para cada sessão, montagem do circuito extracorporal e programação do monitor para a sessão de HD, realização da avaliação inicial da pessoa doente antes da cada sessão de tratamento à pessoa doente, verificando os parâmetros de diálise e a avaliação da eficácia do tratamento bem como, a monitorização e vigilância durante toda a sessão, antecipando e prevenindo eventuais complicações.

Numa fase inicial senti dificuldade em acompanhar a velocidade de resposta da equipa nos períodos de saída e entrada das pessoas doentes, dada a quantidade de tarefas a realizar num curto espaço de tempo, contudo, com o decorrer do estágio, o meu desempenho foi evoluindo favoravelmente e consequentemente possibilitou a minha integração gradual nessas mesmas tarefas.

Após a minha completa integração na equipa, demonstrando o conhecimento e competências adquiridas, foi possível desenvolver técnicas de alta complexidade nomeadamente: avaliação do acesso vascular (AV), canulação de acessos vasculares nomeadamente, FAV, PAV e prestação de cuidados ao CVC para HD. Durante o estágio, pude observar como é notória a importância do AV para o sucesso e eficácia da técnica de substituição renal adequada para a pessoa doente com DR.

Cada vez mais, os cuidados a ter com os AV's assumem uma importância crucial na sua manutenção e durabilidade, sendo esta uma responsabilidade de todos os enfermeiros. Os desafios são cada vez maiores sendo que, a maioria das pessoas doentes com DR são idosos com comorbilidades, associadas sobretudo a diabetes e insuficiência vascular periférica, possuindo um património vascular muito deteriorado (NephroCare, 2011).

Esta temática, relativamente ao património vascular, já havia sido identificada, pela equipa na UD, como uma problemática. Este facto despertou o interesse e

curiosidade pela pesquisa, dando origem a uma revisão da literatura com apresentação de estratégias para a promoção da melhoria dos cuidados.

O aumento da incidência de doentes admitidos na UD, transferidos do SU, que apresentam o património vascular deteriorado, e/ou AV's para HD manipulados, fruto das múltiplas punções a que a pessoa doente é submetida nesse contexto, levou ao interesse e estudo desta problemática. Partilhando as minhas dúvidas e inquietudes com os meus tutores na UD, apercebi-me de que esta seria uma situação-problema já identificada pela equipa e comprometi-me a desenvolver uma pesquisa, no contexto de SU (APÊNDICE E).

O conhecimento reduzido acerca de cuidados específicos e possíveis complicações de um AV de HD; a ausência de estratégias de forma a preservar e monitorizar o membro da FAV e ou a PPV para construção de um acesso para HD no futuro, são aspetos fundamentais que poderão evitar acidentes e danos no património vascular e/ou no AV, sendo estes determinantes para a vida destes doentes. Estes aspetos assumem uma dimensão fulcral, determinando e orientando assim a realização deste trabalho. Revela-se portanto fulcral uma correta gestão do património vascular da pessoa doente com DR, sendo necessária uma rentabilização de toda a sua rede venosa, selecionando as veias para punção para efeitos de colheita de sangue e para administração de terapêutica endovenosa, de forma a minimizar o comprometimento da construção ou manutenção do AV para HD (Ribeiro, Gonçalves, Sousa, & Sousa, 2021).

O conceito de preservação das veias periféricas foi introduzido no ano de 2003 pelo *Centers of Medicare and Medicaid Services with the Fistula First Initiative* (Vachharajani, Hassanein, Liaqat, & Haddad, 2020). Com a evolução do conceito, várias campanhas têm sido realizadas por organizações profissionais sendo uma

das mais notórias a iniciativa “*Save the Veins*” levada a cabo pela *American Nephrology Nurses Association* (Singh, Grimes, Gregg, & al., 2021).

A pesquisa realizada demonstrou a existência de pouca, mas recente, evidência nesta temática o que despertou ainda mais o meu interesse em possivelmente contribuir com mais investigação no futuro, sendo notório que muito há para ser feito no que diz respeito a esta temática. No contexto de urgência a afluência de doentes é enorme e as intervenções de enfermagem são realizadas de uma forma rápida para dar a melhor resposta possível às necessidades dos doentes. Muitas das vezes não é se quer possível refletir sobre o local onde é realizada a punção na pessoa doente, seja para cateterização ou para colheita de algum produto biológico. Por este motivo, e tendo por base a minha prática, sinto que existe a necessidade de sensibilizar os profissionais e apresentar estratégias, direcionadas para a pessoa doente com DR, no sentido de preservar o património vascular para promover o sucesso na criação de um AV de HD, no caso de ser necessário.

As pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise constituem, neste momento, um grupo especial de doentes com necessidades de cuidados de enfermagem especializados (Duarte, 2017). Os conhecimentos gerados através da investigação em enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo – benefício das intervenções de enfermagem. Neste sentido, com base na evidência analisada, apresentei como proposta: a realização de sessões de formação, alertando e sensibilizando as equipas multidisciplinares do SU para a temática, bem como, a implementação de estratégias, como a aplicação de uma pulseira/ banda de alerta e a criação de um sistema de alerta em sistema informático para as pessoas doentes com DR, alertando assim para a PPV nestas pessoas em concreto.

A prestação de cuidados no SU, corresponde a uma área onde a equipa de enfermagem deve mobilizar os conhecimentos com agilidade, de modo a realizar uma triagem das situações, estabelecer prioridades e tomar decisões acertadas para dar resposta às necessidades do cliente admitido e dos seus familiares

Relativamente à prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, abarca, entre outros, a segurança das pessoas doentes; a saúde ocupacional; a segurança alimentar; a biossegurança; a segurança na injeção; a segurança dos produtos derivados do sangue e o controlo da resistência antimicrobiana (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Durante o decorrer do estágio na UCIP, o facto desta se tornar unidade COVID por um período de tempo limitado, permitiu o aumento da destreza na utilização correta dos diferentes equipamentos de proteção individual, possibilitando o desenvolvimento de competências específicas do EE em EMC, maximizando a prevenção, intervenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação e necessidade de respostas adequadas em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A UD possui vários protocolos de atuação, no que diz respeito ao controlo de infeção, para diversas situações, nomeadamente protocolo de atuação na canulação de um acesso arteriovenoso para HD. O risco de infeção do CVC para HD, está relacionado com o tipo de acesso, sendo que em média são identificadas 4,6 infeções por 1000 sessões de HD e 18,4 por 1000 sessões de HD com caracteres permanentes (NephroCare, 2011). A prevenção é feita através da utilização da técnica assética em todos os procedimentos, construção precoce de um acesso permanente, vigilância e despiste de sinais e sintomas de infeção (NephroCare, 2011).

Ressalvo que na UD, aquando da preparação de material para manipulação de CVC para HD, a superfície da base de trabalho utilizada para a colocação de material era desinfetada antecipadamente e as portas de acesso ao local eram fechadas para prevenir a passagem de correntes de ar, diminuindo a probabilidade de contaminação do material esterilizado. Na abordagem ao doente com acesso arteriovenoso, o enfermeiro deve respeitar todas as normas e procedimentos relativos à lavagem e desinfeção das mãos, bem como possuir todo o equipamento de proteção individual preconizado que inclui: óculos, máscara cirúrgica ou máscara com viseira, avental e touca (NephroCare, 2011).

O processo de canulação numa PAV, possui um risco maior para o desenvolvimento de um maior número de complicações relativamente à FAV, como a infeção relacionada com a presença de um elemento estranho ao organismo e trombose. A salientar que em toda a minha prática atendi às medidas de prevenção e controlo de infeção, tendo em conta que para canulação de uma FAV é recomendável a utilização de uma técnica limpa e para uma PAV a utilização de uma técnica assética (NephroCare, 2011).

As normas de controlo de infeção hospitalar, na UD, são cumpridas e a equipa multidisciplinar aplica os EPI, conforme as indicações da Comissão de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA) da instituição hospitalar. Após observação, consegui compreender que a equipa de enfermagem realiza um esforço constante para que, as pessoas doentes, quando realizam a hemóstase utilizem uma luva de proteção por forma a fomentar uma proteção a nível individual e também para que não exista perigo de contaminação cruzada nos espaços comuns. A implementação de medidas de isolamento, constituem medidas adicionais às precauções básicas tendo em consideração as vias de transmissão.

Na unidade de diálise existiam pessoas doentes infetadas com bactérias multirresistentes em tratamento, pelo que a estratégia utilizada era o uso exclusivo do monitor para a pessoa doente infetada, mantendo-se sempre no mesmo posto em todas as sessões de diálise.

No que diz respeito as doenças transmissíveis com relevância na diálise, tais como Hepatite B, Hepatite C e Síndrome de Vírus da Imunodeficiência Humana, existem salas adequadas para o efeito, bem como recursos humanos destinados para estas salas. Relativamente a importância da descontaminação de equipamentos, a limpeza da unidade é assegurada diariamente pelos Assistentes Operacionais, garantindo os princípios básicos da desinfeção obedecendo à separação das zonas limpas e sujas. Estes realizam a limpeza da unidade do doente (entre cada sessão de hemodiálise) e a separação de lixos respeitando o uso de mantas e almofadas individuais para cada utente. Importa referir que a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos é um indicador de qualidade dos cuidados especializados em EMC, que deve ser maximizado para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

*“As IACS são o evento adverso mais frequente em cuidados de saúde. Segundo o Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças, 6% dos doentes adquire uma IACS, com repercussões em termos de mortalidade, morbilidade, qualidade de vida e elevado impacto económico. Em Portugal, as IACS têm uma prevalência de 7,8% (média europeia de 6,5% em 2016/17), mas em percurso de melhoria. Os profissionais, além de aderirem à formação, devem refletir sobre as práticas, pois além de saber, é preciso querer cumprir as melhores recomendações: feixes de intervenções, higiene das mãos, correto uso de luvas, higiene ambiental, tratamento de roupas, resíduos e gestão dos antibióticos” (APIH, 2022, p. 46).*

Durante o decorrer dos estágios, nos diferentes contextos, tive a oportunidade de desenvolver intervenções de enfermagem relacionadas com a área de especialização que complementaram a formação teórica. Fui capaz de prestar e gerir os cuidados à pessoa doente em situação crítica em contexto de urgência e emergência, colaborando sempre com a equipa de enfermagem; estabeleci relações terapêuticas com a pessoa doente e família; atuei sempre respeitando valores, crenças e individualidade do doente; realizei ações de educação para a saúde; acompanhei a pessoa doente em situação crítica na realização de exames complementares de diagnóstico; integrei conhecimentos teóricos na prática e refleti sobre a prática e sobre situações novas. Estas atividades permitiram aprofundar e consolidar conhecimentos como futura EE na área EMC.

A preparação, execução e implementação de técnicas dialíticas, a administração de fármacos, a colheita de sangue e a execução de inserção de cateteres vesicais, sondas nasogástricas e cateteres venosos periféricos abarcam grande parte da ação dos enfermeiros nos diferentes contextos.

O enfermeiro tem protocolos de atuação a seguir, deve estar em constante vigilância das diferentes respostas humanas e deve proceder à tomada de decisão na sua prática, tendo por base o raciocínio clínico e o registo das suas ações. No decorrer dos diferentes estágios, realizei pesquisa sobre diferentes temáticas, inclusive da componente teórica previamente lecionada ao longo do curso, com o intuito de aprofundar conhecimentos relacionados com técnicas específicas, sendo esta uma preocupação constante, a de contextualizar a execução das intervenções baseadas na observação, evidência e competência diagnóstica.

### 3.3·Domínio da Gestão dos cuidados

No que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, este compreende as competências relacionadas com a gestão de cuidados de Enfermagem especializados, otimizando a resposta da equipa, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas, devendo ainda adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e contexto, visando a garantia dos cuidados (Diário da República, 2019). A gestão de cuidados é constituída por uma diversidade de áreas, considerando a organização dos cuidados de enfermagem como um indicador de qualidade dos cuidados especializados em EMC. Por este motivo, considere relevante observar o trabalho do EE na gestão de cuidados. Previamente, foram estabelecidos objetivos referentes a este domínio, nomeadamente: conhecer a dinâmica e funcionamento da UD e do SU; refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas na área da gestão em enfermagem e integrar na equipa multidisciplinar da UD e do SU.

A gestão é como que uma arte do pensamento utilizado para tomar decisões e desenvolver ações com o objetivo que algo aconteça, com os melhores resultados possíveis. Não é só um processo científico e racional, mas também um processo de interação humana, com a sua componente psíquica, emocional e intuitiva (Sacramento, 2019). Nas instituições de saúde, sendo a enfermagem o seu maior grupo profissional, torna-se claro a importância da necessidade de excelência da sua gestão através dos gestores de enfermagem, na adequada gestão dos seus recursos humanos, processos de cuidados, assim como a sua qualidade (Sacramento, 2019). Os cuidados de enfermagem são avaliados pelos indicadores de ganhos em saúde e também pelos recursos utilizados para os obter. Os enfermeiros, são uma força de trabalho relevante na organização hospitalar, não apenas pela prestação de cuidados direta aos clientes, mas também pela gestão de cuidados e de recursos que desempenham de forma sistemática no seu dia a

dia, sendo a liderança uma das ferramentas fundamental no seu processo de trabalho (Elisabete Nunes, 2013). Assim, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à UD, no que concerne à estrutura física do serviço concluo que está adequada às necessidades das pessoas doentes e profissionais que a constituem. Tendo em conta todas as características referidas anteriormente, a unidade é ampla e com espaço suficiente entre os vários postos, sendo que, a sala de enfermagem possibilita a vigilância de todas as pessoas doentes em qualquer posto da unidade.

No que respeita ao armazenamento de stock de material considero estar bem organizado, com reposição segundo o sistema *Hospital Logistics System* (HLS) com a ferramenta *Kaizen* (expressão japonesa que significa melhoria contínua), o mesmo sistema em uso no serviço onde exerço atualmente funções.

Fazendo uma pequena abordagem sobre o stock dos medicamentos, a UD, contempla em stock os fármacos mais utilizados, sendo este controlado e repostado pela farmácia hospitalar através do sistema *Kanban*, no qual realizam o levantamento das necessidades todas as 2ª e 5ª feiras de manhã, acontecendo a reposição todas as 3ª e 6ª feiras de manhã.

No que diz respeito a recursos humanos, a unidade de HD conta com uma equipa interdisciplinar formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos em diálise, técnicos de manutenção, assistentes sociais, nutricionistas, chefe e diretor de serviço.

Em termos de funcionamento e no que concerne à equipa de enfermagem, estes cuidados são assegurados de forma contínua nos turnos da manhã, tarde e noite. Durante a o turno da noite (20h -8h30h) existe apenas um enfermeiro, sendo que

até as 24h é apoiado pelos dois elementos da tarde que prologam o seu turno até esse horário. Durante o período noturno a unidade apenas recebe doentes provenientes do SU. O enfermeiro do turno da noite também é responsável por dar resposta à necessidade de iniciar ou manter, técnicas dialíticas nas UCI. Tal como referi anteriormente, nos turnos da manhã e de tarde há um enfermeiro escalado para apoio ao internamento tendo como funções: a preparação e montagem do material e equipamentos necessários para a execução de técnicas dialíticas fora da unidade, bem como a sua implementação após prescrição médica.

Em contexto de HD, a OE recomenda que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois elementos, sendo que este número deve ser ajustado à realidade de cada organização, e deve ser ponderado o cálculo de enfermeiros para o tratamento de doentes com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Devido à alta complexidade do serviço e à existência de riscos associados, a equipa deve conter preferencialmente, 50% dos enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas da enfermagem à PSC e/ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O cálculo de dotações seguras de Enfermagem deve obedecer ao regulamento nº743, referindo que não deve ser levado em conta apenas o número de horas de cuidados por doente e por dia, mas também, as competências profissionais, a arquitetura da instituição e as características específicas de cada serviço, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente (Diário da República, 2019).

As dotações seguras de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa submetida a tratamento por HD, foram verificadas em todos os turnos ao longo do estágio. No turno da manhã, faz sempre parte da equipa um EE em EMC, o qual é o responsável pela unidade, sendo-lhe delegadas funções de gestão da

equipa e dos cuidados de Enfermagem. Este também tem a responsabilidade de colaboração na definição, avaliação e revisão dos procedimentos da unidade, com o diretor do serviço, bem como a planificação, implementação e avaliação da formação inerente ao bom desempenho da equipa de Enfermagem.

O planeamento das sessões de diálise é também da responsabilidade do EE, que insere o nome da pessoa doente no quadro de plano de sessões de HD e programa o dia e turno da sessão de acordo com a prescrição médica. Para dar início ao turno, são distribuídos os doentes pelos diversos postos com os respetivos monitores de diálise. No caso da pessoa doente se encontrar em regime de ambulatório, deve manter sempre o mesmo posto/monitor, situação que se altera apenas em situações específicas, nomeadamente: se houver troca de turno para realização da HD e/ou por necessidade de organização ou avaria do monitor.

A equipa de Enfermagem trabalha de uma forma independente e interdependente simultaneamente sendo que, a metodologia de trabalho assenta no método do trabalho em equipa. Existe uma grande cooperação entre os vários elementos que constituem a equipa, potenciando os cuidados de excelência e uma relação de entreajuda, que traduz ganhos na eficácia do tratamento e recuperação da pessoa doente.

O trabalho em equipa requer uma dinâmica de funcionamento partilhada, assente no ajuste de rotinas próprias de cada grupo profissional ou de cada elemento, permitindo a prestação de cuidados em tempo útil e oportuno, mediante uma planificação das intervenções mais eficaz com o mínimo de interferências nefastas entre si, permitindo obter ganhos em saúde. O trabalho em equipa na enfermagem, mais do que um objetivo, assume-se como um imperativo improrrogável uma vez que, o trabalho parcelar e individual não permite responder às exigências atuais em termos de cuidados de saúde.

A adequação da equipa de enfermagem por um lado, e a sua integração plena na equipa de saúde multidisciplinar por outro, permitirá a prestação de cuidados de enfermagem com padrões de qualidade mais elevados (Sacramento, 2019).

Durante o estágio na UD, foi possível colaborar com os tutores na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Destaco o papel relevante e diferenciador do EE na unidade de HD: superintende o plano de diálise, faz a gestão das tarefas do pessoal de Enfermagem destacado para a unidade, faz a gestão dos cuidados de Enfermagem na UD, planeia, implementa e avalia a formação inerente ao bom desempenho da equipa de enfermagem, zela pelo bom funcionamento e manutenção do equipamento da unidade e colabora com o médico responsável na definição, avaliação e revisão dos procedimentos da unidade. Para além destas funções o EE assume-se como um elemento de referência para a restante equipa de Enfermagem.

Atendendo ao facto de que, os enfermeiros tutores desempenhavam funções de responsável de turno, facilitou o desenvolvimento desta competência de forma contínua no decorrer do estágio, sendo que foi possível acompanhar as suas funções nas diferentes vertentes de gestão: gestão de recursos humanos, materiais e consumíveis, de equipamentos e dos processos de desinfeção da central de águas.

No decorrer do estágio no SU, acompanhei o enfermeiro coordenador, especialista em EMC, uma vez que os meus tutores não fazem parte da equipa de coordenação, de forma a compreender as suas funções e estratégias de gestão utilizadas.

O enfermeiro coordenador tem a função de gerir recursos, conflitos, e tomar decisões complexas, sendo o responsável por todo o SU. As atividades do

enfermeiro coordenador que observei e presenciei como sendo as mais relevantes foram as seguintes: Planificação da distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas físicas do SU, obedecendo a critérios, tais como a de rotatividade, a percepção da competência do enfermeiro no desempenho da sua função (os enfermeiros com mais anos de serviço são alocados à área da ortopedia, sendo que esta é uma área com uma necessidade de cuidados menos exaustivos e com menos afluência de doentes), e a testagem de validação a dispositivos de análises rápidas.

A utilização de dispositivos para testes de análises sanguíneas de resultado rápido, tais como troponina e bioquímica, é uma prática frequente no SU. É da responsabilidade do enfermeiro coordenador: efetuar a testagem destes dispositivos para garantir a validade dos resultados, sempre que o consumo de um lote é iniciado para o efeito (todos os resultados são depois comparados com os intervalos de valor indicados para as soluções fornecidas); a requisição de dietas, realizadas com 24h de antecedência (a antecedência não permite que o número de dietas corresponda às necessidades, o que exige muitas vezes o pedido de refeições extra/extemporâneas); a transmissão de ocorrências significativas, que são registadas no livro de ocorrências disponível no serviço e comunicadas entre os enfermeiros coordenadores nas passagens de turno; a tomada de decisões complexas e demonstrar disponibilidade no suporte à equipa de enfermagem sempre que necessário.

No que concerne à gestão de material de consumo clínico no serviço de urgência, esta é feita também através da metodologia *HLS*, sendo que a gestão dos vários stocks são da responsabilidade do enfermeiro coordenador. O SU possui ainda uma metodologia de gestão de stocks por níveis, pelo que diariamente, a equipa do *HLS* e da farmácia fazem a reposição do material e fármacos necessários, conforme os níveis determinados para os respetivos produtos. Para os fármacos, existe um armazém central de onde são redistribuídos para as salas de trabalho

de enfermagem. A reposição no armazém central é efetuada pelo técnico da farmácia, enquanto a reposição das salas de enfermagem é efetuada, sempre que essa necessidade seja detetada pelo enfermeiro coordenador.

Relativamente aos estupefacientes, existe um cofre com todos os fármacos e sempre que necessário retirar algum fármaco, é realizado um registo em papel, num formulário próprio, devidamente assinado pelo médico, para ser justificada a reposição posterior pela farmácia.

Em relação à gestão de materiais, uma das áreas mais problemáticas está relacionada com a insuficiência do stock para satisfazer as necessidades, que advêm do aumento do número de doentes e da sua ocupação, muitas vezes imprevisível, por um longo período de horas ou dias.

Em ambos os serviços pude constatar que os recursos materiais eram diversificados, cada um com a sua especificidade, sendo a sua gestão eficaz uma mais-valia, para o bom funcionamento dos serviços bem como, para a qualidade dos cuidados prestados.

Por forma a dar resposta ao objetivo delineado, considero que pude tirar o maior proveito de todos os momentos de efetiva aprendizagem ao nível da gestão de recursos humanos, materiais, assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborando na tomada de decisão.

A utilização eficiente dos recursos existentes, com o fim de alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é primordial na prestação de cuidados. Outro aspeto que foi muito produtivo para a aquisição de competências enquanto futura EE e mestre, no âmbito da gestão foi a oportunidade de verificar, juntamente com os enfermeiros tutores, a gestão de prioridade dos cuidados e de adequação dos recursos humanos e materiais. Certifiquei-me da importância das funções do EE na unidade de HD e no SU

enquanto líder e elemento de referência para a sua equipa, o que revelou a importância das competências relativas à gestão durante a minha formação. Um bom líder é fundamental para um bom planeamento, organização, motivação e de capacidade de tomadas de decisão a fim de atingir objetivos estabelecidos.

Assim, considero que a compreensão do funcionamento e da estrutura da UD e do SU, bem como, a participação na gestão e organização dos recursos humanos e materiais, foram essenciais para o desenvolvimento durante o estágio, tendo em conta que permitiu direcionar o meu processo de aprendizagem facilitando a aquisição de competências e a minha integração na dinâmica da equipa, fazendo com que me sentisse elemento integrativo.

#### 3.4. Domínio das aprendizagens profissionais

Relativamente ao domínio das aprendizagens profissionais, o EE em EMC revela capacidades de autoconhecimento, o qual afeta todos os aspetos da vida incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica uma autoavaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um (Sacramento, 2019). Previamente, foram estabelecidos os seguintes objetivos referentes a este domínio: adquirir competências que permitam otimizar a prática e a qualidade dos cuidados no contexto da minha prática; desenvolver e aprofundar conhecimento sobre as condições fisiopatológicas que dão origem a um internamento numa UCIP e no serviço de nefrologia- UD; desenvolver conhecimento e competência sobre ventilação mecânica invasiva na pessoa em situação crítica, em contexto de internamento na UCIP e SU.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Sendo objetivo do presente relatório, uma análise do percurso no que concerne ao desenvolvimento de novas competências na área de especialização em EMC, surgem as competências comuns do EE, nas quais é descrito que este deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, e deve alicerçar os processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação (Diário da República, 2019). A sua prossecução começou desde o primeiro contacto em contexto de estágio, com a tomada de conhecimento da estrutura física e organizacional das unidades, complementando a minha integração com a consulta de protocolos, normas e recomendações vigentes.

Com o desenvolvimento do estágio, estabeleci uma excelente relação de empatia e entajuda com os diversos profissionais e pessoas doentes/família nos diferentes contextos, procurando sempre usar da minha proatividade, na procura de novos e desafiantes momentos de aprendizagem. Neste sentido, ao longo do relatório foram descritas várias experiências no contexto da prática.

No decorrer dos estágios, a minha procura por oportunidades de aprendizagem incidiu, nos cuidados prestados à PSC no SU, UD e na UCIP, tendo a possibilidade de integrar na equipa responsável pela SE, e na UD, acompanhando as pessoas doentes a realizar técnicas dialíticas. Com isto, foi

possível analisar todo o processo de abordagem à PSC urgente e emergente bem como o acompanhamento em todo o processo de estabilização.

Prestar cuidados a pessoas doentes nestes contextos foi um grande desafio. Pela panóplia de situações que surgem, pela sua exigência no que concerne à atuação célere e eficaz do enfermeiro, pelas condições de trabalho, entre outras. Em colaboração com os tutores de estágio e restante equipa de enfermagem, na prestação de cuidados, procurei avaliar de modo sistemático, interpretativo, evolutivo e articulado, reconhecendo as situações reais ou potenciais de deterioração clínica, com vista à implementação precoce de intervenções eficientes e eficazes, avaliando posteriormente as respostas a essas mesmas intervenções. Na prestação de cuidados, a PSC necessita de vigilância e monitorização contínua, o que exige um elevado nível de conhecimentos e competências. Compete aos enfermeiros vigiar, prevenir e detetar alterações de instabilidade do doente e comunicá-los ao médico e equipa precocemente.

Nos contextos da UCIP e SU, o doente crítico é um doente de enorme complexidade que exige muito profissionalismo e capacidade de resposta dos profissionais envolventes no seu cuidado. Este aspeto vai ao encontro da prevenção de complicações, sendo este um indicador da qualidade dos cuidados especializados em EMC (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Para dar a melhor resposta possível, com segurança nos cuidados especializados prestados, e para conseguir realizar um percurso evolutivo durante o estágio, realizei pesquisa e estudei autonomamente para conseguir perceber e identificar situações que requeressem uma resposta rápida e eficaz. Com isto, consegui implementar intervenções seguras baseadas na evidência científica, atendendo aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC. A monitorização do doente crítico é muito importante desde a técnica de colocação dos diversos dispositivos até à correta interpretação de toda a informação hemodinâmica disponível no ecrã de cada monitor conectado ao doente. Ao prestar cuidados à PSC, pude

adquirir habilidades no manuseio do ventilador, bem como na interpretação dos valores de cada parâmetro e modos ventilatórios mais adequados a cada tipo de situação e patologia do doente. Pode também realizar a higiene oral a vários doentes ventilados e assim compreender, através da teoria aplicada na prática, relativamente à necessidade da higiene oral nestes doentes e o seu impacto na redução das infeções respiratórias (Zhao, Wu, & al., 2020). A PSC submetida a ventilação invasiva, tem um risco acrescido no que concerne às infeções respiratórias, nomeadamente à pneumonia, neste caso associada à ventilação. O ventilador ao oxigenar a PSC, pode permitir a entrada de microrganismos até ao pulmão. Neste sentido, a manutenção da integridade da cavidade oral e a promoção da higiene oral são algumas das formas de prevenção da ocorrência de pneumonia associada à ventilação (Zhao, Wu, & al., 2020).

No que diz respeito às especialidades médicas que correspondem ao tipo de patologia que os doentes possuem em UCI são diversas, nomeadamente cardiologia, gastroenterologia, vascular, trauma/ortopedia, entre outras. Existe uma panóplia de conhecimentos que se reúnem no processo de um só doente, que se encontra numa fase muito débil do seu estado de saúde, que exige profissionais capazes de dar resposta às suas necessidades de forma eficaz e eficiente. Relativamente às atividades desenvolvidas, no âmbito dos cuidados à PSC, no contexto de internamento e SE, adquiri competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, no que concerne à dinamização da resposta em cada emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O EE surge como uma figura dotada de perícia numa área de intervenção específica, atuando como gestor de casos. É o responsável por avaliar, planejar, implementar, coordenar e monitorizar os serviços requeridos para as necessidades individuais de saúde, através da comunicação, e avaliando recursos para promover a qualidade e os resultados de custo-efetividade. O especialista

assumir-se-á como uma referência para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Leite, 2020). Por tudo isto, o contato nos diferentes contextos, foram muito benéficos para a minha evolução e crescimento profissional e pessoal.

Como já havia referido anteriormente, a minha procura constante pelo conhecimento, tendo como objetivo principal a prestação de cuidados de qualidade, fez com que desenvolvesse todo este processo académico.

Especificamente, a escolha pelo estágio curricular opcional na UD, vai de encontro à necessidade sentida no que respeita à aquisição de conhecimento e competências relativamente a esta área. Segundo Vieira (2008), uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprio, resultante da investigação.

A procura crescente por conhecimento e aquisição de competências, por parte dos Enfermeiros, com o objetivo de obter melhores resultados na recuperação da pessoa doente e família, quer pelas práticas de promoção de saúde quer pela proteção de grupos mais vulneráveis, exige uma atualização permanente e um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a vida profissional (Vieira M. , 2008). Com este intuito, procurei adquirir conhecimentos e competências aplicando a teoria na prática de cuidados, na assistência à PSC, através da monitorização do doente na fase intradialítica na qual pude atuar na ocorrência de complicações menos severas como: câibras, náuseas, vômitos, cefaleias e dor.

Em relação às complicações severas pude atuar na hemóstase prolongada com pequena perda hemorrágica, e em momentos de hipotensão severa. O uso de terapêutica antihipertensora, solução de diálise muito aquecida e certas disfunções cardíacas são possíveis causas de hipotensão no momento intradialítico, além da perda de líquidos e eletrólitos pelo filtro.

Estas situações exigem uma atuação célere e eficaz, sendo recomendável a administração de 100ml de soro fisiológico 0,9% em bólus, a redução da taxa de filtração e a aplicação de medidas posturais como o posicionamento da pessoa doente na posição de *Trendelenburg* (Santos, et al., 2019). Relativamente a este aspeto, foi possível desenvolver competências relacionadas com os cuidados à PSC e/ou falência orgânica. As sessões devem ser bem toleradas pelos doentes, objetivando que o impacto na qualidade de vida da pessoa doente seja minimizado.

A salientar que na UD, a afluência de pessoas com DRC é mais evidente que o número de pessoas com DR aguda. Apesar de ser uma pessoa com DRC, durante o tratamento intradialítico apresenta focos de instabilidade e complicações, que facilmente se desenvolvem para uma situação crítica, às quais o Enfermeiro EEMC deve ser capaz de dar resposta de forma eficaz e eficiente. Nesse sentido, o enfermeiro deve proceder de forma a monitorizar, antecipar e atuar em conformidade de forma célere por fim a minimizar os incidentes intradialíticos e os impactos na estabilidade hemodinâmica da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No decorrer dos estágios, nos diferentes contextos, tendo por base tudo o que foi descrito neste domínio, adquirir competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, no que diz respeito ao cuidar da pessoa/família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

#### 4.CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório culmina com a conclusão do ciclo de estudos e espera-se que seja conducente à obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em EMC na área de atuação à PSC.

Ao longo do documento foram analisadas e refletidas várias experiências que concretizaram os objetivos previamente definidos e a aquisição de competências comuns e específicas do EE. Para além de uma caracterização e contextualização dos locais de estágio foram sendo descritas e refletidas diversas atividades, que se revelaram auxiliadoras no processo de aquisição de competências. Estas, foram sendo apresentadas em função dos vários domínios, tendo por base a prestação de cuidados de qualidade.

A identificação de temáticas com necessidade de melhoria, com a devida apresentação de estratégias baseadas na evidência, concretizou-se em cada contexto. Neste sentido, o contributo para cada contexto, foi ao encontro da identificação de uma problemática, sendo cada uma posteriormente estudada e após a análise da evidência selecionada, foram apresentadas estratégias com o objetivo da promoção da prestação de cuidados de qualidade.

Os estágios realizados nos diversos contextos, foram repletos de momentos de formação e reflexão na prática que permitiram o desenvolvimento de um conjunto de competências que integram o saber-saber, saber-fazer e saber-ser, amplamente apoiados na evidência científica.

O estágio final, realizado no SU foi um desafio acrescido, sendo o local onde todos os conhecimentos e competências adquiridos até então, foram postos à prova. A existência de uma panóplia de situações e oportunidades de aprendizagem em simultâneo, juntamente com o número elevado de afluência de pessoas doentes e a exigência de uma constante adaptação às alterações e dinâmicas organizacionais, permitiu que este fosse um contexto de estágio muito

enriquecedor a vários níveis. O SU foi um contexto no qual presenciei e vivenciei vários sentimentos, nomeadamente: medo, ansiedade, frustração, stress, tristeza e desânimo. O enfermeiro deve usar do autoconhecimento para adotar estratégias, fazendo face a todos os sentimentos vivenciados por si, por forma a dar a melhor resposta á pessoa que se apresenta débil e vulnerável.

Com todas as experiências vivenciadas, compreendi que o EE deve adotar estratégias que permitam mobilizar todas as competências adquiridas para intervir nas necessidades apresentadas, pela pessoa doente e família, e prestar cuidados de qualidade.

A realização prévia do projeto pessoal, com a definição de objetivos específicos para cada contexto, constituiu um elemento muito favorável a nível de organização e reflexão no que concerne à realização de atividades para a aquisição de competências comuns e específicas do EE. A realização dos estágios, nos diversos contextos, permitiu ainda a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento pessoal e de capacidades metodológicas e técnicas.

A partilha de dúvidas, com os tutores e colegas, e a tomada de decisão nas diversas situações permitiram o desenvolvimento da capacidade de reflexão, autocrítica e autoavaliação. Todos os contextos de estágio contribuíram de forma positiva para a minha formação como futura EE e mestre, permitindo aquisição e o desenvolvimento de competências de grande relevância para o crescimento a nível profissional e pessoal.

Atualmente, a prática de enfermagem exige cada vez mais do profissional, tendo em conta a complexidade da pessoa doente/família e as suas expectativas relativamente à prestação de cuidados de qualidade.

A concretização deste processo de aquisição de competências revelou-se muito enriquecedor tanto a nível profissional como pessoal, uma vez que, o amor pela profissão e a admiração pela sua potencialidade, faz com que a sua valorização

seja uma preocupação constante. Atendendo a que a valorização da Enfermagem é concretizada pela satisfação da pessoa doente/família e pela prestação de cuidados de qualidade, o investimento na aquisição de competências é, sem sombra de dúvida, um passo para atingir este fim.

A prática baseada na evidência é cada vez mais necessária e exigida por parte da pessoa doente e família. Compete aos enfermeiros demonstrar o seu impacto no que diz respeito aos ganhos em saúde, através das suas intervenções. A nível pessoal, todo este processo revelou ser um enorme desafio, proporcionando desenvolvimento do autoconhecimento e autoconfiança. O feedback positivo e as palavras recebidas pelos tutores e outros colegas de cada contexto, foram auxiliando como reforço positivo para dar continuidade a todo o processo, promovendo o desenvolvimento do autoconhecimento.

A concretização deste relatório torna-se um momento importante, permitindo a sistematização e reflexão de todos os momentos de aquisição de competências ao longo dos estágios, revelando que uma aprendizagem eficaz só é possível, quando existe uma reflexão constante sobre a prática (Ribeiro J. F., 2014). Como perspetivas futuras, pretendo continuar a contribuir para uma melhor Enfermagem enquanto disciplina e profissão, promovendo a prática baseada na evidência e contribuindo para a produção da mesma.

Como dificuldade e limitação, no decorrer desta caminhada, ressalvo o cansaço devido ao excesso de trabalho inerente ao serviço onde me encontro a desenvolver funções. O processo de aquisição de competências nas diferentes áreas, resultou de muitas horas de prática clínica e de estudo individual para possibilitar a melhor prestação possível a cada dia. No entanto, com esforço, empenho e objetividade tudo se consegue e acredito ter superado com êxito todo este processo de aprendizagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Cuidados\\_Intensivos\\_09\\_2013.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf)
- ACSS. (2019). *Administração Central do Sistema de Saúde*. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Andrez, S., Sousa, P. P., & Marques, R. (2020). Factores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de enfermagem: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 124-125. doi:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10296>
- António Sousa Uva, P. S. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1-95.
- Antunes, I. M. (2015). *Síndrome Cardiorrenal Agudo: Fisiopatologia e Terapêutica*. Covilhã: Universidade Beira Interior.
- APIH. (maio de 2022). *Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar*. Obtido de [https://apih.pt/wp-content/uploads/2022/05/iacs\\_saber-e-querer27056.pdf](https://apih.pt/wp-content/uploads/2022/05/iacs_saber-e-querer27056.pdf)
- Beltrami F., N. X. (20 de março de 2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 539-546. doi:<https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Brito, A. (2020). *Comunicar para Cuidar: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a Transição Segura de Cuidados*

- . Portalegre: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34273/1/BCTFC159.pdf>
- Carvalho, P. D. (2008). Obtido de iscet.pt: <https://www.iscet.pt/pt/observatorio-da-solidao>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão. *Repositorium Comum*, Vol.15 nº2. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/23939>
- Chu Yuan, F. T. (27 de Março de 2020). *International Journal of Nursing Studies*. *Post-Intensive care syndrome: A concept analysis*, p. 2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- CHUPorto. (2018). Manual da Unidade de Hemodiálise. *Serviço de Nefrologia(MA.NEF.GER.001/3)*. Porto.
- Diário da República . (11 de agosto de 2014). 2ª série nº153 Despacho n.º 10319. 2673-2678.
- Diário da República. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35, 19362.
- Diário da República. (28 de novembro de 2013). Portaria nº347.
- Diário da República. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº140/2019*, 2ª série- nº26. Diário da República.
- Diário da República. (25 de setembro de 2019). Regulamento nº743. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem(184-155)*, 128.

- Duarte Reis, I. R. (2021). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 109-110. doi:doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287
- Duarte, V. L. (Março de 2017). Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. (E. S.-I. Leiria, Ed.) *Práticas dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Perante o Doente Hemodiálisado*.
- Elisabete Nunes, F. G. (1 de janeiro de 2013). *Cadernos de Saúde. A liderança e o empenhamento organizacional dos enfermeiros: revisão sistemática da literatura*, pp. 30-42. doi:https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2838
- Europacolon. (s.d.). Obtido de <http://www.europacolon.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeuropeiadosdireitosdosdoentes.pdf>
- Gomes, M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Gouveia, C. P. (2017). *Cuidados Especializados ao Doente Crítico desde o Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
- Grimm J., D., APRN, ACNP-BC, & CNE. (2 de abril de 2020). Sleep Deprivation in the *Critical Care Nurse*, pp. 16-24. doi:https://doi.org/10.4037/ccn2020939
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). *Grupo Português de Triagem*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

- Guerra, M., Jesus, E., & Araújo, B. (2022). Liderança e Participação dos Enfermeiros na Governança Hospitalar: Scoping Review. *Gestão e Desenvolvimento*, 91-111.
- Leite, A. (2020). *Unidade Curricular "A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica"*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., & Césa Fonseca, e. a. (2011). Confiança versus Desconfiança na relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar em Enfermagem*, 3-13.
- Magda Guerra, H. J. (23 de março de 2022). Liderança e Governança Hospitalar: Promoção da qualidade de cuidados num país envelhecido. *Gestão e Desenvolvimento*, 255-266.  
doi:doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11328
- Marques, P., & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/36022>
- Meleis, A., Sawyer, L., & Eun-Ok Im, e. a. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*. *Advances in Nursing Science* , 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- NephroCare. (2011). *Manual de Acessos Vasculares*. Fresenius Medical Care.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (série 1 ed., Vol. 9).

Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* nº135(429), 2ªserie, 19359-19364. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (28 de junho de 2022). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/o-m%C3%A9todo-de-trabalho-%C3%A0-tarefa-%C3%A9-um-m%C3%A9todo-que-todos-os-pa%C3%ADses-abandonaram-h%C3%A1-20-30-anos/>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (28 de setembro de 2016). Artigo de Revisão. *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. doi:dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Pereira, A., Macedo, A., Mendes, B., Sezões, J., & Machado, T. (2012). Sigilo Profissional. *Percursos*, 3-8.

Prazeres, V. M. (2020). *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto: Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Raposo, E. G. (18 de abril de 2022). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoresh/noticias/conteudos/dia-europeu-dos-direitos-dos-doentes-2022/>

Ribeiro, E., Gonçalves, I., Sousa, C., & Sousa, M. (dezembro de 2021). Práticas de Enfermagem na inserção e manutenção de catéter venoso periférico e

relação com a gestão do património vascular do doente renal crónico. *Nephro's*, 23-33.

Ribeiro, J. F. (2014). *Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde.

Sacramento, M. S. (2019). *Relatório de Estágio*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Santos, A. F., Fernandes, A. M., Sena, D. C., Carvalho, G. A., Júnior, L. S., & Pellense, M. C. (2019). Atuação do Enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. *Revista Humano Ser*, 114-127.

Santos, E. M. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros*. Faro: Universidade do Algarve.

Silva, A. (2013). *Síndrome Cardiorrenal: Diagnóstico e Terapêuticas Atuais*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilhã. Obtido em 17 de janeiro de 2023, de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1359/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Andreia%20Silva.pdf>

Singh, N. S., Grimes, J., Gregg, G. K., & al., e. (Janeiro de 2021). "Save the Vein" Initiative in Children With CKD: A Quality Improvement Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 96-102. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.016>

Vachharajani, T. J., Hassanein, M., Liaqat, A., & Haddad, N. (2020). Vessel Preservation in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 177-182. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.03.006>

Vieira, C. C. (2021). *O Enfermeiro e a Promoção do Autocuidado na RNCCI- uma scoping review*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro da Compaixão à Proficiência* (2ª edição ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Younis M., H. F. (13 de março de 2020). Factors influencing sleep quality among. *British Journal of Nursing*, pp. 298-302. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298>

Zhao, T., Wu, X., & al., e. (24 de dezembro de 2020). Higiene oral para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva em doentes em estado crítico. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>



## APÊNDICES



## APÊNDICE A- Manual de apoio na SLED (para a equipa de Enfermagem)



# SLED

## “Sustained Low Efficiency Dialysis”

ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE: **81951**

Enfermeira Mariana Azevedo

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica (área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Orientador: En<sup>º</sup>. Vasco Neves

Tutores:

## SLED

A SLED é uma sessão de hemodiálise lenta, utilizada como técnica dialítica nas Unidades de Cuidados Intensivos, nos doentes com instabilidade hemodinâmica com necessidade de uma técnica de depuração renal. Esta é uma técnica híbrida que combina as vantagens das técnicas contínuas e intermitentes e que se apresenta com as seguintes particularidades (Manual de Hemodiálise, 2018):

- É realizada com um Monitor de Diálise – Fresenius 5008 CorDiax (figura 1);
- Necessita de uma Osmose inversa para produção de água tratada;
- É realizada com um filtro de BAIXO FLUXO (Fresenius Fx 10);
- O débito de sangue (QB) é de 150-200 ml/minuto;
- O débito de dialisante (QD) é de 300 ml/minuto;

- O tempo de tratamento é de 8 a 10 horas (periodicidade típica é diária ou 6x/semana);
- A hipocoagulação é feita com ENOXAPARINA conforme protocolo de hipocoagulação sendo, as doses administradas, de um modo geral de 4/4 horas (dependendo da condição do doente).



Figura 1- Monitor Fresenius 5008 Cordiax

## SLED na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)

Esta técnica dialítica na UCIC é, habitualmente, realizada pela via de um acesso central temporário para esse fim ou de acesso vascular de hemodiálise prévio (no caso do Doente Renal Crónico em programa regular de hemodiálise na comunidade). O fato da UCIC não possuir um sistema central de purificação de água é necessário, para além do monitor de diálise, uma unidade de osmose portátil para a produção de água purificada e um sistema de fornecimento de água e esgoto (figura 2). Sendo que, este fornecimento só é possível no espaço físico destinado para a cama 1 e 2 da unidade. Para além disto é necessário adaptar, no sistema da máquina, um soro fisiológico para utilizar como *priming*. Este pormenor deve-se ao facto da marca não garantir a total esterilização do líquido de substituição que a mesma produz.



Figura 2- Unidade de osmose portátil

## SLED – Principais complicações no circuito

- ✓ **Coagulação do filtro\***;
- ✓ **Ar no sistema\***;
- ✓ **Rutura do filtro\***;
- ✓ **Desconexão das linhas\***;
- ✓ **Exteriorização de CVC/Agulha\***

\*implica interrupção da técnica e chamada do Enfermeiro da Unidade de Hemodiálise.

ENFERMEIROS DA UCIC devem:

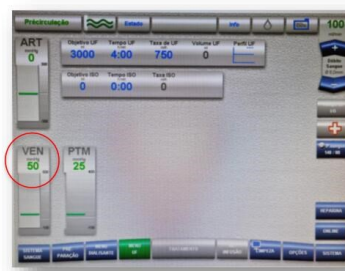
- Suspende o tratamento em caso de emergência;
- Manter vigilância dos alarmes e consequente prevenção de complicações inerentes à técnica;
- Manter vigilância após hemóstase/remoção de agulha ou cateter de punção em caso de FAV/PAV;
- Manutenção e otimização do circuito extracorporal.

## PRINCIPAIS ALARMES

### PRESSÃO VENOSA aumentada (> 300mmHg)

Refere-se à linha (azul);

Alarme de pressão positiva;



### CAUSAS:

Acesso/punção (hematoma; presença de coágulo no ramo venoso do cateter ou estenose da veia);

Presença de coágulos na linha ou ampola venosa;

Linha venosa dobrada ou clampada;

### ATUAÇÃO:

- Avaliar agitação/orientação do doente;
- Verificar o acesso (inspeção, palpação), avaliando a presença de formação de hematoma;
- No caso de CVC, confirmar que o clump se encontra aberto e o ramo venoso e a linha não se encontram dobrados;
- Verificar a presença de coágulos e coloração escura na ampola venosa e filtro;
- Após revisão destes passos, testar a máquina novamente.

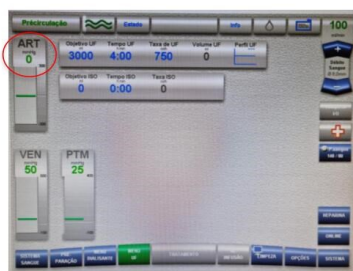
\*Se suspeita de hematoma; incapacidade de detetar a causa do alarme; aparente coagulação do circuito extracorporal; se o alarme persistir e/ou dúvidas em relação à utilização da máquina = **CONTACTAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE: 81951**

### PRESSÃO ARTERIAL aumentada (< -250mmHg)

Refere-se à linha arterial (vermelha);

Alarme de sucção- **pressão negativa**;

**MOTIVO:** Falta de débito!



### CAUSAS:

Hipotensão;

Acesso/punção (ex: hematoma; posicionamento do cateter);

Presença de coágulos no ramo arterial;

Linha arterial dobrada/ desconectada.

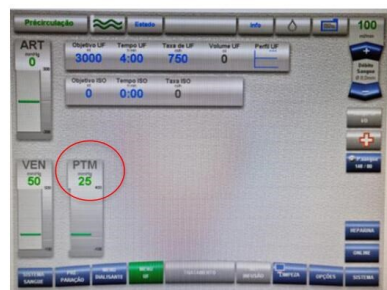
#### ATUAÇÃO:

- Avaliar sinais clínicos do doente e despistar alterações hemodinâmicas (hipotensão- gerir aminas com indicação médica);
- Verificar acesso: no caso de CVC confirmar que o clamp se encontra aberto e o ramo arterial do CVC não se encontra dobrado;
- Verificar presença de dobras na linha arterial;
- Tentar anular alarme para verificar se causa foi corrigida, configurando novos limites.

Se alarme repetir:

**Doente com FAV/PAV=** chamar Enfermeiro da Unidade de Diálise.

Alarme **PTM** (Pressão Transmembranar) aumentada, pode significar coagulação no filtro= **CHAMAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE!**



#### SLED – Principais complicações no doente

- Caimbras;
- Hipotensão (redução da TA sistólica em 25% durante a diálise);
- Cefaleias;

- Náuseas/vômitos;
- Febre;
- Reação pirogénica;
- Convulsões;
- Paragem cardiorrespiratória;
- Síndrome de desequilíbrio de diálise\*.

\* Resulta do edema cerebral, provocado pela eliminação de ureia do tecido cerebral ser mais lenta do que a eliminação no sangue durante o processo de hemodiálise. Isto gera um gradiente osmótico entre o tecido cerebral e o sangue e causa entrada de água nas células cerebrais, resultando em edema cerebral, aumento da pressão intracraniana e encefalopatia (Manuel, C.,2001).

Como regra geral, e sempre que aplicável, **o doente deve ser esclarecido e tranquilizado durante todas as complicações**, enquanto são tomadas medidas!

#### Referências Bibliográficas

- Fernandes, C., Gomes, J., Ladeira, L., & Gomes, R. (2011). Manual de Hemodiálise para Enfermeiros (ALMEDINA, Ed.);
- Fresenius Medical Care: Sistema de Hemodiálise Manual de Operações 5008 (2015);
- Manuel, C., 2001. Atualização em diálise: Complicações Agudas em Hemodiálise.
- Manual da unidade de Hemodiálise (2018); Serviço de Nefrologia Unidade de Hemodiálise do Centro Hospitalar Universitário do Porto;

APÊNDICE B- Apresentação do manual de apoio na SLED (para a equipa de Enfermagem)





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

## SLED

# “Sustained Low Efficiency Dialysis”

Enfermeira Mariana Azevedo

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Orientador:

Tutores:

## OBJETIVOS

### (Equipa de Enfermagem da UCIC):

- Conhecimento da técnica SLED;
- Apresentação do monitor utilizado atualmente, no CHUPorto para realização da SLED;
- Capacitar os Enfermeiros da UCIC para identificar e atuar em conformidade relativamente aos principais alarmes do monitor;
- Trabalhar em cooperação com a equipa da Unidade de Diálise.



# SUMÁRIO

- Características da SLED;
- Vantagens e Desvantagens na utilização da SLED;
- SLED na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários;
- Principais complicações no Circuito;
- Principais alarmes no monitor- como atuar?

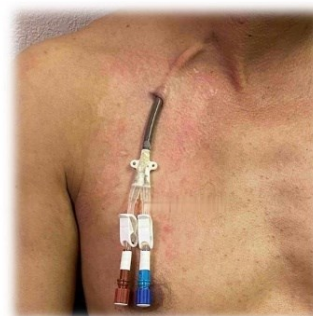
## Fresenius Cordiax 5008



(Manual Fresenius,2015)

## SLED

- Técnica dialítica híbrida;
- Permite realizar diálise nos doentes com instabilidade hemodinâmica;
- Assume estabilidade hemodinâmica;
- Alta eficácia a remover solutos;
- Capacidade de remover volume;



(Manual de Hemodiálise,2018).

## SLED

Vantagens	Desvantagens
Utiliza uma máquina de diálise convencional;	Coagulação do sistema/filtro;
Filtros de baixo fluxo;	Hipocaliemia;
Boa tolerância à ultrafiltração;	Alcalose Metabólica;
Produção online do dialisante;	Depleção de Fósforo;
Remoção de fluidos e clearance de solutos mais lenta;	Doses de Antibióticos.
Estabilidade e tolerância cardiovascular;	
Bom controle metabólico e eletrolítico;	
11 horas de SLED são comparáveis a 23 horas de CVVH;	
Enorme redução de custos;	
Técnica segura e cómoda;	
Possibilidade de tratamentos noturnos.	

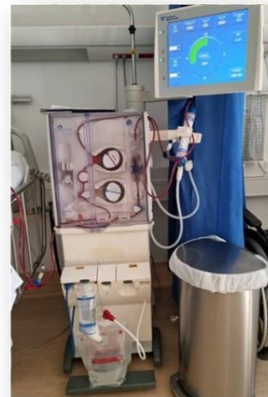
# SLED na UCIC

Enfermeiros devem:

- Prevenir complicações decorrentes de qualquer alteração do seu estado hemodinâmico;
- Suspender o tratamento em caso de emergência;
- Manter vigilância dos alarmes e consequente prevenção de complicações inerentes à técnica;
- Manutenção e otimização do circuito extracorporal.

## SLED- Principais Complicações no Circuito

- ✓ **Coagulação do filtro\*;**
- ✓ **Ar no sistema\*;**
- ✓ **Rutura do filtro\*;**
- ✓ **Desconexão das linhas\*;**
- ✓ **Exteriorização de CVC/Agulha\***



\*implica interrupção da técnica e chamada do Enfermeiro da Unidade de Hemodiálise: nº interno (Manual de Hemodiálise,2018).

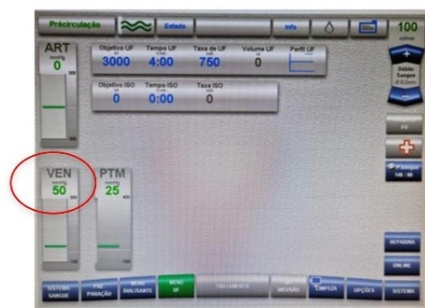
## Alarme PRESSÃO VENOSA aumentada

### CAUSAS:

- Acesso/punção (hematoma; presença de coágulo no ramo venoso do catéter ou estenose da veia);
- Presença de coágulos na linha ou ampola venosa;
- Linha venosa dobrada ou clampada;

- (Manual de Hemodiálise,2018)

## Alarme Pressão Venosa aumentada Atuação



- Avaliar agitação/orientação do doente;
- Verificar o acesso (inspeção, palpação), avaliando a presença de formação de hematoma;
- No caso de CVC, confirmar que o clump se encontra aberto e o ramo venoso e linha não se encontram dobrados;
- Verificar a presença de coágulos e coloração escura na ampola venosa e filtro;
- Após revisão destes passos, testar a máquina novamente.

## Alarme Pressão Venosa aumentada Atuação



Se suspeita de hematoma; incapacidade de detetar a causa do alarme; aparente coagulação do circuito extracorporeal; se alarme persistir > 300mmHg e/ou dúvidas em relação à utilização da máquina



**CONTACTAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE**

## Alarme PRESSÃO ARTERIAL aumentada

Alarme de sucção

pressão negativa

**MOTIVO:**

Falta de débito!

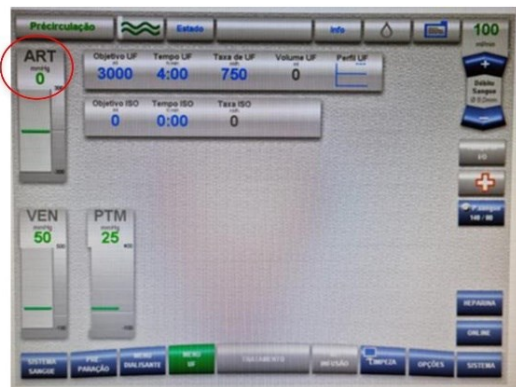
**CAUSAS:**

- Hipotensão;
- Acesso/punção (ex: hematoma; posicionamento do cateter);
- Presença de coágulos no ramo arterial;
- Linha arterial dobrada/desconectada.

• (Manual de Hemodiálise,2018)

## Alarme Pressão Arterial aumentada Atuação

- Avaliar sinais clínicos do doente e despistar alterações hemodinâmicas;
- Verificar acesso: no caso de CVC confirmar que o clamp se encontra aberto e o ramo arterial do CVC não se encontra dobrado;
- Verificar presença de dobras na linha arterial;
- Tentar anular alarme para verificar se causa foi corrigida, configurando novos limites.



## Alarme Pressão Venosa aumentada Atuação



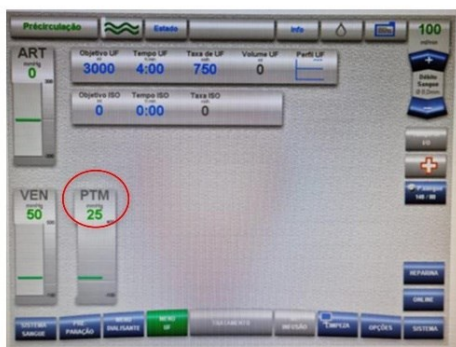
Se suspeita de hematoma; incapacidade de detetar a causa do alarme; aparente coagulação do circuito extracorporeal; se alarme persistir < - 250mmHg e/ou dúvidas em relação à utilização da máquina



**CONTACTAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE**

# Alarme Pressão Arterial aumentada Atuação

Alarme **PTM** (Pressão Transmembranar) aumentada, pode significar coagulação no filtro= CHAMAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE DIÁLISE!



## EQUIPA de Enfermagem

- É muito relevante que exista colaboração das equipas de Enfermagem das respetivas unidades (UCIC e Unidade de Diálise) na manutenção do circuito extra corporal, com ações de vigilância e correção de anomalias e incidentes relacionados com os fluxos e pressões.
- Para garantir a eficiência da técnica dialítica, é necessária atuação célere e oportuna, na correção das intercorrências referidas, sendo necessário para isso que a equipa da UCIC, adquira competências para um deteção precoce e uma primeira intervenção, antes da chegada dos Enfermeiros da Unidade de Diálise.

## Conclusão

- Com a capacitação da equipa de Enfermagem da UCIC relativamente à compreensão e forma de atuação nas principais complicações do circuito, durante a técnica SLED, é possível uma maior eficácia e uma atuação rápida da equipa relativamente á sua resolução.
- A cooperação com a equipa da Unidade de Diálise evita, muitas das vezes, a perda da unidade de sangue da pessoa doente a realizar SLED.

## Referências Bibliográficas

- Fernandes, C., Gomes, J., Ladeira, L., & Gomes, R. (2011). Manual de Hemodiálise para Enfermeiros (ALMEDINA, Ed.);
- Manuel, C., 2001. Atualização em diálise: Complicações Agudas em Hemodiálise.
- Manual da unidade de Hemodiálise (2018); Serviço de Nefrologia Unidade de Hemodiálise
- Fresenius Medical Care: Sistema de Hemodiálise Manual de Operações 5008 (2015);



APÊNDICE C- Promoção do Sono no doente internado em Unidade de  
Cuidados Intensivos





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)**

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA**

**Promoção do Sono no doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos**

**Estudante: Mariana Luísa Vieira Azevedo**

**Sob orientação de: Enfermeiro Vasco Manuel da Silva Neves**

**Porto, junho de 2022**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	92
2. ENQUADRAMENTO .....	93
2.1 O SONO.....	95
2.2 O SONO NA UCI.....	95
3. METODOLOGIA .....	96
4. RESULTADOS.....	100
5. DISCUSSÃO.....	102
6. CONCLUSÃO .....	105
BIBLIOGRAFIA .....	107

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do curso de mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto. No que concerne à prática clínica, esta decorre desde o dia 02 de maio até 25 de junho, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Hospital Central na cidade do Porto.

A necessidade da pesquisa que irei apresentar surge no contexto da observação de uma consulta de follow-up, realizada pela equipa médica e de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) onde me encontro a realizar estágio. Realizei uma revisão da literatura com a qual pretendo atingir os seguintes objetivos: sensibilizar para a importância do sono na prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) nos doentes em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI); identificar os principais factores influenciadores no padrão do sono nos doentes em contexto de UCI; sensibilizar para a importância da promoção do sono nos doentes em contexto de UCI; identificar as estratégias/ intervenções (não farmacológicas) descritas na literatura para a promoção do sono nos doentes em UCI.

Para além destes objetivos, com base nas Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, pretendo adquirir conhecimentos e habilidades no que diz respeito à pesquisa nas diversas bases de dados científicas disponíveis desenvolvendo destreza na procura e respetiva análise da melhor evidência disponível. Possibilitando assim, para diferentes situações, a capacidade de resposta rápida e atempada, de uma forma holística às necessidades da pessoa doente em situação crítica e família, promovendo cuidados de Enfermagem de qualidade e a consequente satisfação do doente e família.

Realizei a presente pesquisa na base de dados EBSCO, disponível do site da Ordem dos Enfermeiros, que inclui as bases de dados CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE.

Utilizei os termos MESH: Unit,intensive care and Sleep and Nursing. Pesquisei artigos com texto integral, publicados nos últimos cinco anos (2018-2022) em inglês ou português que abordassem pessoas doentes em idade adulta.

Elaborei a seguinte pergunta PICO: Nos doentes em UCI, será a implementação de estratégias não farmacológicas um factor relevante na promoção do sono e prevenção do Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)?

## 2. ENQUADRAMENTO

A consulta de follow-up é uma consulta de seguimento após a alta, para domicílio ou para outro contexto hospitalar, do doente com internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. As consultas de follow-up, são consultas de acompanhamento com um impacto muito relevante, e têm vindo a ser adotadas em grande número e em vários países nos últimos vinte anos (Chu Yuan, 2020). Através deste tipo de consulta, é possível realizar o diagnóstico e rápida intervenção no *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS) ou o Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Este é um síndrome caracterizado por comprometimento físico (fraqueza muscular após internamento em unidade de cuidados intensivos), cognitivo (pensamento e julgamento) ou do estado de saúde mental, decorrentes da doença crítica e que permanecem após a alta (Chu Yuan, 2020).

Antes do início da consulta o utente é convidado a preencher alguns questionários sobre várias temáticas, nomeadamente, as memórias que possui relativamente ao seu internamento na UCIP, a qualidade de vida pré e pós

internamento, entre outros. Os documentos utilizados para realizar esta avaliação são a versão traduzida de *ICU memory questionnaire*, o PTSS-14, o questionário de depressão de Beck, o *mini-mental state*, ente outros. Sendo que estas são ferramentas utilizadas para identificar o SPICI nos doentes com alta da UCIP, seja para domicílio ou outro serviço hospitalar. Estes instrumentos possibilitam, para além do diagnóstico, o pedido de colaboração, se necessário, de outras especialidades nomeadamente psiquiatria e psicologia. No dia em que observei todo o processo de consulta, surgiu um utente, na companhia da esposa, que havia estado internado na UCIP, com necessidade de entubação orotraqueal, durante algumas semanas e sem necessidade de sedação. O utente foi capaz de relatar a sua experiência na perspetiva da pessoa doente internada numa UCIP. Sendo que era uma pessoa que trabalhava na área da saúde, conseguiu comunicar de uma forma muito eficaz possibilitando total compreensão relativamente aos factos descritos. Foi um momento muito positivo e enriquecedor na medida em que, foi possível escutar o relato de várias memórias, na primeira pessoa, no que concerne a aspetos positivos e negativos da sua experiência. O que mais me marcou foram os factos negativos relatados que davam conta da fragilidade, incapacidade e sofrimento que aquela pessoa havia sentido durante o internamento. Um dos aspetos negativos relatados prende-se com a qualidade do sono e os vários factores associados, sendo que os aspetos positivos eram maioritariamente relacionados com a humanização dos cuidados prestados por alguns enfermeiros da equipa.

Relativamente à privação do sono referida pelo doente, alguns estudos demonstram que as alterações no padrão do sono nos doentes em contexto de UCI, está relacionado com o desenvolvimento de delirium (Deng L., 2020). Por este motivo, senti necessidade de estudar a temática através da revisão da literatura, com o objetivo de identificar quais as estratégias utilizadas pela equipa de Enfermagem e o que poderia ser melhorado para promover o sono nos doentes internados em UCI.

## 2.1 O SONO

Um sono de qualidade é fundamental para o bem-estar físico e psíquico da pessoa. É um período durante o qual o doente recupera as energias gastas ao longo do dia e que são importantes para o fortalecimento do sistema imunitário, secreção e libertação hormonal, estruturação da memória, termorregulação e conservação da energia.

O Sono ortodoxo ou convencional – NREM (*Non Rapid Eyes Movement*) – ocupa 75% do tempo total de uma noite de sono, importante para conservação da energia, e tem quatro fases: Fase 1- sono pouco profundo (dez minutos), é um sono leve e corresponde à transição entre vigília e sono; Fase 2- sono leve (vinte minutos), este é quando ocorre o relaxamento corporal mas o cérebro ainda está desperto; Fases 3 e 4- sono profundo (sessenta minutos,) ocorre efetivamente a recuperação da energia e a libertação da hormona do crescimento e de cortisol.

O Sono paradoxal ou REM (*Rapid Eyes Movement*) – ocupa 25% do tempo total de uma noite de sono. Sendo que esta é a última fase do ciclo de sono, com início aos noventa minutos após adormecer e com a duração de dez minutos, é essencial para a recuperação mental. O sono REM é caracterizado por aumento da atividade cerebral, ondas de eletroencefalograma (EEG) rápidas e aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sendo ainda responsável pelas funções de aprendizagem, organização da memória e estabilidade psicoafetiva. Numa noite de oito horas de sono a pessoa pode experimentar quatro a seis ciclos de sono. É essencial uma boa noite de sono para a sobrevivência e para a recuperação física e mental. A perda parcial ou total do sono (privação do sono) tem implicações a nível ventilatório, emocional e psicoafetivo (M., 2019).

## 2.2 O SONO NA UCI

O sono de má qualidade é uma situação persistentemente descrita nas UCI, que dadas as suas características, a necessidade de monitorização e vigilância, são locais complexos com possíveis implicações no padrão de sono das pessoas

doentes (Beltrami F., 2015). A pessoa internada no contexto de uma UCI encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade. Existe evidência de que nestas pessoas o sono é de má qualidade, fragmentado, com predominância do sono leve e minoritariamente do sono recuperador (Beltrami F., 2015).

A privação do sono nos doentes em UCI está associada a consequências a curto e longo prazo. Pode incluir o comprometimento do sistema imunitário, alterações cognitivas, delirium, sofrimento emocional, complicações musculares e anomalias respiratórias (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

O sono na pessoa doente, internada em contexto de UCI, revela-se assim um factor de extrema relevância para o seu conforto e recuperação na fase aguda e futura.

### 3. METODOLOGIA

Para a realização da presente revisão bibliográfica, utilizei a EBSCO, disponível do site da Ordem dos Enfermeiros, que inclui as bases de dados CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE.

Utilizei os termos MESH: Unit, intensive care and Sleep and Nursing. Pesquisei a evidência existente com os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto integral, publicados nos últimos cinco anos (2018-2022) em inglês ou português que abordassem pessoas doentes em idade adulta no contexto de UCI. Após a triagem e a leitura dos resumos, selecionei três artigos que abordavam o tema selecionado.

Para clarificar a pesquisa, realizei o diagrama PRISMA (figura 1) e as tabelas de evidência para os artigos selecionados (tabela 1,2 e 3) (Page MJ, 2021)..

Figura 1 – Diagrama PRISMA

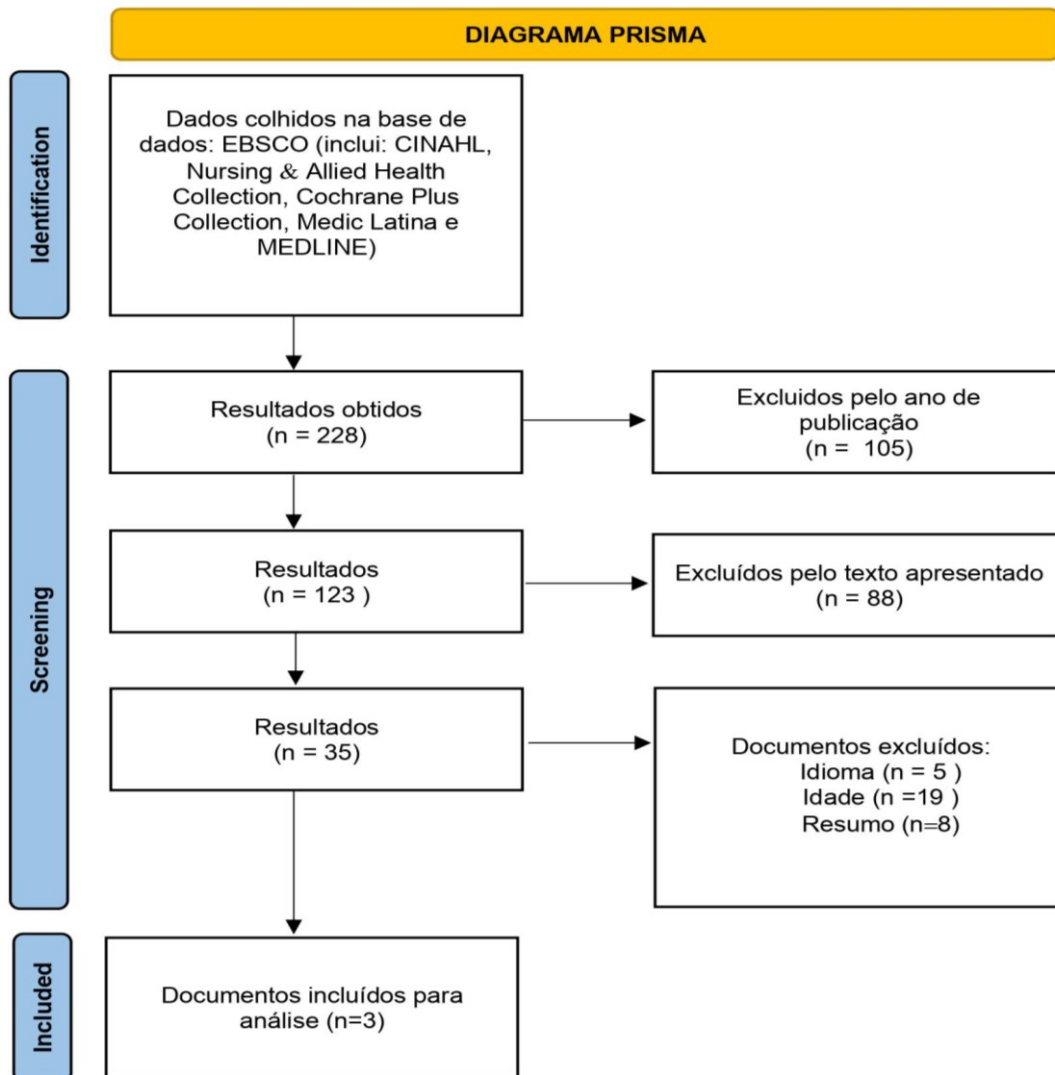


Tabela 1

<b>Artigo1</b>	
<b>Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Grimm,J; DNP; APRN; ACNP-BC;CNE. 02 de Abril de 2020 <a href="https://doi.org/10.4037/ccn2020939">https://doi.org/10.4037/ccn2020939</a>
<b>Palavras-chave</b>	ICU sleep deprivation, quiet time hours, and delirium related to sleep
<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Tipo de amostra</b>	Revisões sistemáticas e estudos comparativos em humanos, escritos em inglês e publicados entre 2018 e 2000. Resultado final: 54 artigos
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Bases de dados: CINAHL, MEDLINE e Cochrane Library
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A privação do sono é um problema enorme nas UCI;</li> <li>• O diagnóstico de privação do sono é difícil e complicado pela falta de pesquisas adequadas que avaliem o custo-benefício das medidas de prevenção desta problemática;</li> <li>• A prevenção é a melhor forma de atuar na privação do sono nas UCI.</li> </ul>

Tabela 2

<b>Artigo 2</b>	
<b>Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Younis, M,B; Hayajneh, F.; Rubbai, Y. 13 de Março de 2020 <a href="https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298">https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298</a>
<b>Palavras-chave</b>	Sleep, Sleep quality, Intensive care unit, Environmental facts, Critical care, Disturbed sleep, Hospital environment
<b>Metodologia</b>	Desenho correlacional, transversal
<b>Tipo de amostra</b>	Variável dependente: percepção da qualidade do sono;

	Variável independente: características demográficas dos pacientes e os factores ambientais na UCI
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Questionários FQSS e RCSS (Freedman Quality of Sleep Scale e Richards-Campbell Sleep Scale)
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe uma relação significativa entre alguns factores ambientais na UCI e a perceção da qualidade do sono pelos pacientes;</li> <li>• Para além da luminosidade e do ruído, vários outros factores como as intervenções de enfermagem, testes de diagnóstico, administração de medicação, o diálogo entre profissionais, os alarmes das máquinas, o toque dos telemóveis, são factores relatados que afetam a qualidade do sono nos doentes em UCI;</li> <li>• A promoção do sono de qualidade em UCI tem potencial para diminuir a necessidade de administração de terapêutica indutora do sono, diminuir o tempo de internamento em UCI e reduzir os gastos em saúde.</li> <li>• Este estudo revelou como limitação o uso dos questionários e a escolha de pacientes em apenas duas UCI's de dois hospitais centrais.</li> </ul>

Tabela 3

<b>Artigo 3</b>	
<b>Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Aparício, C.; Panin, F. 09 de julho de 2020 DOI: 10.12968/bjon.2020.29.13.770
<b>Palavras-chave</b>	Sleep deprivation, Sleep promotion, Sleep quality, Intensive care unit, ICU, Acute wards
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura

<b>Tipo de amostra</b>	Estudos randomizados/controlados, transversais, coorte e qualitativos; pacientes em idade adulta/idoso admitidos na UCI; estudos publicados em inglês de 2009 a 2019
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	EBSCO
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A literatura apresenta algumas estratégias para a promoção do sono de qualidade nos pacientes em UCI;</li> <li>• O ruído e a perturbação provocada pelas intervenções dos profissionais de saúde são os factores mais referidos na privação do sono;</li> <li>• O ruído provocado pelos profissionais de saúde é um factor modificável e que pode ser alterado;</li> <li>• Uma possível área de pesquisa para o futuro prende-se com a sensibilização e formação dos profissionais de saúde relativamente à redução do ruído para promover o sono de qualidade nos doentes em UCI.</li> </ul>

#### 4. RESULTADOS

Através da presente pesquisa, denota-se que existem factores, ambientais e não-ambientais, influenciadores do padrão do sono em doentes no contexto de UCI. Urge a necessidade de sensibilização de todos os profissionais envolventes nos cuidados a estes doentes, para a temática apresentada. Dando conta que muitos destes factores são evitáveis, devem ser precocemente adotadas estratégias com o intuito de prevenir a ocorrência dos mesmos promovendo assim o sono de qualidade.

Os factores não-ambientais que podem contribuir para a privação do sono ou sono de má qualidade são identificados como: a agudização da situação clínica do doente, a dor, a terapêutica medicamentosa, factores psicológicos (ansiedade, medo, preocupação, solidão), problemas do sono pré-existent, factores respiratórios e ventilatórios.

Factores ambientais podem também contribuir para a privação do sono e podem incluir: o ruído, a frequência de intervenções no doente, a cama desconfortável, visitas, maus odores e exposição contínua à luz (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020). É extremamente importante sensibilizar a equipa de profissionais de saúde, especificamente a equipa de Enfermagem, para todos os factores que podem ser modificados para promover o sono do doente, nomeadamente: a dor, a terapêutica medicamentosa, os factores psicológicos, o ruído, as intervenções frequentes ao doente, cama desconfortável, visitas, maus odores e a exposição contínua à luz (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

Estudos comprovam que há correlação entre factores ambientais na UCI e alterações no padrão do sono dos doentes internados neste contexto. Para além dos altos níveis de ruído e luminosidade, vários outros factores como as intervenções de Enfermagem (administração de medicamentos, realização de exames complementares de diagnóstico, cuidados de higiene, punções e monitorização do doente) foram significativamente correlacionados com a má qualidade do sono nos doentes em contexto de UCI (Younis M., 2020).

Outros autores referem que os factores que estão relacionados com a privação do sono em pacientes críticos, incluem para além dos factores ambientais e não-ambientais, factores intrínsecos relacionados com o doente, e à sua condição de doença, e ainda factores relacionados com o tratamento como o suporte ventilatório e a terapêutica medicamentosa (Beltrami F., 2015).

Relativamente aos factores ambientais, muitos deles podem ser evitados através de estratégias não farmacológicas. Os enfermeiros têm um papel crucial na intervenção para a promoção do sono sendo que, estes profissionais passam muitas horas à cabeceira do doente possibilitando o diagnóstico precoce e a prescrição adequada de intervenções para a obtenção dos resultados desejados,

nomeadamente a promoção do sono nos doentes em UCI (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

## 5. DISCUSSÃO

Nesta revisão, foi possível perceber que as estratégias não farmacológicas para a promoção do sono nos doentes em contexto de UCI, prendem-se com as intervenções de enfermagem para a promoção do sono e prevenção do delirium, tais como: reorientar os doentes frequentemente; providenciar estimulação cognitiva apropriada; colocar relógios em locais visíveis na unidade de cada doente; minimizar a intensidade da luz e o ruído ao final do dia; providenciar coberturas-oculares e tampões auriculares; promover o tempo diurno; reduzir a sedação no tempo diurno (quando clinicamente indicado); promover a mobilidade precoce; promover o uso de lentes oculares de correção e aparelhos auditivos (quando indicado); não administrar medicação para prevenir o delirium e evitar o uso de benzodiazepinas (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

Na UCIP, onde me encontro a estagiar, existem relógios digitais para auxiliar na orientação dos doentes mas que não se encontram bem visíveis em todas as unidades. Relativamente à luminosidade é possível reduzir a sua intensidade, mas existe uma lâmpada de tamanho considerável no teto de cada unidade, por cima do doente que, muitas das vezes, não é regulada a sua intensidade por parte dos profissionais. Torna-se extremamente relevante, a prática por parte dos profissionais de não a utilizarem nos momentos em que pode existir estimulação, com especial atenção nos doentes sedados, para que não provoquem memórias ou lesões traumáticas (SPICI). Verifiquei também que, habitualmente a equipa de enfermagem, realiza nos doentes uma pequena massagem com recurso a creme hidratante nos momentos de posicionamento dos doentes. Seria interessante

realizar a massagem com o intuito de relaxamento e não apenas para hidratação da pele e prevenção de lesões cutâneas. Estudos demonstram que recorrer a terapias complementares, tais como a massagem de relaxamento, aromoterapia e musicoterapia também pode ser benéfico para a promoção do sono no doente em UCI (Aparício & Panin, 2020).

Um dos aspetos negativos que o doente relatou na consulta de seguimento, foi o ruído constante que ouvia na unidade. O ruído numa UCI pode ter várias origens desde os alarmes de toda a maquinaria em torno do doente até ao simples triturar de medicação, sendo este último um dos factores perturbadores referido pelo doente na consulta. Na UCIP, onde me encontro a estagiar, existe um dosímetro de ruído que avalia os níveis do mesmo, dando conta de que existe constantemente ruído excessivo na unidade. Alguns elementos da equipa de Enfermagem são sensíveis a esta temática e revelam preocupação relativamente à otimização dos alarmes das diversas máquinas e previnem o fim de perfusões também para evitar o ruído dos alarmes, principalmente no período noturno. Outro aspeto que verifiquei, foi que alguns elementos da equipa de Enfermagem, utilizam o almofariz para triturar a medicação dos doentes manuseando apenas o pilão batendo com o mesmo nos comprimidos em cima do balcão. O utente na consulta de seguimento, descreveu que existia um ruído ensurdecador, num determinado período, que como não conseguia identificar a origem, ficava ansioso e nervoso quando o ouvia. Só durante a consulta lhe foi explicado qual era a origem deste ruído e que era um aspeto a melhorar junto da equipa.

Recentemente, como estratégia para combater o ruído, várias entidades hospitalares promoveram a implementação do *quiet time hours* (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020). Este, é um período estabelecido para promover o descanso e o sono no doente, implementando protocolos para a redução dos níveis de ruído em contexto hospitalar. Outra das ações que deve ser implementada é a redução da frequência dos cuidados/ intervenções de

enfermagem no doente em período noturno. É recomendado o planeamento precoce dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de minimizar a frequência das intervenções no doente durante o período noturno (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

Compreender, avaliar e gerir distúrbios do sono nos doentes em contexto de UCI, requer trabalho em equipa multidisciplinar, nomeadamente psicólogos, médicos e enfermeiros. Estudos recomendam a sensibilização de toda a equipa para a importância do sono nos doentes internados no contexto de UCI. O uso de instrumentos devidamente validados para a avaliação da qualidade do sono é também uma medida extremamente relevante a implementar nas intervenções de enfermagem planeadas ao doente crítico. São exemplos de instrumentos de avaliação da qualidade do sono o *Freedman Quality of Sleep Scale* e o *Richards Campbell Sleep Scale* (questionários auto-relatados) (Younis M., 2020).

Também para a avaliação do sono, a polissonografia (PSG) é um exame que fornece a informação do ciclo do sono, através dos registos fornecidos, evidenciando as suas alterações. Consiste numa técnica na qual, há o registo gráfico de múltiplas variáveis fisiológicas detetadas ao longo do ciclo do sono, e que pode ser realizada tanto no período noturno como diurno. Dada a evolução da tecnologia e o aparecimento de diversas perturbações do sono, a técnica da PSG tem sido constantemente atualizada, permitindo avaliar outras variáveis do sono. São utilizadas três variáveis para descrever as diferentes fases do sono: o eletroencefalograma (EEG) que regista as ondas elétricas cerebrais, o eletro-oculograma (EOG) que deteta os movimentos oculares e por fim, o eletromiograma (EMG) que avalia o tónus muscular (M., 2019).

Para além destes instrumentos, em 2018, a Sociedade de Medicina de Cuidados Intensivos atualizou as *guidelines* de prática clínica para a prevenção e gestão de vários factores, nomeadamente, a privação do sono nos doentes em cuidados

intensivos. As *guidelines* PADIS (*Pain, Agitation/sedation, Delirium, Immobility and Sleep*) são diretrizes que fornecem evidência clara para orientar a prática clínica relativamente à prevenção da privação do sono nos doentes em UCI (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020). Este tipo de linhas orientadoras, foram criadas e publicadas por sociedades profissionais, com o objetivo de fornecerem uma análise transparente de pesquisas relevantes para orientar a prática clínica. A PADIS baseia-se nesta missão e foi criada através da atualização do PAD (*Pain, Agitation, Delirium*), publicado no ano de 2013, em que foram adicionados dois tópicos inquestionavelmente relevantes: a reabilitação/mobilização precoce e o sono (*Immobility/Sleep*), dando assim origem ao PADIS *guidelines* publicado no ano de 2018. Neste último tópico, relativamente à promoção do sono estas linhas orientadoras indicam a elaboração de um protocolo de promoção do sono (*sleep-promotins protocol*) como uma das estratégias a adotar para o benefício dos doentes internados em contexto de UCI (JW., Y., C., & al., 2018).

## 6. CONCLUSÃO

O ambiente de uma UCI pode ser considerado agressivo, invasivo e até hostil, tanto para o doente como para a família. A dor e sofrimento causado por este ambiente tecnológico, bem como o desconforto físico e insegurança emocional são áreas a estabelecer como prioridade de intervenção por parte do enfermeiro especialista neste tipo de contexto. Prevenir complicações futuras, reconhecendo precocemente a complexidade das situações vivenciadas pela pessoa doente e avaliando o impacto de cada situação decorrente desse mesmo processo patológico, promove a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação da pessoa doente (M., 2019).

A realização do presente trabalho revelou-se muito positivo para mim, na medida em que me ajudou a desenvolver competências relativamente ao espírito

crítico-reflexivo e no que concerne à destreza e capacidade de utilização de bases de dados científicas e, concomitantemente, ajudou a enaltecer a importância do enfermeiro na promoção do sono e prevenção do PICS. Através da identificação de um problema, realizei a pesquisa e, de futuro, o trabalho será apresentado em formato digital às enfermeiras, que são minhas tutoras, da equipa da UCIP onde me encontro a estagiar para assim atingir os objetivos estabelecidos. Seria relevante a produção de um protocolo, com base nas guidelines PADIS, para orientar e implementar na prática. A criação deste documento possibilitaria a correta avaliação do risco e intervenções associadas bem como as estratégias, para a promoção do sono, a adotar para prevenir esta problemática tão discutida em contexto de UCI (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020). A aposta redobrada nas consultas de seguimento após a alta nestes doentes também se prende com o apoio à família, algo que não abordei na pesquisa realizada mas que será um factor a melhorar para a prevenção do SPICI na família. A criação de plataformas digitais e apoio e esclarecimento de dúvidas para os utentes com algum tipo de experiência no contexto de UCI seria relevante, tendo em conta que é algo que existe em outros países.

Como limitações ao trabalho saliento o limite de tempo definido para a pesquisa de artigos que, conseqüentemente, limitou o número de evidência/investigação documentada disponível. Alguma evidência disponível é controversa, factor que salienta a necessidade de produção de mais evidência para determinar que combinação de intervenções seriam mais benéficas para prevenir a privação do sono em doentes internados no contexto de UCI (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

## BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2013). Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Cuidados\\_Intensivos\\_09\\_2013.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf)
- ACSS. (2019). *Administração Central do Sistema de Saúde*. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Andrez, S., Sousa, P. P., & Marques, R. (2020). Factores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de enfermagem: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 124-125. doi:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10296>
- António Sousa Uva, P. S. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1-95.
- Antunes, I. M. (2015). *Síndrome Cardiorrenal Agudo: Fisiopatologia e Terapêutica*. Covilhã: Universidade Beira Interior.
- APIH. (maio de 2022). *Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar*. Obtido de [https://apih.pt/wp-content/uploads/2022/05/iacs\\_saber-e-querer27056.pdf](https://apih.pt/wp-content/uploads/2022/05/iacs_saber-e-querer27056.pdf)
- Beltrami F., N. X. (20 de março de 2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 539-546. doi:<https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Brito, A. (2020). *Comunicar para Cuidar: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a Transição Segura de Cuidados*. Portalegre: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34273/1/BCTFC159.pdf>
- Carvalho, P. D. (2008). Obtido de [iscet.pt](https://www.iscet.pt/pt/observatorio-da-solidao): <https://www.iscet.pt/pt/observatorio-da-solidao>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão. *Repositorium Comum*, Vol.15 nº2. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/23939>
- Chu Yuan, F. T. (27 de Março de 2020). *International Journal of Nursing Studies*. *Post-Intensive care syndrome: A concept analysis*, p. 2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- CHUPorto. (2018). Manual da Unidade de Hemodiálise. *Serviço de Nefrologia(MA.NEF.GER.001/3)*. Porto.
- Diário da República . (11 de agosto de 2014). 2ª série nº153 Despacho n.º 10319. 2673-2678.
- Diário da República. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35, 19362.

- Diário da República. (28 de novembro de 2013). Portaria nº347.
- Diário da República. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº140/2019, 2ª série- nº26*. Diário da República.
- Diário da República. (25 de setembro de 2019). Regulamento nº743. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem(184-155)*, 128.
- Duarte Reis, I. R. (2021). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 109-110.  
doi:doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287
- Duarte, V. L. (Março de 2017). Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. (E. S.-I. Leiria, Ed.) *Práticas dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Perante o Doente Hemodiálisado*.
- Elisabete Nunes, F. G. (1 de janeiro de 2013). *Cadernos de Saúde. A liderança e o empenhamento organizacional dos enfermeiros: revisão sistemática da literatura*, pp. 30-42. doi:https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2838
- Europacolon. (s.d.). Obtido de [http://www.europacolon.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeuropeiao\\_sdireitosdosdoentes.pdf](http://www.europacolon.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeuropeiao_sdireitosdosdoentes.pdf)
- Gomes, M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Gouveia, C. P. (2017). *Cuidados Especializados ao Doente Crítico desde o Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
- Grimm J., D., APRN, ACNP-BC, & CNE. (2 de abril de 2020). Sleep Deprivation in the. *Critical Care Nurse*, pp. 16-24. doi:https://doi.org/10.4037/ccn2020939
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). *Grupo Português de Triagem*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Guerra, M., Jesus, E., & Araújo, B. (2022). Liderança e Participação dos Enfermeiros na Governança Hospitalar: Scoping Review. *Gestão e Desenvolvimento*, 91-111.
- Leite, A. (2020). *Unidade Curricular "A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., & Césa Fonseca, e. a. (2011). Confiança versus Desconfiança na relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar em Enfermagem*, 3-13.
- Magda Guerra, H. J. (23 de março de 2022). Liderança e Governança Hospitalar: Promoção da qualidade de cuidados num país envelhecido. *Gestão e Desenvolvimento*, 255-266.  
doi:doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11328

- Marques, P., & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/36022>
- Meleis, A., Sawyer, L., & Eun-Ok Im, e. a. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science. Advances in Nursing Science*, 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- NephroCare. (2011). *Manual de Acessos Vasculares*. Fresenius Medical Care.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (série 1 ed., Vol. 9).
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Leiria.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº135(429), 2ªserie*, 19359-19364. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (28 de junho de 2022). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/o-m%C3%A9todo-de-trabalho-%C3%A0-tarefa-%C3%A9-um-m%C3%A9todo-que-todos-os-pa%C3%ADses-abandonaram-h%C3%A1-20-30-anos/>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (28 de setembro de 2016). Artigo de Revisão. *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. doi:dx.doi.org/10.12707/RIV16030
- Pereira, A., Macedo, A., Mendes, B., Sezões, J., & Machado, T. (2012). Sigilo Profissional. *Percursos*, 3-8.
- Prazeres, V. M. (2020). *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto: Escola Superior de Saúde de Santa Maria.
- Raposo, E. G. (18 de abril de 2022). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/dia-europeu-dos-direitos-dos-doentes-2022/>
- Ribeiro, E., Gonçalves, I., Sousa, C., & Sousa, M. (dezembro de 2021). Práticas de Enfermagem na inserção e manutenção de catéter venoso periférico e relação com a gestão do património vascular do doente renal crónico. *Nephro's*, 23-33.
- Ribeiro, J. F. (2014). *Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde.
- Sacramento, M. S. (2019). *Relatório de Estágio*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

- Santos, A. F., Fernandes, A. M., Sena, D. C., Carvalho, G. A., Júnior, L. S., & Pellense, M. C. (2019). Atuação do Enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. *Revista Humano Ser*, 114-127.
- Santos, E. M. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros*. Faro: Universidade do Algarve.
- Silva, A. (2013). *Síndrome Cardiorenal: Diagnóstico e Terapêuticas Atuais*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilhã. Obtido em 17 de janeiro de 2023, de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1359/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Andreia%20Silva.pdf>
- Singh, N. S., Grimes, J., Gregg, G. K., & al., e. (Janeiro de 2021). "Save the Vein" Initiative in Children With CKD: A Quality Improvement Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 96-102. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.016>
- Vachharajani, T. J., Hassanein, M., Liaqat, A., & Haddad, N. (2020). Vessel Preservation in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 177-182. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.03.006>
- Vieira, C. C. (2021). *O Enfermeiro e a Promoção do Autocuidado na RNCCI- uma scoping review*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro da Compaixão à Proficiência (2ª edição ed.)*. Lisboa: Universidade Católica.
- Younis M., H. F. (13 de março de 2020). Factors influencing sleep quality among. *British Journal of Nursing*, pp. 298-302. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298>
- Zhao, T., Wu, X., & al., e. (24 de dezembro de 2020). Higiene oral para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva em doentes em estado crítico. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>



APÊNDICE D- Apresentação do trabalho: Promoção do Sono no doente  
internado em Unidade de Cuidados Intensivos





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA**

**Promoção do Sono no doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos**

**Revisão da literatura**

Sob orientação : Vasco Manuel da Silva Neves

MARIANA AZEVEDO

## O sono nos doentes em UCI

- O sono de má qualidade é uma situação persistentemente descrita nas UCI, que dadas as suas características, a necessidade de monitorização e vigilância, são locais complexos com possíveis implicações no padrão de sono das pessoas doentes (Beltrami F., 2015) .
- A privação do sono nos doentes em UCI está associada a consequências a curto e longo prazo. Pode incluir o comprometimento do sistema imunitário, alterações cognitivas, delirium, sofrimento emocional, complicações musculares e anomalias respiratórias (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).



Síndrome Pós-internamento em  
Cuidados Intensivos



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

# METODOLOGIA

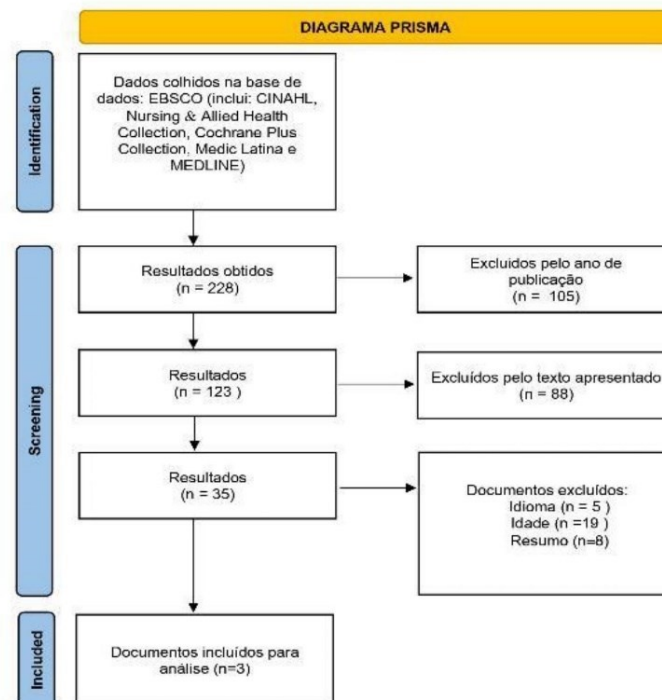
PERGUNTA PICO:

Nos doentes em UCI, será a implementação de estratégias não farmacológicas um fator relevante na promoção do sono e prevenção do SPICI?

Termos MeSH:

Unit,intensive care and Sleep and Nursing

DeCS/MeSH



## Tabelas de Evidência

Artigo 1	
Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Grimm,J; DNP; APRN; ACNP-BC;CNE. 02 de Abril de 2020 <a href="https://doi.org/10.4037/ccn2020939">https://doi.org/10.4037/ccn2020939</a>
<b>Palavras-chave</b>	ICU sleep deprivation, quiet time hours, and delirium related to sleep
<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Tipo de amostra</b>	Revisões sistemáticas e estudos comparativos em humanos, escritos em inglês e publicados entre 2018 e 2000. Resultado final: 54 artigos
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Bases de dados: CINAHL, MEDLINE e Cochrane Library
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A privação do sono é um problema enorme nas UCI;</li> <li>• O diagnóstico de privação do sono é difícil e complicado pela falta de pesquisas adequadas que avaliem o custo-benefício das medidas de prevenção desta problemática;</li> <li>• A prevenção é a melhor forma de atuar na privação do sono nas UCI.</li> </ul>

## Tabelas de Evidência

Artigo 2	
Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Younis, M,B; Hayajneh, F.; Rubbai, Y. 13 de Março de 2020 <a href="https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298">https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298</a>
<b>Palavras-chave</b>	Sleep, Sleep quality, Intensive care unit, Environmental facts, Critical care, Disturbed sleep, Hospital environment
<b>Metodologia</b>	Desenho correlacional, transversal
<b>Tipo de amostra</b>	Variável dependente: percepção da qualidade do sono; Variável independente: características demográficas dos pacientes e os fatores ambientais na UCI
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Questionários FQSS e RCSS (Freedman Quality of Sleep Scale e Richards-Campbell Sleep Scale)
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe uma relação significativa entre alguns fatores ambientais na UCI e a percepção da qualidade do sono pelos pacientes;</li> <li>• Para além da luminosidade e do ruído, vários outros fatores como as intervenções de enfermagem, testes de diagnóstico, administração de medicação, o diálogo entre profissionais, os alarmes das máquinas, o toque dos telemóveis, são fatores relatados que afetam a qualidade do sono nos doentes em UCI;</li> <li>• A promoção do sono de qualidade em UCI tem potencial para diminuir a necessidade de administração de terapêutica indutora do sono, diminuir o tempo de internamento em UCI e reduzir os gastos em saúde.</li> <li>• Este estudo revelou como limitação o uso dos questionários e a escolha de pacientes em apenas duas UCI's de dois hospitais centrais.</li> </ul>

# Tabelas de Evidência

Artigo 3	
<u>Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review</u>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Aparício, C.; Panin, F. 09 de julho de 2020 DOI: 10.12968/bjon.2020.29.13.770
<b>Palavras-chave</b>	Sleep deprivation, Sleep promotion, Sleep quality, Intensive care unit, ICU, Acute wards
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Tipo de amostra</b>	Estudos randomizados/controlados, transversais, coorte e qualitativos; pacientes em idade adulta/idoso admitidos na UCI; estudos publicados em inglês de 2009 a 2019
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	EBSCO
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A literatura apresenta algumas estratégias para a promoção do sono de qualidade nos pacientes em UCI;</li> <li>• O ruído e a perturbação provocada pelas intervenções dos profissionais de saúde são os fatores mais referidos na privação do sono;</li> <li>• O ruído provocado pelos profissionais de saúde é um fator modificável e que pode ser alterado;</li> <li>• Uma possível área de pesquisa para o futuro prende-se com a sensibilização e formação dos profissionais de saúde relativamente á redução do ruído para promover o sono de qualidade nos doentes em UCI.</li> </ul>

## Discussão de Resultados

- Existem fatores ambientais e não ambientais, influenciadores no padrão do sono na PSC

muitos deles podem ser evitados através de estratégias não farmacológicas,

estas, prendem-se com as intervenções de enfermagem para a promoção do sono e prevenção do *delirium*.

- reorientar os doentes frequentemente;
- providenciar estimulação cognitiva apropriada;
- colocar relógios em locais visíveis na unidade de cada doente;
- minimizar a intensidade da luz e o ruído ao final do dia;
- providenciar coberturas-oculares e tampões e auriculares;
- promover o tempo diurno;
- reduzir a sedação no tempo diurno (quando clinicamente indicado);
- promover a mobilidade precoce;
- promover o uso de lentes oculares de correção e aparelhos auditivos (quando indicado).

## Discussão de Resultados

- Há correlação entre fatores ambientais na UCI e alterações no padrão do sono dos doentes internados neste contexto.
- Para além dos altos níveis de ruído e luminosidade, vários outros fatores foram significativamente correlacionados com a má qualidade do sono nos doentes em contexto de UCI (Younis M., 2020).

## Discussão de Resultados

- Recentemente, como estratégia para combater o ruído, várias entidades hospitalares promoveram a implementação do *quiet time hours*. (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020) ;
- As *guidelines* PADIS (*Pain, Agitation/sedation, Delirium, Immobility and Sleep*) são diretrizes que fornecem evidência clara para orientar a prática clínica relativamente à prevenção da privação do sono nos doentes em UCI. (Grimm J., APRN, ACNP-BC, & CNE., 2020).

# Limitações

- Alguma evidência disponível é controversa, fator que salienta a **necessidade de produção de mais evidência** para determinar que combinação de intervenções seriam mais benéficas para prevenir a privação do sono em doentes internados no contexto de UCI.
- Como limitações ao trabalho saliento o limite de tempo definido para a pesquisa de artigos que, conseqüentemente, limitou o número de evidência/investigação documentada disponível.



# Conclusão

- A produção de um **protocolo**, com base nas *guidelines* PADIS, para orientar e implementar na prática possibilitaria a correta avaliação do risco e intervenções associadas bem como as estratégias, para a promoção do sono, a adotar para prevenir esta problemática tão discutida em contexto de UCI.
- É possível promover o sono nos doentes em UCI, através da implementação de **estratégias não-farmacológicas**, evitando assim alterações do foro cognitivo (pensamento e julgamento) ou do estado de saúde mental e conseqüentemente evitar o SPICI.
- A aposta na avaliação do SPICI na **família**, nas consultas de seguimento após a alta dos doentes em UCI, será um fator a melhorar nas consultas de follow-up.
- A criação de **plataformas digitais** para apoio e/ou esclarecimento de dúvidas para os utentes com experiência no contexto de UCI seria relevante, tendo em conta que é algo que já existe em outros países.

[https://www.youtube.com/watch?v=T03palv4mYU&ab\\_channel=SCCM](https://www.youtube.com/watch?v=T03palv4mYU&ab_channel=SCCM)



# Bibliografia

- Aparício, C., & Panin, F. (10 de julho de 2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British Journal of Nursing*, p. vol.29 nº13. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.770>
- Beltrami F., N. X. (20 de março de 2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, pp. 539-546. doi:<https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Chu Yuan, F. T. (27 de Março de 2020). International Journal of Nursing Studies. *Post-Intensive care syndrome: A concept analysis*, p. 2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- Deng L., P. X. (1 de dezembro de 2020). Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration. *Journal of Critical Care*, pp. 241–248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019>
- Grimm J., D., APRN, ACNP-BC, & CNE. (2 de abril de 2020). Sleep Deprivation in the. *Critical Care Nurse*, pp. 16-24. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2020939>
- Hofhuis, J., Spronk, P., & al., e. (1 de Fevereiro de 2008). The Impact of Critical Illness on Perceived Health-Related Quality of Life During ICU Treatment, Hospital Stay, and After Hospital Discharge: A Long-term Follow-up Study. *Chest Journal*, pp. 377-385. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.07-1217>
- Inoue S., H. J. (25 de abril de 2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology,. *Acute Medicine & Surgery*, pp. 233–246. doi: <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- JW., D., Y., S., C., G., & al., e. (1 de setembro de 2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and. *Critical Care Medicine Journal*, pp. 825-873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299
- M., S. (2019). *Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para*. Porto: Universidade Católica Portuguesa
- Younis M., H. F. (13 de março de 2020). Factors influencing sleep quality among. *British Journal of Nursing*, pp. 298-302. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.298>





APÊNDICE E- Preservação do Património Vascular na Pessoa com Doença  
Renal no Serviço de Urgência





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)**

**Preservação do Património Vascular na Pessoa com Doença Renal  
no Serviço de Urgência**

**Estudante: Mariana Luísa Vieira Azevedo**

**Sob orientação: Professor e Enfermeiro Vasco Manuel da Silva Neves**

**Porto, dezembro de 2022**

## INDICE

INTRODUÇÃO.....	123
ENQUADRAMENTO.....	124
METODOLOGIA.....	129
RESULTADOS .....	134
DISCUSSÃO.....	140
CONCLUSÃO.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do curso de mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto. No que concerne à prática clínica, esta decorre desde o dia 27 de outubro até 17 de dezembro, no Serviço de Urgência

A pesquisa que irei apresentar, teve por base uma revisão sistemática da literatura e surge no contexto da observação da prática e também da partilha, por parte dos enfermeiros da unidade de diálise onde estagiei anteriormente, da necessidade de sensibilização dos profissionais de Enfermagem para a temática. O presente trabalho teve como objetivos gerais contribuir como futura enfermeira especialista e mestre para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência; bem como, promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

A procura de cuidados de saúde de qualidade e eficazes colocou a prática baseada na evidência e a investigação em enfermagem num lugar de destaque. Os conhecimentos gerados através da investigação em enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo-benefício das intervenções de enfermagem. O aumento das doenças crónicas, relacionado com o progressivo envelhecimento da população, os comportamentos de risco, os factores ambientais, impõe novas necessidades e novos desafios no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. A doença renal crónica (DRC), caracterizada pela destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, é

uma doença com uma incidência elevada que evolui de forma silenciosa, sendo a sua sintomatologia apenas visível numa fase mais avançada da mesma. Neste processo de destruição do parênquima renal, a doença evolui progressivamente para doença renal crónica terminal (DRCT), necessitando o doente de tratamento substitutivo renal (TSR) (Sousa C. N., 2009). Este tratamento requer a construção de um acesso vascular para hemodiálise (AVH), podendo este ser temporário com a utilização de cateter venoso central ou permanente, sendo que, as *guidelines* NKF-DOQUI na área dos AVH preconizam a construção preferencial de fistula arteriovenosa (FAV) em detrimento das próteses vasculares e a restrição máxima do uso de cateteres de longa duração. Para a construção de um AVH são preferidas as veias do membro superior não dominante, depois as do membro dominante e em último recurso as dos membros inferiores. A FAV é construída cirurgicamente a partir de anastomose, que permite o fluxo sanguíneo direto da artéria para a veia (NephroCare, 2011). Para a construção de um AVH funcional o património vascular da pessoa com doença renal deve ser preservado por forma a estar intacto para a sua manipulação neste sentido. Tendo em conta a minha experiência, torna-se fulcral abordar esta temática, atuando na prevenção e abolição de más práticas no que concerne à destruição da rede vascular nas pessoas com DRC, nomeadamente em contexto de urgência.

## ENQUADRAMENTO

O aumento das doenças crónicas, relacionado com o progressivo envelhecimento da população, os comportamentos de risco, os factores ambientais, impõe novas necessidades e novos desafios no que diz respeito à procura de cuidados de

saúde. A DRC é um problema crescente em todo o mundo, exercendo cada vez mais pressão sobre os sistemas de saúde. Em função deste crescimento, os enfermeiros, na prática do cuidar, são essenciais para maximizar a longevidade e minimizar as implicações para os sistemas de saúde de cada país. As pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise constituem, neste momento, um grupo especial de doentes com necessidades de cuidados de enfermagem especializados (Duarte, 2017).

A procura de cuidados de saúde de qualidade e eficazes colocou a prática baseada na evidência e a investigação em enfermagem num lugar de destaque. Os conhecimentos gerados através da investigação em enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo – benefício das intervenções de enfermagem.

Em Portugal, os serviços de urgência transformaram-se ao longo dos anos na porta de entrada para o sistema nacional de saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando o funcionamento regular dos serviços de diagnóstico complementar e terapêutico, assim como os serviços de internamento e ambulatoriais.

A prestação de cuidados no SU, corresponde a uma área onde a equipa de enfermagem deve mobilizar os conhecimentos com agilidade, de modo a realizar uma triagem das situações, estabelecer prioridades e tomar decisões acertadas para dar resposta às necessidades do cliente admitido e dos seus familiares (Sousa, 2009).

A evolução do conhecimento sobre a doença renal fez-se acompanhar da descoberta e desenvolvimento da diálise e transplante renal.

A insuficiência renal é uma patologia tão antiga como a própria humanidade. Na era romana e, mais tarde, na idade média, o tratamento da uremia envolvia o recurso a banhos quentes, terapias de sudação, sangrias e enemas. Atualmente os tratamentos disponíveis para a insuficiência renal incluem processos físicos

como a osmose e a difusão. As primeiras descrições científicas destes procedimentos surgiram com o químico Thomas Graham que ficou conhecido como “o pai da diálise”. Na atualidade, a designação “hemodiálise” descreve um procedimento extracorporeal de filtração de substâncias urémicas do sangue de doentes com insuficiência renal.

Durante os meus sete anos de experiência profissional, deparo-me diariamente com situações de pessoas com doença renal agudizada e/ou crónica agudizada. Muitos destes doentes encontram-se já em regime de terapia de substituição renal, nomeadamente hemodiálise, e outros cuja agudização da doença leva à necessidade de colocação de um acesso venoso central de HD para poderem ser submetidos a esta técnica.

Em virtude da natureza dos seus cuidados, os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam diretamente e manipulam os acessos vasculares de HD na pessoa com DRCT em tratamento hemodialítico. Desta forma, é essencial que estes profissionais desenvolvam habilidades para avaliar e diagnosticar todas as alterações que possam ocorrer com esses acessos vasculares de HD (Sousa C. N., 2012).

A importância do acesso vascular na prestação de cuidados à pessoa doente com necessidade de terapia de substituição renal, é reconhecida por todos os profissionais de saúde e é um factor determinante para o sucesso dos cuidados e na eficácia do tratamento. O principal objetivo de um acesso vascular para hemodiálise é proporcionar um tratamento eficiente, promovendo o máximo de conforto à pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Os cuidados a ter com os acessos vasculares assumem uma importância crucial, dado que os desafios são cada vez maiores, na medida em que as pessoas doentes com insuficiência renal, são cada vez mais idosos com comorbilidades associadas, sobretudo diabetes e insuficiência venosa periférica, possuindo um património vascular muito deteriorado (NephroCare, 2011).

A pessoa com insuficiência renal, ao longo do seu processo de doença, necessita de realizar colheitas de sangue, administração de medicação endovenosa para as suas múltiplas comorbilidades. A prática mais comum é a utilização da veia cefálica para colocação de cateter venoso periférico para a sua múltipla utilização, o que resulta muitas vezes em lesões na própria veia, como flebites, trombozes, estenoses e eventualmente a perda do acesso periférico.

A literatura aponta a ocorrência de complicações relacionadas ao acesso vascular para hemodialise, sendo as mais prevalentes a redução do fluxo sanguíneo, hemorragias e presença de infeção ou infeção instalada. Esses eventos adversos podem agravar e resultar em intervenções mais complexas, como internamentos, bem como comprometer o funcionamento do acesso, necessitando de substituição. Esta problemática, no entanto, pode ser evitada e minimizada se os cuidados com o acesso venoso forem corretamente realizados pelos profissionais de saúde e pela própria pessoa doente (Rocha G. A., Oliveira, Oliveira, & al., 2021). Também a equipa de Enfermagem do serviço de Nefrologia/ Unidade de Diálise do CHUPorto, constituída por profissionais muito competentes e experientes na área, demonstraram a sua preocupação relativamente a esta temática com a realização de um estudo descritivo para avaliar as práticas de inserção e manutenção do cateter venoso periférico relacionando coma a gestão do património vascular do doente renal crónico. Durante a realização do estágio anterior, realizado nesta unidade de diálise, os Enfermeiros já referiam a inquietude e preocupação relativamente a esta temática, sendo que, admitiam vários doentes transferidos do serviço de urgência com o membro onde possuíam a FAV e/ou os próprios acessos para HD puncionados. De acordo com a European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (2014) a conservação das veias numa fase anterior à construção de acesso vascular para hemodiálise é necessária para minimizar o desenvolvimento de cicatrizes e a instalação de coágulos nos vasos e, assim, permitir o sucesso do procedimento cirúrgico para a sua construção. O protocolo do CHUPorto

(CHUPorto, 2018), apresenta-se em linha com os princípios preconizados pela bibliografia internacional no que à gestão dos locais de punção diz respeito: perante um utente com acesso vascular (fístula ou prótese arteriovenosa-FAV/PAV) funcionante deve ser puncionado o membro oposto ao membro com acesso vascular, optando pela região distal em detrimento da região proximal, começando no dorso da mão com o objetivo de preservar as veias cefálica e basílica (Ribeiro, Gonçalves, Sousa, & Sousa, 2021).

Por tudo o que foi referido anteriormente, por cada vez mais existirem pessoas com doença renal, e conseqüentemente mais pessoas com acesso vascular de HD a recorrer ao serviço de urgência, considero esta problemática atual e pertinente, para a qual é exigida uma abordagem multidisciplinar. O conhecimento reduzido acerca de cuidados específicos e possíveis complicações de um acesso vascular de HD; a ausência de estratégias de forma a preservar e monitorizar o membro da FAV e ou a preservação do património vascular para construção de um acesso para HD no futuro, são aspetos fundamentais que poderão evitar acidentes e danos no património vascular e/ou no acesso vascular sendo estes determinantes para a vida destes doentes. Estes aspetos assumem uma dimensão fulcral, determinando e orientando assim a realização deste trabalho. Revela-se portanto fulcral uma correta gestão do património vascular da pessoa com doença renal crónica, sendo necessária uma rentabilização de toda a sua rede venosa, selecionando as veias para punção para efeitos de colheita de sangue e para administração de terapêutica endovenosa, de forma a minimizar o comprometimento da construção ou manutenção do acesso vascular para hemodiálise (Ribeiro, Gonçalves, Sousa, & Sousa, 2021)

O conceito de preservação das veias periféricas foi introduzido no ano de 2003 pelo Centers of Medicare and Medicaid Services with the Fistula First Initiative (Vachharajani, Hassanein, Liaqat, & Haddad, 2020). Com a evolução do conceito, várias campanhas têm sido realizadas por organizações profissionais sendo uma

das mais notórias a iniciativa “Save the Veins” levada a cabo pela American Nephrology Nurses Association (Singh, Grimes, Gregg, & al., 2021).

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida perante a identificação de uma temática que se revela essencial e desafiante para toda a equipa de Enfermagem.

Realizei a presente pesquisa na base de dados EBSCO, disponível do site da Ordem dos Enfermeiros, que inclui as bases de dados CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE. A pesquisa foi realizada em dois momentos, na tentativa de relacionar ambas as temáticas: Os cuidados de Enfermagem ao doente com acesso vascular para hemodiálise e a preservação do património vascular.

Foi realizada pesquisa de artigos com texto integral, publicados entre 2020 e 2022 em inglês, espanhol ou português que abordassem pessoas doentes em idade adulta.

Elaborou-se a seguinte questão PICO: “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados de Enfermagem adequados à Pessoa doente, adulta, portadora de acesso vascular para hemodiálise?”

<b>Acrónimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>P</b>	<b>População</b>	Pessoas doentes em idade adulta que possuam acesso vascular para hemodiálise
<b>I</b>	<b>Intervenção</b>	Cuidados necessários com o acesso vascular para hemodiálise
<b>C</b>	<b>Comparação</b>	Cuidados adequados
<b>O</b>	<b>Resultados</b>	Acesso vascular para hemodiálise adequado e funcional

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos foram: artigo de pesquisa com texto integral, publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol, divulgado entre 2020 e 2021, e que contemplassem os cuidados de Enfermagem relacionados com os acessos vasculares para hemodiálise. Como critério de exclusão adotaram-se abordagens que não respondiam à questão PICO, bem como artigos duplicados.

A operacionalização da pesquisa teve início com a consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) para seleção dos descritores universais. Foram utilizados os seguintes termos MESH: Nursing Care and Arteriovenous fistula. A seleção dos artigos foi realizada rigorosamente, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa. O percurso realizado para seleção das publicações incluídas na Revisão Integrativa está demonstrado na **Figura 1- Pesquisa A**

elaborada a partir da recomendação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Paralelamente a esta, foi realizada outra pesquisa com o intuito de encontrar respostas sobre o que está a ser feito, atualmente, no que diz respeito à preservação do património vascular.

Elaborou-se a seguinte questão PICO: “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados de Enfermagem para a preservação do património vascular?”

<b>Acrónimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>P</b>	População	Pessoas com doença renal
<b>I</b>	Intervenção	Cuidados necessários para a preservação do património vascular
<b>C</b>	Comparação	Cuidados adequados
<b>O</b>	Resultados	Património vascular preservado e possibilidade de criar acesso vascular para hemodiálise adequado e funcionante

Foram utilizados os seguintes termos MESH: Vessel preservation and hemodialysis. O percurso realizado para seleção das publicações incluídas na Revisão Integrativa está demonstrado na **Figura 2- Pesquisa B**

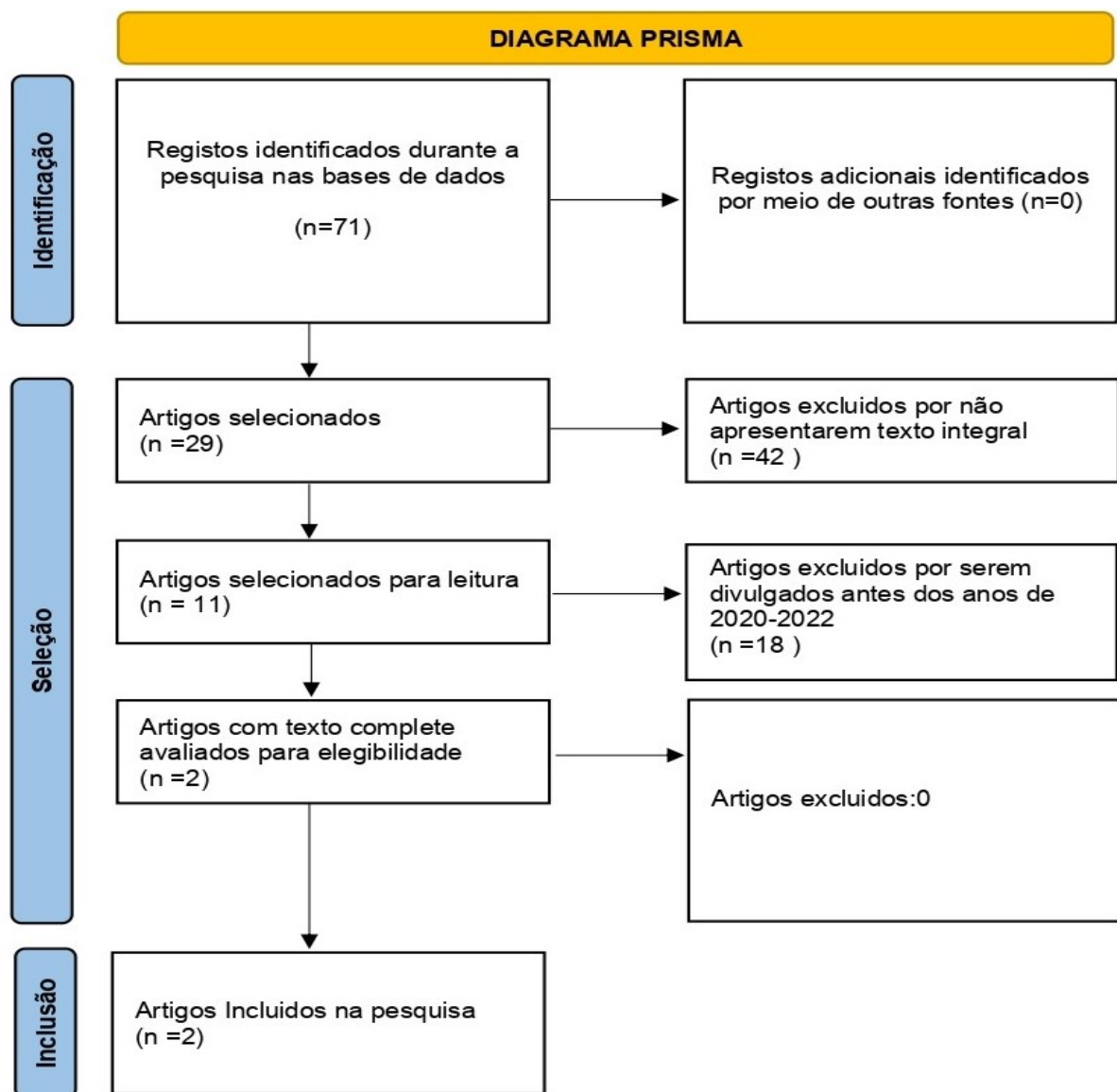
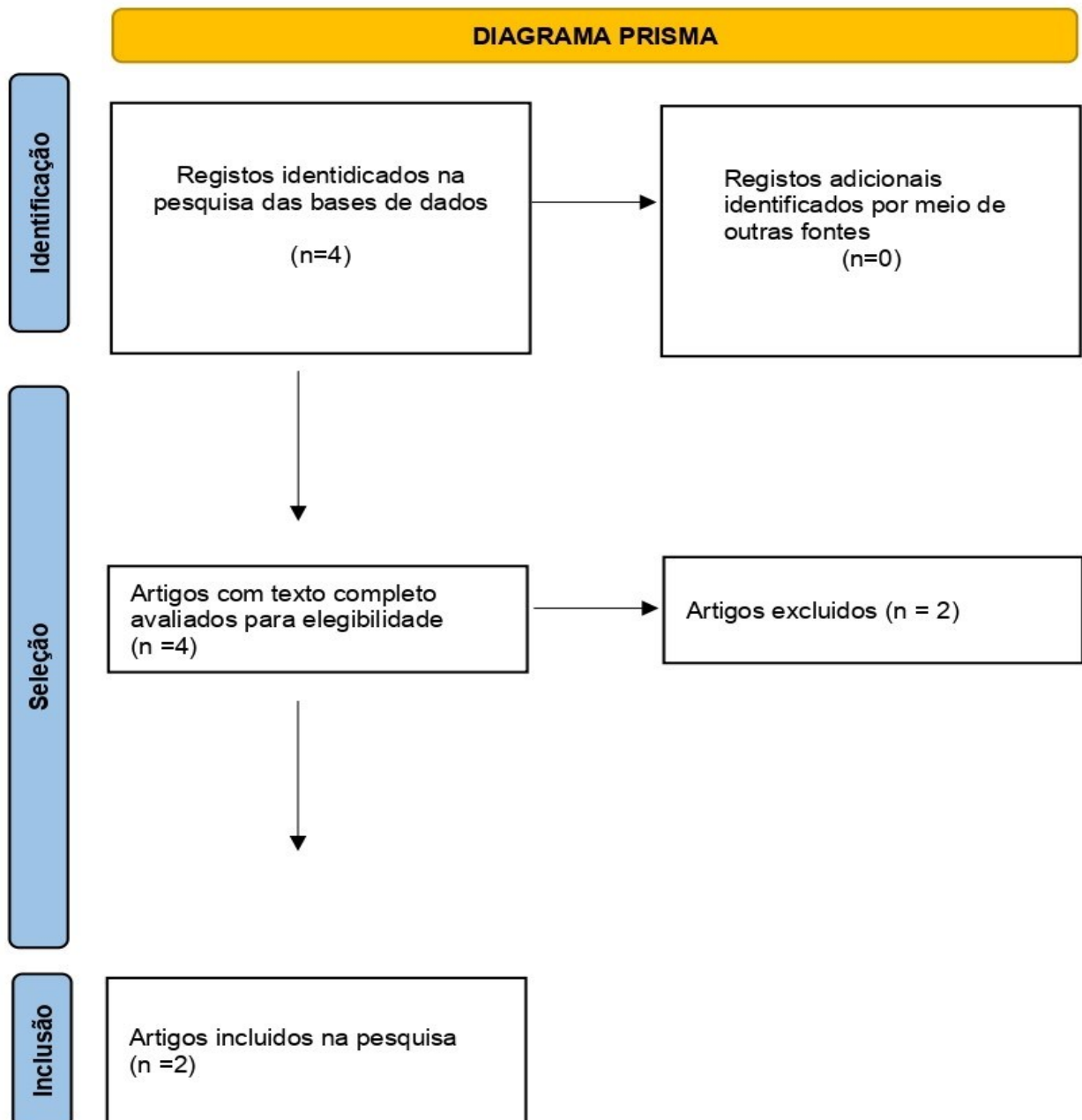


Figura 1- Pesquisa A



**Figura 2- Pesquisa B**

## RESULTADOS

A interpretação dos resultados foi realizada por meio de avaliação crítica dos artigos revisados, realizando comparações com o conhecimento teórico. Partindo deste pressuposto foi possível identificar quais as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados de Enfermagem adequados à Pessoa doente, adulta, portadora de acesso vascular para hemodiálise e os cuidados de Enfermagem para a preservação do património vascular.

Os artigos analisados foram publicados entre o ano de 2020 e 2022, sendo que a caracterização dos mesmo se encontra descrita nas seguintes tabelas de evidência (tabela 1,2,3 e 4).

<b>Pesquisa A Artigo 1</b>	
<b>Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: revisão integrativa</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Rocha, Gabriela Araújo; Oliveira, Ana Karoline Lima de; Oliveira, Francisco Gerlai Lima; Rodrigues, Vitória Eduarda Silva; Moura, Antônio Gabriel de Sousa; Sousa, Evelton Barros; Machado, Ana Larissa Gomes. 27 setembro 2021 <a href="https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090">https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090</a>
<b>Palavras-chave</b>	Adulto, Diálise Renal, Fístula Arteriovenosa, Cateteres Venosos Centrais, Cuidados de Enfermagem
<b>Metodologia</b>	Revisão integrativa literatura

<b>Tipo de amostra</b>	Artigos publicados em texto integral publicados em inglês, português ou espanhol entre 2013 a 2019 Resultado: 10 artigos
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Bases de dados: LILACS, PUBMED, BDEF, SciELO e CINAHL
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os cuidados com os acessos vasculares mais frequentes estão relacionados com a fístula arteriovenosa, demonstrando a sua grande representatividade no tratamento do doente com doença renal crónica. Os cuidados encontrados colocam o paciente como protagonista e requerem o acompanhamento direto do enfermeiro.

Tabela 1

<b>Pesquisa A Artigo 2</b>	
<b>Cuidados de Enfermagem a clientes com fístula arteriovenosa: uma revisão integrativa da literatura</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Gonçalves LM, Cunha LP, Silva FVC, Pires AS, Azevedo AL, Silva PS 30 março 2020 <a href="https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8515">https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8515</a>
<b>Palavras-chave</b>	Diálise renal; Enfermagem em nefrologia; Fístula arteriovenosa; Cuidados de enfermagem.

<b>Metodologia</b>	Revisão integrativa literatura
<b>Tipo de amostra</b>	Artigos publicados segundo os critérios de inclusão: artigos completos na íntegra e com acesso online gratuito; recorte temporal de 2013-2017; idiomas: português (Brasil), inglês e espanhol. Critérios de exclusão: eliminação de textos incompletos e produções científicas que não se relacionavam com o eixo temático.  Resultado: 3 artigos
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Bases de dados: MEDLINE, LILACS e BDENF; PubMed, Portal de Periódicos da Capes, SCOPUS e CINAHL
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os cuidados de enfermagem aos clientes portadores de FAV perpassaram pela durabilidade e a manutenção do seu funcionamento.

Tabela 2

<b>Pesquisa B Artigo 1</b>	
<b>Vessel Preservation in Chronic Kidney Disease</b>	
<b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b>	Tushar J. Vachharajani, Mohamed Hassanein, Aimen Liaqat, and Nabil Haddad  01 maio 2020  <a href="https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.03.006">https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.03.006</a>

<b>Palavras-chave</b>	Vessel preservation, Chronic kidney disease, Central lines, Arteriovenous fistula, Transradial
<b>Metodologia</b>	Revisão integrativa literatura
<b>Tipo de amostra</b>	A revisão atual é focada em estratégias disponíveis para preservar vasos em pacientes com DRC e melhorar a eficácia de criar uma FAV funcional.
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Department of Nephrology & Hypertension, Glicman Urological & Kidney Institute, Cleveland, OH (T.J.V., M.H., A.L.); Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, Cleveland, OH (T.J.V.); Department of Nephrology, The Ohio State University, Columbus, OH (N.H.).
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Para criar uma fistula arteriovenosa funcional e preservar a artéria e a veia é um passo crítico;</p> <p>Educar e capacitar/empoderar o utente e as outras pessoas envolvidas (ex: cuidador) pode ajudar a proteger as veias periféricas de traumas indiscriminados.</p> <p>A preservação de veias centrais envolve estratégias para minimizar o uso de cateteres venosos centrais e linhas arteriais e usa uma abordagem alternativa para colocar implantes cardíacos; as</p>

	<p>preocupações relativamente à preservação da artéria radial precisam ser mais investigadas no que diz respeito à Pessoa com doença renal crónica; a individualização e a abordagem centrada no paciente exigirão uma grande mudança no padrão de prática atual entre todos os cuidadores envolvidos.</p>
--	--

Tabela 3

<p align="center"><b>Pesquisa B Artigo 2</b></p> <p align="center"><b>“Save the Veins” Initiative in Children with CKD: A quality Improvement Study</b></p>	
<p><b>Autores, data e fonte da publicação do estudo</b></p>	<p>Singh NS, Grimes J, Gregg GK, Nau AE, Rivard DC, Fields M, Flaucher N, Sherman AK, Williams MU, Wiley KJ, Kerwin K, Warady BA</p> <p>07 janeiro 2021</p> <p><a href="https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.016">DOI: 10.1053/j.ajkd.2020.11.016</a></p>
<p><b>Palavras-chave</b></p>	<p>PIV placement; Vein preservation; arteriovenous fistula (AVF); children; chronic kidney disease (CKD); electronic medical record (EMR); end-stage renal disease (ESRD); pediatric CKD; peripheral intravenous (PIV); quality improvement; vascular access; vascular injury prevention; vessel preservation.</p>
<p><b>Metodologia</b></p>	<p>Iniciativa de melhoria da qualidade</p>

<b>Tipo de amostra</b>	Crianças com DRC estadio 3-5, em diálise e/ou após transplante renal internadas em um hospital infantil entre setembro de 2018 e agosto de 2020.
<b>Instrumento de colheita de dados</b>	Abordagem analítica: A localização das colocações do cateter intravenoso periférico foi determinada mensalmente e usada para criar gráficos de execução descrevendo a conformidade
<b>Resultados/ Conclusões</b>	No início do estudo e antes da instituição desta iniciativa, 34 de 72 (47%) cateteres intravenosos periféricos (CVP) foram colocados nos braços dominantes dos pacientes, com apenas 2 de 8 (25%) CVP's colocados no braço dominante para crianças <5 anos. Após instituir a iniciativa, 345 de 371 (93%) dos CVP's foram colocados no braço dominante de 93 crianças; em crianças <5 anos, 58 de 62 (94%) CVP'S foram colocados no braço dominante. Apenas 38 de 371 (10%) CVP'S foram colocados na veia antecubital.

Tabela 4

## DISCUSSÃO

Perante uma situação de urgência, a pessoa doente é alvo constante de punções venosas para colheitas sanguíneas e inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos para administração de fármacos endovenosos. Todas estas intervenções de Enfermagem têm o seu impacto ao nível da rede venosa do doente, comprometendo muitas vezes o sucesso da construção de um futuro acesso vascular para HD. Os artigos encontrados referentes aos cuidados à FAV, são revisões da literatura recentes que direcionam os cuidados de enfermagem relativamente à prevenção de complicações prestando principal atenção à monitorização do acesso e sua preservação, capacitando a pessoa doente, através de ensinamentos, para a monitorização e cuidados à FAV e ao membro da FAV. Nos artigos analisados foram identificados os cuidados mais frequentes com os acessos vasculares, sendo os mesmos realizados à FAV, demonstrando a representatividade deste tipo de acesso na pessoa doente com DRC (Rocha G. A., Oliveira, Oliveira, & al., 2021). Os cuidados de enfermagem identificados relacionam-se com a durabilidade e manutenção da FAV (Gonçalves, Cunha, Silva, & et.al., 2020).

Com o presente trabalho de pesquisa, foi possível verificar que relativamente à temática da preservação do património vascular para construção de um acesso vascular para hemodiálise não é um tema abordado nas revisões analisadas. Para ser possível abordar esta temática, realizou-se a pesquisa B com a qual foi possível identificar a problemática, bem como, estratégias já aplicadas noutros contextos para comprovar a eficácia das mesmas na preservação do património vascular. No artigo 1 da pesquisa B, é abordada a importância da preservação de todo o património vascular da pessoa doente, nomeadamente das veias periféricas, dando conta de que a prática mais comum é a utilização das veias cefálica e basílica para cateterização intravenosa periférica. Referindo ainda que

esta prática provoca dano na rede vascular da pessoa doente que geralmente é utilizada para criar um acesso vascular para hemodiálise (FAV). No artigo 2 da mesma pesquisa, é possível comprovar a eficácia de algumas estratégias na preservação do património vascular, nomeadamente: sessões de formação para a equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, doentes e família; a colocação de uma nota no sistema informático alertando para o membro preferencial para punção e o uso de uma pulseira/ banda no membro no qual poderá vir a ser construído o acesso para HD; a participação da equipa de acessos vasculares para diminuir as tentativas de punção.

É notório que muito há para ser feito no que diz respeito a esta temática. No contexto de urgência a afluência de doentes é enorme e as intervenções de enfermagem são realizadas de uma forma rápida para dar a melhor resposta possível às necessidades dos doentes. Muitas das vezes não é se quer possível refletir sobre o local onde é realizada a punção na pessoa doente, seja para cateterização ou para colheita de produto biológico. Por este motivo, e tendo por base a minha prática, sinto que existe a necessidade de alertar os profissionais e utilizar estratégias para a pessoa com doença renal no sentido de preservar o seu património vascular para assim não dificultar a criação de um acesso de hemodiálise. Neste sentido deixo a proposta para a realização de sessões de formação, alertando as equipas multidisciplinares do serviço de urgência para a temática, bem como, a aplicação de estratégias como a aplicação de uma pulseira/ banda de alerta e a criação de um alerta em sistema informático para as pessoas com doença renal, alertando assim para a necessidade de preservação do património vascular nestas pessoas em concreto.

## CONCLUSÃO

A manutenção, preservação e eficácia de excelência dos acessos vasculares para a HD é um dos maiores desafios colocados à equipa de enfermagem. Em virtude da natureza dos seus cuidados, os enfermeiros são os profissionais de saúde, que mais contactam diretamente com a pessoa doente, nomeadamente no serviço de urgência. Desta forma, é essencial que estes profissionais estejam sensibilizados para a temática da proteção do património vascular, nomeadamente da pessoa com doença renal. É necessária uma aposta forte em políticas de saúde para que seja realizado um trabalho no que concerne na melhoria continua da qualidade dos cuidados proporcionando cuidados de excelência à pessoa doente e família. As instituições de saúde e os seus serviços devem promover planos de formação por forma a sistematizarem e facultarem informações aos enfermeiros, fazendo com que estes desenvolvam as capacidades necessárias para a assistência adequada à pessoa com doença renal.

Com a realização deste trabalho de pesquisa conclui-se que os cuidados com os acessos vasculares mais frequentes estão relacionados com a FAV, sendo enfatizada a promoção da educação para a saúde, intervenção realizada pelo enfermeiro, bem como, a necessidade do olhar clínico relativamente à pessoa doente que se encontra amplamente relacionado com o conhecimento adequado das boas práticas relativamente à FAV. As intervenções de enfermagem, tal como referi anteriormente, predem-se em grande parte com a educação em saúde, com o objetivo de capacitar a pessoa doente e família em todo o processo de transição saúde/doença e respetivo tratamento. A educação para a saúde, deve ser realizada de forma contínua colocando a pessoa doente como protagonista no processo, de tal forma a proporcionar a realização do autocuidado e o fortalecimento de vínculo com a mesma, com o objetivo de garantir um tratamento seguro e de qualidade. Como limitação, relativamente a este trabalho

de pesquisa, sublinho a existência de pouca evidência encontrada nas bases de dados utilizadas para a pesquisa. Este facto, enfatiza a necessidade da realização de mais trabalhos de pesquisa e investigação relativamente à temática para produção de mais e melhor evidência como forma de beneficiar as pessoas doentes com doença renal bem como, a profissão de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[REDACTED] Obtido em 21 de outubro de 2022, de [https://www.c\[REDACTED\]](https://www.c[REDACTED])

[REDACTED] Procedimento Técnico de Enfermagem. *Gestão do Património Vascular do Doente com Insuficiência Renal Crónica, PTE.NEF.HD.038/0*. Porto.

Duarte, V. L. (Março de 2017). Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. (E. S.-I. Leiria, Ed.) *Práticas dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Perante o Doente Hemodiálisado*.

Gonçalves, L. M., Cunha, L. P., Silva, F. V., & et.al. (2020). Cuidados de Enfermagem a Clientes com Fístula Arteriovenosa: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Online de Pesquisa*, 457-462. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8515

NephroCare. (2011). *Manual de Acessos Vasculares*. Fresenius Medical Care.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (série 1 ed., Vol. 9).

Page MJ, M. J. (29 de março de 2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *the bmj*, 372. doi:doi.org/10.1136/bmj.n71

Ribeiro, E., Gonçalves, I., Sousa, C., & Sousa, M. (dezembro de 2021). Práticas de Enfermagem na inserção e manutenção de catéter venoso periférico e relação com a gestão do património vascular do doente renal crónico. *Nephro's*, 23-33.

- Rocha, G. A., Oliveira, A. K., Oliveira, F. G., & al., e. (27 de setembro de 2021). Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: revisão integrativa. doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2090>
- Rocha, G. A., Oliveira, A. K., Oliveira, F. G., & al., e. (28 de setembro de 2021). Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: revisão integrativa. *Revista Cuidarte*. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090>
- Sacramento, M. S. (2019). *Relatório de Estágio*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Singh, N. S., Grimes, J., Gregg, G. K., & al., e. (Janeiro de 2021). "Save the Vein" Initiative in Children With CKD: A Quality Improvement Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 96-102. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.016>
- Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Artériovenosa: dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/302952933.pdf>
- Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista de Saúde Pública*, 30, 11-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.11.001>
- Vachharajani, T. J., Hassanein, M., Liaqat, A., & Haddad, N. (2020). Vessel Preservation in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 177-182. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.03.006>