



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

**FAMILY NEEDS OF CRITICAL PERSON IN INTENSIVE CARE
UNIT**

Por: Mariana Rafael Vieira Graúdo

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

**FAMILY NEEDS OF CRITICAL PATIENTS IN INTENSIVE CARE
UNIT**

Por: Mariana Rafael Vieira Graúdo

Sob Orientação da Prof.^a Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2022

“Knowledge is not what you know, but what you do with what you know.”

Aldous Huxley

Seria injusto da minha parte terminar este início de caminho sem agradecer a quem nunca me largou a mão, e que contribuiu direta e indiretamente para que o meu percurso fosse melhor.

À Prof.^a Doutora Maria Manuela Madureira, Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice de Sousa e Prof.^a Doutora Filipa Veludo, agradeço-lhes a orientação, disponibilidade e partilha, em todos os momentos.

À minha colega Joana, que esteve lado a lado neste caminho conjunto, a quem desejo muita sorte e felicidade.

A todos aqueles com quem me cruzei no meu percurso de estágio e de universidade.

Ao Enfermeiro Gabriel que em momento algum me deixou desamparada e permitiu sempre que todo o tempo partilhado fosse puramente de partilha, aprendizagem e reflexão e por isso, agradeço-lhe todo o tempo despendido comigo.

Às famílias que se cruzaram comigo e com as quais aprendi muito mais do que poderia imaginar.

Aos meus colegas de trabalho, e principalmente à minha equipa, que se viu incansável nestes meses, para me ajudar, apoiar e compreender.

Às duas estrelinhas que tenho, tia Celeste e tio Floriano, que me viram nascer e que me ajudaram a crescer, obrigada por terem feito parte do meu percurso.

Aos meus primos, Luísa e Jesuíno, que em momento algum me largaram a mão e que me apoiam em todos os momentos.

Ao meu padrinho, com P grande, que me ampara do seu jeito e me guia para o caminho certo.

Aos meus tios, Susana e Sérgio, pelo amor inimaginável que me dão, pelo apoio e suporte. A ti, tia, obrigada, por seres mais e melhor e fazeres disso, um exemplo para mim.

Aos meus primos, Bernardo e Sofia, por partilharem o dia-a-dia comigo e por permitirem que a relação entre primos seja muito mais que isso.

Ao Miguel ... que numa vida curta, como a que ainda tenho, me ensinou o que o amor nos traz. A dedicação, a preocupação, a amizade, o apoio, a alegria de sorrir, a vontade

de querer ser mais e melhor, de me segurar a mão e de não permitir que jamais caia sem me levantar, de me olhar e de me permitir ver que tudo era mais triste sem que estivesse por perto. Obrigada, pelo amor que me dás e por tudo aquilo que fazes e continuas a fazer por nós.

Aos meus avós, Ilda e Manuel, pela dedicação e sacrifício com que me presentearam ao longo do meu percurso académico, para que este fosse recheado de sucesso. Sem o vosso amor e apoio, não seria possível.

Aos meus irmãos, Catarina e João, os meus dois bebés, que eu amarei eternamente e que sei que será igual da parte deles. Quando tudo parece mau, eles seguram-me, mesmo não tendo noção, e acariciam-me mesmo não me tocando.

À minha mãe, Cristina, que desde sempre me apoiou e que lutou, junto do meu pai, para que eu chegasse onde estou hoje. Eternamente grata pela mãe que foste e continuas a ser, amo-te, sempre!

À minha estrela mais brilhante, o meu pai, Manuel, que me deixou tão cedo e repentinamente, mas que me incutiu os valores mais importantes que se deve ter na vida. Disse-o poucas vezes, e agora digo-o muito mais ... amar-te-ei sempre, estejas onde estiveres.

É por nós, pai!

RESUMO

Inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, surge o presente relatório de estágio que pretende partilhar os resultados da investigação realizada assim como relatar, justificando e analisando de forma crítica e reflexiva o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo do documento, estarão presentes momentos de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no âmbito de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), local onde me encontro a trabalhar desde o início do meu percurso profissional, e no âmbito do estágio realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG).

Durante este processo formativo, tive a oportunidade de desenvolver competências na abordagem à pessoa em risco de falência orgânica, instável; promover uma prática aliada ao conhecimento científico; bem como uma prática profissional ética e deontológica, tendo sempre em conta uma boa comunicação e uma relação terapêutica forte, desenvolvida com a pessoa em situação crítica e sua família.

Foi também elaborado um Boletim Informativo acerca dos sinais de ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e uma Norma de Procedimento: Correção de Hipercalemia com Insulina Endovenosa.

A investigação presente neste relatório procura conhecer as necessidades das famílias com que contactamos em Unidade de Cuidados Intensivos, de forma a conseguirmos uma prática de enfermagem especializada na intervenção com a família dos doentes a quem prestamos cuidados, envolvendo-as na prestação dos mesmos. Este trabalho de investigação é subsidiário ao desenvolvimento de competências de mestre.

Palavras – Chave: Pessoa em Situação Crítica; Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência Geral; Família; Cuidados de Enfermagem Especializados.

ABSTRACT

Inserted in the Master's Course in Nursing, in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, in Nursing for Persons in Critical Situation, taught at the Portuguese Catholic University, Institute of Health Sciences, School of Nursing, this internship report appears to share the results of the research carried out as well as to report, justify and analyze in a critical and reflective way the development of common competences of the Specialist Nurse and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical – Person in Critical Situation.

Throughout the document, moments of development of personal and professional skills will be present within the scope of the Intensive Care Unit (ICU), where I have been working since the beginning of my professional career, and within the scope of the internship carried out in the Emergency Department.

During this training process, I had the opportunity to develop skills in approaching people at risk of organic failure, unstable; promote a practice allied to scientific knowledge; as well as an ethical and deontological professional practice, always taking into account good communication and a strong therapeutic relationship, developed with the person in critical situation and his family.

An Information Bulletin was also prepared about the activation signals of the Via Verde in Cerebral Vascular Accident and a Rule of Procedure: Correction of Hyperkalemia with Intravenous Insulin.

The research presented in this report seeks to understand the needs of the families we contact in the Intensive Care Unit, in order to achieve a specialized Nursing practice in intervening with the families of the patients to whom we provide care, involving them in the provision of the same. This research work is subsidiary to the development of master skills.

Key words: Critical Patient; Intensive Care Unit; Emergency Service; Family; Specialized Nursing Care.

LISTA DE SIGLAS

ADR- Área de Doentes Respiratórios

AOC- Área de Observação Clínica

BIS - Índice Bispectral

BPS- IP- *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*

CAM – ICU - *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*

DVE - Drenagem Ventricular Externa

GIA- Gabinete de Informação e Apoio

HIC – Hipertensão Intracraniana

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA - Insuficiência Renal Aguda

IRC - Insuficiência Renal Crónica

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

PAM – Pressão Arterial Média

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SR- Sala de Reanimação

SUG- Serviço de Urgência Geral

SUMC- Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UIMC- Unidade de Internamento Médico Cirúrgico

UPP – Úlcera Por Pressão

UPPRDM - Úlceras por Pressão Relacionadas com Dispositivos Médicos

VV- Via Verde

VVC – Via Verde Coronária

VVAVC- Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

VVS- Via Verde Sepsis

VVT- Via Verde Trauma

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VPP - Variação de Pressão de Pulso

VVE - Variação do Volume Ejetado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
2- NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	25
Resumo.....	25
Abstract.....	26
Introdução.....	27
Enquadramento Metodológico.....	28
Protocolo de Pesquisa	28
Amostra.....	29
Apresentação de Resultados.....	30
Discussão	33
Conclusão	35
Referências Bibliográficas	37
3- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO PROFISSIONAL E EM CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	39
Serviço de Urgência Geral.....	51
4- CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
Apêndice 1: Boletim Informativo acerca dos sinais de ativação da VVAVC.....	77
Apêndice 2: Norma de Procedimento: Correção de Hipercalemia com Insulina Endovenosa	79
Apêndice 3: Poster exposto nas Jornadas Nacionais e Internacionais de Enfermagem da Católica: Necessidades Sentidas pela Família da Pessoa Internada em Unidade de Cuidados Intensivos.	85

ÍNDICE DE DIAGRAMAS E TABELAS

Diagrama I. Diagrama Prisma para seleção dos artigos para análise de conteúdo 30

Tabela I. Síntese dos artigos utilizados para análise de conteúdo 31

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma área do conhecimento que tem crescido e desenvolvido ao longo do tempo. Uma prática especializada permite não só ao profissional ser detentor de mais conhecimento e experiência como também às pessoas que usufruirão dos seus cuidados, conseguirem uma longevidade de vida com uma qualidade superior.

A especialização em enfermagem permite-nos adquirir um conjunto de competências e habilidades específicas que promovem uma intervenção de forma autónoma e em conjunto com a equipa multidisciplinar, em resposta às necessidades do doente e família alvo dos nossos cuidados, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, decorrente do atrás referido, e de forma a adquirir e desenvolver competências específicas, fundamentadas na investigação e evidência científica, que me permitissem intervir de forma diferenciada, decidi ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. A área da pessoa em situação crítica foi desde início a única opção de ingresso visto que, todo o meu percurso profissional foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde presto cuidados há quatro anos, e onde surgiu o gosto pela área da pessoa em situação crítica e dos cuidados de enfermagem especializados a esta prestados. A família do doente alvo dos meus cuidados tornou-se um foco central no meu percurso, nomeadamente pela necessidade de procura de informação que esta teve ao longo dos últimos dois anos, devido à pandemia da COVID 19, em que houve muita restrição de contacto da família com o familiar internado e com a própria equipa, fazendo-nos perder a pouca ligação que já tínhamos adquirido. Assim, e de forma a perceber em que sentido a nossa intervenção pudesse colmatar este tempo, e melhorar o futuro, decidimos realizar uma *Scoping Review* cujo tema é “Necessidades da Família DA Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos”.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro, que corresponde à *Scoping Review*; o segundo, que aborda a análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo do meu percurso profissional em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, e em contexto de estágio no Serviço de Urgência Geral. Este trabalho termina com a conclusão seguida de referências bibliográfica, e apêndices.

O objetivo deste relatório passa por descrever as atividades realizadas em contexto profissional e de estágio, que vieram dar consecução aos objetivos delineados para este

percurso formativo, enquadrando, refletindo e justificando as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas ao longo deste tempo.

O presente documento segue o sistema de citação autor-data *American Psychological Association 7th Edition* (2020).

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos anos tem crescido a necessidade de esclarecer, atualizar e investigar o cuidado e a prática em enfermagem, daí ser pertinente abordar o passado histórico da profissão, que nos permitiu chegar hoje a uma ciência em evolução, baseada no desenvolvimento da humanidade e das relações entre as pessoas e o ambiente. Santo & Porto (2006), apresenta Florence Nightingale, nascida a 12 de maio de 1820 - uma reformadora social inglesa, estatística e fundadora da enfermagem moderna- permitiu sistematizar uma nova área de conhecimentos, uma nova arte e ciência, que nos levou à necessidade de uma educação mais formal, organizada e científica. A enfermagem passa de uma profissão baseada em técnica, para se revestir de sabedoria e ensino através do aparecimento dos princípios científicos e das teorias de enfermagem (Santo & Porto, 2006).

Segundo Watson (1999), a teoria do cuidar comporta valores que se associam ao respeito pela vida. Cuidar implica que se tenha consideração e reverência pela pessoa e vida humana, assim como pela sua autonomia e liberdade.

Os cuidados de saúde de qualidade, associados à prática de enfermagem, requerem um respeito humanista pelo ser humano. A associação saúde/doença tem de ser abordada numa base conceptual ampla (Santo & Porto, 2006). Estes cuidados de qualidade, inserem não só o indivíduo como também famílias e grupos, tornando-se estes um enfoque importante para a disciplina (Watson, 1999).

Na sua teoria, Watson denomina dez passos para a prestação de um cuidado transpessoal, um cuidado de união com outra pessoa, com elevada consideração pelo seu todo. São esses: a formação de um **sistema de valores humanistas e altruístas**; a **instalação da fé-esperança**, onde o enfermeiro promove o bem-estar do doente e desenvolve com este uma inter-relação, vendo-o como um ser holístico, ajudando-o a adotar comportamentos benéficos para a sua saúde; **o cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros**, pois, ao conhecermo-nos e reconhecermos o que sentimos, permite ao enfermeiro tornar-se mais genuíno, autêntico e sensível ao outro; **o desenvolvimento de uma relação de auxílio- confiança**, onde uma relação de confiança entre enfermeiro e doente, permite confiança para que a partilha de sentimentos, positivos ou negativos, possa acontecer: **a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos**; **o uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões**, usando o processo de enfermagem, que permite uma abordagem científica e resolução de problemas do âmbito do cuidar; **a promoção**

do ensino-aprendizagem interpessoais; provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio, que permite ao enfermeiro dar a devida importância ao ambiente interno e externo do doente, salientando o bem estar mental e espiritual, crenças, conforto, segurança e privacidade; **auxílio na satisfação das necessidades humanas**, em que, as bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e intra pessoais, tanto do enfermeiro como do doente são reconhecidas e devem ser realizadas de uma ordem inferior para uma superior; e por último, **permissão de forças fenomenológico-existenciais**, onde Jean Watson afirma que é necessário que o enfermeiro trabalhe no sentido de ensinar o doente a realizar mudanças com vista na promoção da saúde deste, apresentando-lhe métodos de resolução de problemas e mostrando-lhe capacidades para lidar com a vida e adaptação à perda (Tomey & Alligood, 2004).

Família, é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011, p.115) como uma “*Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes*”. Fazendo a família parte do ser humano de quem cuidamos, cabe-nos a nós, e principalmente ao Enfermeiro Especialista cuidar da família do seu doente, integrando-a também no processo de doença pelo qual o familiar está a passar.

O Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é “*aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe (...) que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.*” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744). Assim, cabe ao enfermeiro melhorar o cuidado prestado, suportado, sempre, na mais recente evidência científica, fazendo da sua prática, uma prática cada vez mais holística. Benner (2001), diz-nos que, o enfermeiro especializado é um perito que deve dominar o conhecimento aprofundado e

fundamentado, contextualizando-o de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística.

2- NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Graúdo, M.; Mingatos, J.; Madureira, M.; Sousa, P.; Veludo, F.

Resumo

Introdução: O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos implica uma assistência contínua à pessoa em situação crítica, muitas vezes criando uma barreira no envolvimento da família. Perceber as necessidades sentidas pela família do doente a quem se presta cuidados, permite um olhar diferenciado sobre esta tríade, possibilitando intervenções direcionadas.

Objetivo: Mapear e avaliar a extensão da literatura sobre as necessidades sentidas pela família da pessoa internada em unidade de cuidados intensivos.

Método: Foi elaborada uma *Scoping Review* segundo o método do *The Joanna Briggs Institute*, através do motor de busca *EBSCO: CINHAL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina*. Foram considerados estudos conforme os critérios de inclusão e exclusão, de forma a relatar as necessidades sentidas (conceito) pela família da pessoa internada (população), em unidade de cuidados intensivos (contexto).

Resultados: Como resultados, surgem quatro dimensões de análise das necessidades, entre elas: necessidade de informação, necessidade emocional e psicológica, necessidade espiritual e de proximidade com o familiar. Dentro de cada uma destas dimensões, existe uma subdimensão que nos permite categorizar mais precisamente as necessidades existentes. Assim, e relacionadas diretamente com as dimensões anteriores, surgem oito dimensões de análise de intervenção para a situação existente.

Conclusão: Necessidades como informação, apoio emocional e psicológico, assim como a necessidade de proximidade com o familiar, são as mais referidas pelas famílias nos estudos analisados. O conhecimento desta realidade, trouxe com ele algumas intervenções direcionadas à problemática que possibilitam minimizar a lacuna que as famílias sentem nas suas necessidades, ajudando-as a enfrentar a situação que presenciam de uma forma mais tranquila ao longo de todo o internamento. Ajudar a família a identificar as suas necessidades e orientá-la na aprendizagem da situação, é fundamental no cuidado profissional.

Palavras-Chave: Necessidades da Família; Paciente Crítico; Unidade de Cuidados Intensivos.

Abstract

Introduction: Admission to an Intensive Care Unit implies continuous assistance to the person in a critical situation, often creating a barrier to family involvement. Perceiving the needs felt by the patient's family to whom care is provided allows a different look at this triad, enabling targeted interventions.

Objective: To map and evaluate the extent of the literature on the needs felt by the family of the person hospitalized in an intensive care unit.

Method: A scoping review was carried out according to the Joanna Briggs Institute method, using the EBSCO search engine: CINHALL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatin. Studies were considered according to the inclusion and exclusion criteria in order to report the needs felt (concept) by the family of the person hospitalized (population) in an intensive care unit (context).

Results: As a result, four dimensions of needs analysis emerge, among them: need for information, emotional and psychological need, spiritual need and closeness to the family. Within each of these dimensions, there is a sub-dimension that allows us to more precisely categorize existing needs. Thus, and directly related to the previous dimensions, eight dimensions of intervention analysis emerge for the existing situation.

Conclusion: Needs such as information, emotional and psychological support, as well as the need for closeness to the family member, are the most mentioned by families in the analyzed studies. The knowledge of this reality brought with it some interventions aimed at the problem that make it possible to minimize the gap that families feel in their needs, helping them to face the situation they witness in a more peaceful way throughout the hospitalization. Helping the family to identify their needs and guide them in learning about the situation is fundamental in professional care.

Key Words: Family Needs; Critical Patient; Intensive Care Unit.

Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos são serviços que admitem pessoas em situação crítica (Cardoso et al., 2008). Por norma, a pessoa é internada por um acontecimento súbito, provocando dificuldade à família a adaptar-se a essa situação, tornando-se numa experiência stressante (Pardavilla Belio & Vivar, 2011).

Existem vários agentes potenciadores de stress. O carácter crítico, por si só, desencadeia situações de stress, no entanto, o aparato tecnológico, o excesso de estímulos auditivos, a privação do sono, o isolamento, os múltiplos cuidados e procedimentos são fatores de stress inerentes ao serviço de cuidados intensivos (Almeida & Ribeiro, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), família é o grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo, não podendo ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção.

Segundo Pardavilla Belio e Vivar, (2011), a família está diretamente envolvida no processo de doença da pessoa em situação crítica, e este envolvimento nos cuidados de saúde, tem um impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus elementos, com influência considerável no processo de doença da pessoa internada (Wright & Leahey, 2012).

Os profissionais, que trabalham nestas unidades, potenciam o afastamento da família, seja por receio do confronto dos familiares acerca da situação em que o doente se encontra, seja pela inadequação das infraestruturas para recebê-los, seja devido ao elevado número de cuidados/procedimentos que têm que ser realizados, não sendo disponibilizado tempo para interagir com a família (Camponogara & Dezorzi, 2002).

Quando um elemento da família é hospitalizado, cada familiar apresenta diferentes tipos de reações relacionadas com o papel social da pessoa que adoece, independentemente da idade, sexo ou estrutura familiar (Almeida et al., 1997). É essencial que, os profissionais de saúde estejam sensibilizados para as especificações de cada família, pois é tão importante cuidar da pessoa em situação crítica em unidade de cuidados de intensivos, como da família que o visita. Durante a hospitalização, as famílias apresentam várias necessidades específicas que dependem de experiências anteriores (Gimeno, 2003).

De forma a colmatar as dificuldades dos familiares é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento das verdadeiras necessidades sentidas pela família pois, só assim, se torna cada vez mais possível, cuidar do doente crítico, de forma holística (Luckman & Sorensen, 1998).

Enquadramento Metodológico

A interação com a família do doente ao qual prestamos cuidados torna-se fundamental no decorrer do internamento, sendo que, o enfermeiro especialista deve assim cuidar da pessoa e da família, e da forma como estes vivenciem os processos complexos de doença crítica, de modo a conseguirem gerir toda a situação vivenciada de uma forma menos stressante.

Assim, procedeu-se à realização de uma revisão de literatura tipo *Scoping*. Desenvolveu-se a seguinte questão de investigação: “Quais as necessidades sentidas pela família da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos?”. A questão foi desenvolvida e criada com recurso à metodologia PCC através *The Joanna Briggs Institute*, (2015), tendo assim:

- P (População): Família da pessoa internada
- C (Conceito): Necessidades sentidas
- C (Contexto): Unidade de Cuidados Intensivos

Com o propósito de responder à anterior questão de investigação, foi delineado o seguinte objetivo: “Mapear e avaliar a extensão da literatura sobre as necessidades sentidas da família da pessoa internada, em unidade de cuidados intensivos”.

De modo a incluir a mais recente evidência científica produzida de uma forma criteriosa, é apresentado o protocolo de pesquisa elaborado para a realização da revisão da literatura.

Protocolo de Pesquisa

A pesquisa realizou-se no dia 30 de abril de 2022.

Consideraram-se as plataformas *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para validação dos descritores a utilizar.

Através do motor de busca *EBSCO: CINHALL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina*, definiu-se a seguinte estratégia de pesquisa: [(TI family*) OR (AB family*) OR (SU family*) OR (TI family need) OR (AB family needs) OR (SU family needs)] AND [(TI needs assessment) OR (AB needs assessment) OR (SU needs assessment) OR (TI needs) OR (AB needs) OR (SU needs)] AND [(TI critical patient) OR (AB critical patient) OR (SU critical patient) OR (TI intensive care) OR (AB intensive care) OR (SU intensive care)].

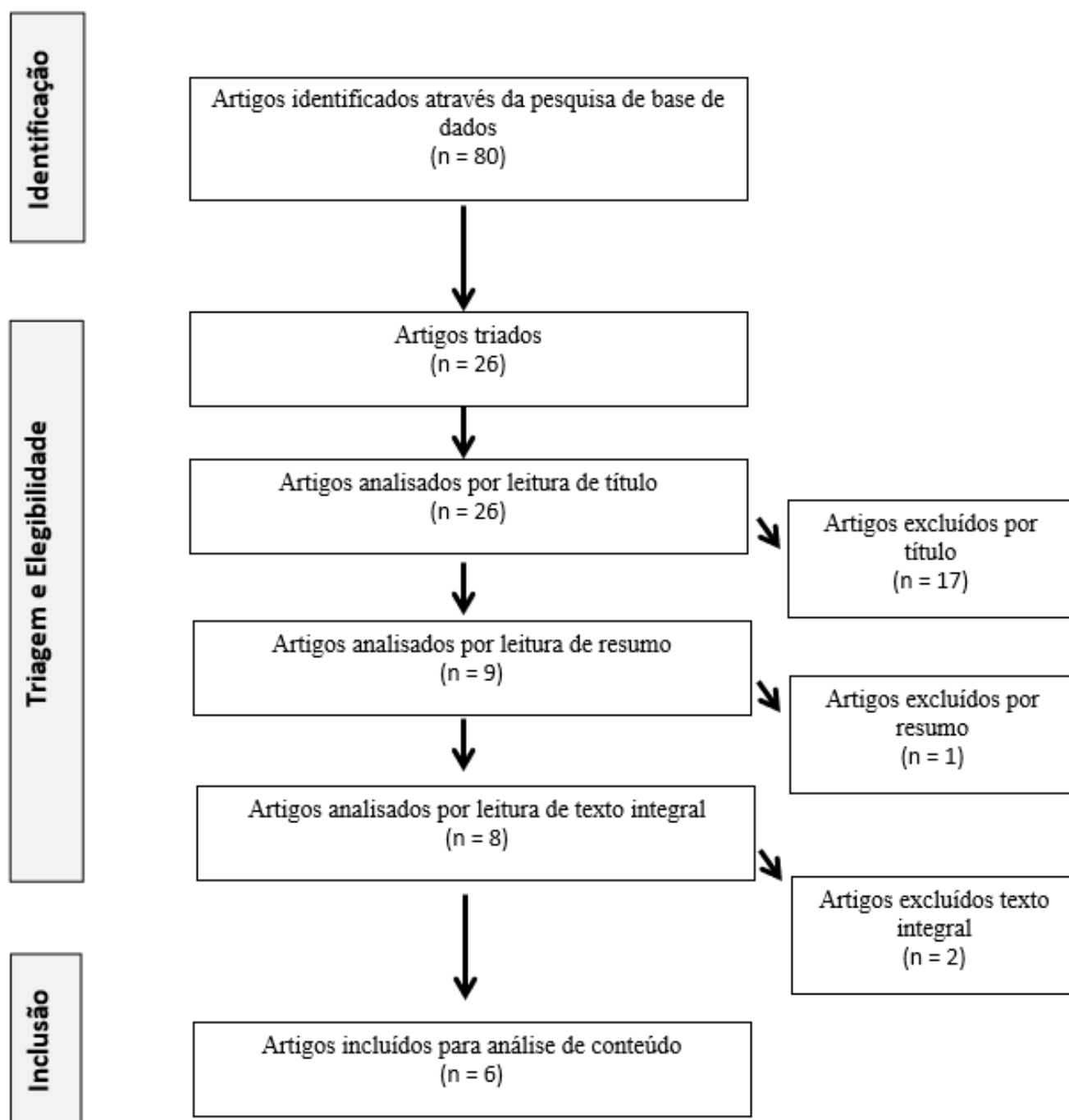
Para a definição do conjunto final de artigos, foi realizada uma seleção segundo determinados critérios de inclusão. Foram selecionados artigos com disponibilidade de texto integral, escritos em português, inglês ou espanhol, publicados dentro de um horizonte temporal entre 2017 e 2022. Foram excluídos os artigos referentes a doentes em idade pediátrica.

Amostra

Através da aplicação do protocolo, foi possível realizar uma seleção rigorosa dos artigos encontrados.

A amostra inicial constitui-se por oitenta artigos, sendo que a seleção dos mesmos para análise de conteúdo decorreu consoante o explícito no Diagrama I. Através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos oitenta artigos iniciais, foram excluídos cinquenta e cinco por não se encontrarem dentro do espaço temporal, e um por estar num dialeto diferente dos três escolhidos, para a análise de artigos, neste estudo. Através da leitura do título, selecionaram-se assim, nove artigos. Após leitura do resumo, foi excluído um artigo e posteriormente, através da leitura do texto integral dos oito artigos, foram excluídos dois, resultando num total de seis artigos, para análise de conteúdo.

Diagrama I. Diagrama Prisma para seleção dos artigos para análise de conteúdo



Apresentação de Resultados

Os artigos utilizados para análise de conteúdo, estão apresentados de forma sintetizada na Tabela I, organizados de forma alfabética e ordenada, pelo título do artigo.

Tabela I. Síntese dos artigos utilizados para análise de conteúdo.

Título	Autor	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Resultados
Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos*	Quijano, L., & Parada, S.	2019	Revisão Integrativa da Literatura	A necessidade de informação melhora a qualidade de vida dos membros da família e os padrões de atendimento de qualidade.
Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units	Bueno, J. V., Alonso-Ovies, A., Calle, G. H., & Lallemand, C.	2017	Estudo Descritivo Transversal	O mais importante para as famílias são as informações relacionadas com prognóstico, gravidade, e a necessidade de receber informações. As famílias pensam que a maioria das suas necessidades informativas podem ser satisfeitas por médicos e enfermeiros. Isso significa que comunicação e consenso são necessários entre esses, a fim de fornecer informações coerentes e completas.
Necesidades en familiares de pacientes	Herrera, J., Pérez, Y., Mendoza,	2021	Estudo Descritivo Transversal	As necessidades dos familiares passam pela comunicação com a equipa de saúde, bem como o

críticos de una institución de IV nivel en Montería, Colombia	S., & López, E.			tratamento recebido por ela; neste Contexto. Embora o enfoque dos cuidados seja o doente, a família da pessoa internada em unidade deve ser integrada no processo de cuidar.
Necessidades da família do paciente crítico em terminalidade de vida	Souza, T., Chaves, E., Oliveira, J., Aldabe, L., Duarte, A., Trevisan, B., . . . Lauer, R.	2021	Revisão Integrativa da Literatura	A família do doente em fase terminal numa unidade de cuidados intensivos apresenta uma diversidade de necessidades. O investimento da comunicação por parte da equipa multidisciplinar é primordial ao longo do internamento.
Needs and participation strategies proposed by the family in the daily care of the critically ill patient	Expósito, L., & Marañón, A.	2021	Estudo Qualitativo Fenomenológico	É essencial orientar a prática dos cuidados de forma a integrar a família no dia a dia do doente a quem se presta cuidados. Ajudar a família e priorizar as suas necessidades tornam-se essenciais ao longo dos cuidados profissionais.
The process of giving information to families in intensive care	Regairamartinez, E., & Garcia-Vivar, C.	2021	Revisão Narrativa da Literatura	Para as famílias dos doentes internados na UCI, a informação é uma necessidade prioritária. A informação honesta e

units: narrative review	A			ampla aumenta a satisfação dos familiares e reduz a ansiedade, o que repercute positivamente no doente. A implantação de um processo sistemático de informação, pode evitar o sofrimento das famílias, diminuir a ansiedade e melhorar a satisfação dos doentes e familiares com os cuidados prestados.
-------------------------------	---	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Discussão

As necessidades psicológicas e emocionais tendem a estar presentes nas famílias dos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pois, ao encararem a situação que vivenciam, estes procuram a valorização dos seus sentimentos e expectativas, identificando a hipótese de serem acompanhados ao longo do internamento, de forma a que lhes sejam fornecidas estratégias para lidarem e aceitarem a situação da melhor forma, sendo que, dão muita relevância à relação que estabelecem com a equipa multidisciplinar e à preocupação que os profissionais de saúde demonstram ter por eles. O toque, a conversa e a escuta ativa, podem assegurar estas necessidades, de forma a não serem negligenciadas, promovendo a humanização no acolhimento dessas famílias (Herrera et al., 2021) & (Expósito & Marañón, 2021).

Segundo Souza, et al. (2021), os familiares referem necessidades espirituais que se tornam importantes ao longo do processo de internamento e não apenas antes da morte, situação que ocorre frequentemente. A comunicação entre os capelões dos hospitais e a equipa médica ou de enfermagem, torna-se apenas efetiva quando perto do fim de vida existe uma referência por parte dos familiares acerca da possibilidade de existir a presença do capelão junto do doente. Esta presença deveria ser assídua, ao longo de todo o internamento, se assim fosse essa a vontade, defende ainda Souza et al. (2021).

Uma das necessidades também abordada é a proximidade com o seu familiar, onde a família pretende estar mais próxima do mesmo, comunicar com ele, sugerindo a abertura

da unidade sem restrição de horários de visita, assim como a necessidade de participar nos cuidados que lhe são prestados (Expósito & Marañón, 2021). Ainda segundo estes autores, esta última, não é uma necessidade que esteja presente na maioria das famílias, mas assume-se como importante para alguns familiares visto que permite facilmente a proximidade e o contacto entre eles. Nesta situação, deve ser o enfermeiro a envolver a família nos cuidados, de forma a fortalecer o vínculo com o seu familiar, facilitando a proximidade e aliviando o stress, auxiliando sempre a pessoa, de modo que esta não sinta que, o que está a fazer, poderá trazer consequências negativas para o seu familiar (Expósito & Marañón, 2021).

A necessidade mais reconhecida nos estudos realizados é a necessidade de informação. Segundo Regaira- Martinez e Garcia- Vivar (2021), independentemente da patologia existente, do estado clínico ou até mesmo do prognóstico do familiar, a necessidade de obter informação é uma das mais importantes para a família do doente internado em UCI.

Quijano e Parada (2019), referem que, antes de se iniciar o processo de transmissão de informação, é necessário identificar a fase pela qual a família passa, podendo iniciar-se na confusão inicial, onde estes experienciam sentimentos como stress e incerteza; busca de informação, que os permite sair do estado inicial de confusão; a observação do ambiente, onde há uma monitorização da qualidade do cuidado que o familiar destes está a receber e por último, a obtenção de recursos, onde procuram apoio emocional, descanso e privacidade.

Os familiares procuram informações como a justificação para o acontecimento, a probabilidade de sobrevivência, as sequelas que o familiar poderá apresentar futuramente, o impacto que estas terão nas suas vidas, assim como os cuidados prestados, defende Bueno et al. (2018). Para os familiares, a informação poderá ser dada tanto pela equipa de enfermagem como pela equipa médica, embora, sintam que os médicos lhes responderão melhor a perguntas sobre prognóstico, sequelas, tratamento e diagnóstico e que, os enfermeiros deverão responder acerca dos sinais vitais, descanso do familiar, sistemas de monitorização, alarmes, horários de informações, regras gerais do serviço e de visita e ambiente, além do cuidado realizado diariamente: higiene, nutrição, ajuda espiritual e comunicação (Bueno et al., 2018). Ainda segundo os mesmos autores, embora não seja o mais importante para as famílias, estas pretendem que as informações sejam dadas em conjunto pelas equipas, de forma que a informação seja coincidente e não gere discórdia.

A informação deve ser dada ao longo de todo o internamento, mas principalmente nas primeiras vinte e quatro horas pois, a novidade, gera nos familiares expectativas, receio e medo, tornando o início daquela experiência, stressante (Quijano & Parada, 2019). É então pertinente que, nessas primeiras horas, se forneça explicações sobre o ambiente e a equipa, sobre determinados procedimentos e sobre o estado clínico do familiar. Ao longo do internamento, se a informação for dada diariamente, seja pessoalmente ou por contacto telefónico, o acompanhamento da situação promove uma consciencialização da família sob o estado clínico do seu familiar e permite que haja uma melhor aceitação do mesmo, segundo os autores acima mencionados. Toda a informação dada, deve ser a mais clara, oportuna, precisa e honesta possível, para que se torne o pilar no encarar da situação, levando a uma redução do stress e aceitação da circunstância, evitando o aparecimento de falsas expectativas que se baseiam em informações incompletas ou incorretas, que futuramente geram desconfiança e perda de controle sob o momento que estão a vivenciar (Regaira- Martinez & Garcia- Vivar, 2021) & (Quijano & Parada, 2019).

Para que todas estas necessidades sejam satisfeitas é importante que se melhore a comunicação entre as equipas multidisciplinares e que se desenvolvam projetos de melhoria de acolhimento e acompanhamento à família, durante todo o internamento em UCI, focando a disponibilidade para as primeiras horas de internamento, onde tudo o que está a acontecer é motivo de stress, ansiedade, medo e angústia para a família que vivencia a situação.

Como limitação, os artigos que foram utilizados para análise de conteúdo, abordam principalmente a necessidade de informação, não desenvolvendo aprofundadamente as outras necessidades mencionadas.

Conclusão

Necessidades como informação, apoio emocional e psicológico, assim como a necessidade de proximidade com o familiar, são as mais referidas pelas famílias nos estudos analisados. O conhecimento desta realidade, trouxe com ele algumas intervenções direcionadas à problemática que possibilitam minimizar a lacuna que as famílias sentem nas suas necessidades, ajudando-as a enfrentar a situação que presenciam, de uma forma mais tranquila ao longo de todo o internamento.

A necessidade mais abordada é a de informação. A correspondência das informações fornecidas pelas equipas de saúde às necessidades das famílias do doente

crítico, não só melhorará a percepção que eles têm dos cuidados de saúde que o doente está a receber, como também os ajuda a enfrentar esses momentos difíceis. As famílias pensam que, a maioria dos seus pedidos informativos podem ser satisfeitos por médicos e enfermeiros. Isso significa que, a comunicação e consenso são necessários entre os médicos e enfermeiros, a fim de fornecer informações coerentes e completas, por isso, é essencial promover uma mudança nas políticas de informação dos serviços de saúde.

O Enfermeiro Especialista constitui-se determinante na dinâmica funcional das instituições de saúde pelo que, deve planear a sua intervenção em conjunto com a equipa multidisciplinar, de acordo com as problemáticas presentes. Ajudar a família a identificar as suas necessidades e orientá-la na aprendizagem da situação, é fundamental no cuidado.

Como implicações para a investigação, evidencia-se a necessidade de realização de estudos que, clarifiquem as necessidades sentidas, em conjunto com as intervenções que poderão ser realizadas, de forma a colmatar as necessidades sentidas pelas famílias.

Como implicações para a prática, é necessário que as equipas multidisciplinares iniciem um processo conjunto, de inserção da família, durante o internamento do familiar, de forma que esta se sinta envolvida no processo de cuidados, tendo ao seu lado, uma equipa que se disponibiliza para a acompanhar durante esse tempo. As condições devem ser criadas para esta realidade, visto que a maior parte das equipas não estão preparadas para a mudança, não só do ponto de vista organizacional, mas também estrutural.

Referências Bibliográficas

- Almeida, C; Colaço, C; Sanchas, L (1997). *Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos Cuidados ao doente durante o período de Internamento. Enfermagem em Foco - SEP.*
- Almeida M., Ribeiro J. (2008) *Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos.*
- Bueno, J. V., Alonso-Ovies, A., Calle, G. H., & Lallemand, C. (2018). Main Information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.05.004>
- Cardoso L., Carvalho L., Ferreira G., Griens C., Urizzi F., Azmpas H. (2008) Vivência de Familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva.*
- Dezorzi L, Camponogara S. (2002) O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. *Revista Gaúcha Enfermagem* ,23(1),84-102.
- Expósito, L., & Marañón, A. (2021). Needs and participation strategies proposed by the family in the daily care of the critically ill patient. *Enfermería Clínica*, 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
- GIMENO, A. (2003). A família – o desafio da diversidade. Instituto Piaget.
- Herrera, J., Pérez, Y., Mendoza, S., & López, E. (2021). Necesidades en familiares de pacientes críticos de una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería Global* , 285-294. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423121>
- Luckman, J. & Sorensen, K. C. (1998) *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica.* (1ª ed.). Lusodidacta.
- Pardavila Belio, M., & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva.*

- Quijano, L., & Parada, S. (2019). Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.eani>
- Regaira- Martinez, E., & Garcia- Vivar, C. (2021). The Process of giving information to families in intensive care units: A narrative review. *Enfermería Intensiva* , 18-36. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>
- Souza, T., Chaves, E., Oliveira, J., Aldabe, L., Duarte, A., Trevisan, B., . . . Lauer, R. (2021). Necessidades da Família do Paciente Crítico em Terminalidade de Vida: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem Atual in Derm.* <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1168>
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.). Editora Roca Ltda.

3- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO PROFISSIONAL E EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Em seguida, será apresentada uma abordagem crítica e reflexiva das atividades realizadas em contexto profissional, que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Iniciei o meu percurso profissional em enfermagem no âmbito dos Cuidados Intensivos até à presente data. Ao cuidar do doente no ambiente em que me encontro, nasceu o gosto pela prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e a vontade de querer ser e saber mais, para melhor cuidar.

A área de Medicina Intensiva insere-se nas ciências médicas, sendo uma área mais diferenciada, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doença aguda, em doentes que apresentam falência orgânica ou multiorgânica, eminente(s) ou estabelecida(s) que poderão ou não ser reversíveis (Coutinho et al., 2017).

Smith-Blair (2010), diz que a enfermagem em cuidados intensivos passa pela capacidade de observação vigilante do estado do doente, que está constantemente a sofrer alterações, conciliada com o controlo do regime de tratamento complexo e a adequação dos cuidados necessários para prevenir ou corrigir situações que ameacem a vida. Em qualquer unidade, o propósito de enfermagem será sempre a prestação de cuidados ótimos e contínuos a doentes cuja vida está em perigo, otimizando necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais (Smith-Blair, 2010).

O serviço onde me encontro em prestação de cuidados, é parte integrante do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), o qual abarca duas unidades, de diferentes níveis, que se conjugaram e potenciaram, tornando-se assim o SMI do hospital, dando espaço a duas unidades de cuidados intensivos, de nível III e uma de cuidados intermédios, de nível II. As unidades de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, que necessitem de duas ou mais formas de suporte orgânico, enquanto as unidades de nível II, são destinadas a doentes com falência de apenas um órgão, que necessitam de monitorização e suporte, mas sem Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) (Coutinho et al., 2017).

Fisicamente, estas duas unidades são diferentes. A unidade de nível III é uma sala aberta onde se inserem nove unidades de internamento individuais, sendo uma delas, um quarto de isolamento. A meio da sala, situa-se o balcão de trabalho onde podem ser realizados registos informáticos e onde existe uma central de monitorização que permite

a observação da monitorização contínua de todos os doentes internados nesse espaço físico. A unidade de nível II situa-se num andar superior à de nível III, composta por três quartos: dois com quatro camas e um com duas camas, sendo que no total, existem dez vagas de cuidados intermédios. A meio dos quartos, existe também uma área de trabalho e de registos, que permite a visualização da monitorização contínua através de uma central, assim como a vigilância através de câmaras colocadas nos quartos, que nos permite observar os doentes, questão que não se coloca na unidade de cuidados intensivos, pois esta, é um espaço aberto.

No doente em situação crítica, a abordagem inicial deverá ser realizada pela sequência “ABCDE”, já estabelecida pelo *American College of Surgeons*, que outrora teria sido adaptada da sequência “ABC” da *American Heart Association*. Esta, é uma abordagem sistemática que visa a avaliação e tratamento precoce e imediato de doentes que se encontrem em situações urgentes e emergentes. É aplicável a todas as emergências clínicas e define-se por A- *Airway* (Via Aérea), B – *Breathing* (Ventilação e oxigenação), C – *Circulation* (Suporte Cardiovascular), D – *Disability* (Disfunção Neurológica) e E – *Exposition* (Exposição, evitando a hipotermia) (Thim et al., 2012).

Ainda segundo Thim et al. (2012), este tipo de abordagem permite que a nossa avaliação seja mais eficaz, tendo em conta que a avaliação da seguinte área de abordagem só será efetuada quando a prévia estiver resolvida, ou seja, só iremos avaliar B, quando a A estiver resolvida, o que nos possibilita um trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação crítica, levando-nos não só à identificação precoce de focos de instabilidade, como também a uma forma rápida de os assistir, caso já estejam identificados.

Todos, ou quase todos os doentes que necessitam de cuidados intensivos, não importa o motivo de internamento, são doentes que necessitam de suporte ventilatório. Este suporte poderá ser realizado através de Ventilação Não Invasiva (VNI) ou VMI.

Na Ventilação Não Invasiva (VNI) são utilizadas interfaces externas (máscara nasal, máscara oronasal ou máscara facial total), que possibilitam o suporte ventilatório nos doentes com insuficiência respiratória aguda e crónica, assim como no suporte do desmame ventilatório (Marcelino, 2008).

Na VMI necessitamos de uma entubação endotraqueal, ou traqueostomia, de forma a manter a via aérea permeável, possibilitando assim a ventilação necessária. Existe uma ligação entre o ventilador e o doente, neste caso, o tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, que permite a manutenção da função respiratória, por meio de um ventilador, que funciona através de modos ventilatórios programados consoante a

necessidade do doente, tendo por base ciclos respiratórios, fases inspiratórias e expiratórias, recorrendo a pressões positivas (Marcelino, 2008).

Havendo necessidade de existir uma técnica invasiva associada à VMI, há também riscos inerentes à situação. Surge assim a necessidade de cuidados preventivos a um evento adverso conexo à VMI, que é a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

A PAV, segundo a Norma nº 021/2015, é a pneumonia que surge na pessoa entubada há mais de quarenta e oito horas ou na pessoa que foi extubada há menos de quarenta e oito horas e mantém-se como a complicação mais frequente numa UCI, sendo assim responsável pelo aumento de dias de internamento, uso de antimicrobianos e mesmo de mortalidade.

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais manuseiam a ortótese ventilatória conectada ao doente, responsabilizados pela monitorização e cuidados à mesma. Assim, o enfermeiro especialista assume um papel ainda mais responsável e determinante na prevenção da PAV.

Ao longo do internamento da pessoa, é necessário implementar medidas que previnam a PAV, que, segundo a Norma nº 021/2015, são elas: revisão diária da sedação, possibilitando a redução da mesma, avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório, manter a cabeceira da cama em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando posição supina, realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% no mínimo de três vezes diárias, manter circuitos ventilatórios, mudando os que estão visivelmente sujos e por fim, manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O, prevenindo a regurgitação e possível aspiração de conteúdo entérico.

Considero, pelo atrás referido, que desenvolvi competências que me capacitaram para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, garantindo e intervindo na **prevenção e controlo de infeção na pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes da sua condição clínica.**

Na sequência de uma ventilação invasiva, o doente apresenta-se sob medidas farmacológicas que o impedem ou diminuem a sua capacidade de comunicar, como os bloqueadores neuromusculares/curarizantes e sedativos. Assim, com recurso à evidência científica, é necessário reduzir ao máximo esta incapacidade com estratégias que visem uma comunicação eficaz por parte do doente. Estratégias realizadas na unidade onde exerço funções como: otimizar o ambiente, de forma a reduzir os ruídos e não aumentar o nível de ansiedade da pessoa, a antecipação das necessidades através de perguntas simples, de resposta fechada, que possibilitem a mímica labial ou a gesticulação com a

cabeça, ou as placas de imagens ou letras, auxiliam também a pessoa a apontar, caso consiga, para o que pretende, permitindo um internamento com níveis de stress menores, diminuindo também a sensação de impotência do doente, ao não conseguir expressar-se (Smith-Blair, 2010) & (Chlan et al., 2011).

Assim, considero que desenvolvi, com base na prática diária e **suportada na evidência científica, conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa em situação crítica**, com recurso a medidas de **otimização do ambiente e de processos terapêuticos** e a **estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com barreiras à comunicação**.

Como enfermeiros, e principalmente como enfermeiro especialista, é crucial ter em consideração o controlo da dor da pessoa, sendo este um direito do doente e um dever de quem presta cuidados, tendo em atenção a avaliação, o diagnóstico, o planeamento e a execução de intervenções necessárias para a prevenção e tratamento da dor. Em doentes que se mantêm acordados e com possibilidade de resposta, mesmo que seja gestual, a aplicação de escalas como a escala numérica ou a descritiva é válida. Segundo Oliveira et al. (2019), em doentes sem possibilidade de comunicação, estando estes sedados, é importante implementar uma escala que permita observar comportamentos e não apenas as alterações nos parâmetros fisiológicos, pois, a ausência de alterações nos sinais vitais não indica necessariamente a ausência de dor. Assim, recomenda-se a utilização da *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS - IP), colocada em prática no meu dia-a-dia profissional. É uma escala que possibilita a avaliação da dor através de três grandes grupos: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação com o ventilador. A aplicação e monitorização desta escala, permite-nos adaptar a analgesia às necessidades do doente (Oliveira et al., 2019).

Associado à avaliação da dor, é importante avaliar também o nível de consciência do doente, que poderá implicar algum encobrimento na presença de dor. Aqui há que sublinhar o efeito dos bloqueadores neuromusculares, ou curarizantes e os sedativos.

Oliveira et al. 2019, referem que os bloqueadores neuromusculares interrompem a transmissão química na junção neuromuscular, impedindo qualquer movimento muscular por parte da pessoa submetida a estes fármacos. Para que possamos adaptar o nível de sedação, é necessário avaliar o índice bispetral (BIS) através de um método não invasivo, uma tira autocolante colocada a nível craniano frontal, onde é monitorizado um eletroencefalograma contínuo. Um *BIS* entre 0-35 significa um silêncio cortical, entre 35-

60, uma hipnose profunda perto dos 35, e uma anestesia geral perto dos 60, entre 60-80 nível de sedação, e acima de 80, acordado, com memória intacta (Oliveira et al., 2019).

Em doentes sob sedação, utilizada no alívio da ansiedade e agitação e também na adaptação ventilatória, sem utilização de bloqueadores neuromusculares, é necessário avaliar o nível de sedação através da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Esta escala é composta por dez pontuações, sendo a mais baixa -5, referente a “não desperta” e a mais alta 5, referente a “combativo” (Estilista, J., 2015).

O aumento de tempo expostos a medicação sedativa, implica uma prevalência de *delirium* nos doentes em unidade. O *delirium* assume-se como uma forma frequente e grave de disfunção cerebral aguda (Shinotsuka & Salluh, 2013). Sendo um estado que se manifesta por alterações da atividade psicomotora, seja esta elevada ou reduzida, é necessário monitorizá-lo através da escala “*Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*” (CAM-ICU). Esta, passa pela avaliação em quatro passos, sendo que se poderá terminar em cada um, caso a avaliação desse parâmetro remeta para a inexistência de *delirium*, sendo necessário que o doente não esteja sob medicação sedativa (Devlin, et al., 2018).

De acordo com o atrás referido, considero o controlo da dor como uma prioridade nos processos de cuidados, durante o exercício das minhas funções. Considero ainda que o recurso às escalas supramencionadas, possibilitaram uma **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, permitindo a **otimização das respostas** através de uma adequada **gestão de medidas farmacológicas**, provenientes de revisão de literatura atualizada. Assim, desenvolvi **competências, conhecimentos e habilidades na gestão da sedo-analgesia**.

As alterações na hemodinâmica e no equilíbrio hidroeletrólítico são uma realidade nas unidades, devido ao quadro clínico da pessoa em situação crítica, que apresenta doença aguda com falência orgânica, dando início a quadros de instabilidade que devem ser monitorizados por parte do enfermeiro, com uma supervisão apertada. A monitorização passa pela avaliação contínua da pressão arterial, através de uma linha arterial colocada numa artéria, a frequência cardíaca, o traçado eletrocardiográfico, a temperatura, a pressão venosa central, a glicémia, o balanço hídrico, os valores analíticos, que poderão ser avaliados através de colheita de sangue venoso ou de gasometrias arteriais e/ou venosas, identificando assim alterações que possam vir a comprometer o estado clínico da pessoa (Lira et al., 2012).

Na monitorização hemodinâmica, utilizamos como monitorização avançada o sistema *Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO), apresenta-se como meio invasivo, através de um cateter arterial, que utiliza a termodiluição transpulmonar. Funciona com a infusão de soro periódica em temperatura diferente (mais baixa) do sangue no sistema venoso central (é necessário concomitantemente um acesso venoso central para que seja instilado o soro), surge no monitor previamente programado pela equipa médica uma curva de termodiluição, que permite determinar o débito cardíaco e calibrar o sistema (Silva, 2013). O cálculo do débito cardíaco contínuo é realizado utilizando a curva de pulso arterial, e por isso, o cateter arterial deve ser inserido preferencialmente na artéria femoral ou axilar. Este sistema permite calcular a Variação de Pressão de Pulso (VPP) e a Variação do Volume Ejetado (VVE), mas permite também o cálculo dos volumes de compartimento intravascular, utilizadas como medidas de avaliação de pré-carga. Ainda segundo o último autor citado, o cálculo do líquido extravascular pulmonar permite quantificar o grau de edema pulmonar, assim como a permeabilidade vascular pulmonar. Por outro lado, monitorizando de forma avançada e por meio não invasivo, utilizamos a bioimpedância e bioreactância elétrica, através da colocação de elétrodos a nível torácico. Este sistema utiliza a variação de condutividade de uma corrente elétrica de baixa voltagem e alta frequência, associada à variação de fluxo sanguíneo em cada ciclo cardíaco, juntando a capacidade de análise das mudanças de amplitude e frequência dos impulsos elétricos, que reduz as interferências elétricas, minimizando o erro. Esta monitorização permite-nos conhecer dados como débito cardíaco, volume sistólico e contratilidade miocárdica (Silva, 2013).

Nos doentes internados em UCI, pode existir uma deterioração íngreme da função renal, seja por acumulação de resíduos metabólicos, líquidos e eletrólitos, originando a Insuficiência Renal Aguda (IRA). Se esta não for diagnosticada a tempo de ser tratada, poderá levar a uma danificação do parênquima renal, progredindo para uma Insuficiência Renal Crónica (IRC). Havendo presença de IRA, podem surgir alterações nos equilíbrios hídrico, eletrolítico e ácido-base (Swearingen & Keen, 2001).

Ainda referido por Swearingen e Keen, (2001), perante uma situação de IRA é importante realizar uma avaliação analítica recorrente, de forma a perceber quais as intervenções mais adequadas ao problema. Dependente desses mesmos resultados, o tratamento passa por reposição de volume, terapêutica nutricional, diuréticos ou terapêuticas de substituição renal. Esta última está indicada quando o objetivo é remoção de líquidos, solutos e/ou correção dos desequilíbrios eletrolíticos e ácido base e pode ser

realizada através de difusão, osmose, ultrafiltração e convexão (Swearingen & Keen, 2001).

Na unidade onde presto cuidados, as duas técnicas mais utilizadas são: hemodiafiltração venovenosa contínua e a intermitente. Swearingen e Keen (2001), afirmam que tanto uma como a outra poderão ser utilizadas em doentes com sobrecarga hídrica, choque cardiogénico com edema pulmonar, oligúria que não responde a diuréticos e doentes em anúria. Estes mesmos autores referem a técnica contínua como a que permite que o volume que é retirado ao doente não seja realizado de forma abrupta, pois, realiza-se numa janela temporal maior, sendo indicada para doentes que estejam hemodinamicamente instáveis, evitando alterações drásticas de volume num curto espaço de tempo. É importante garantir a permeabilidade do cateter de hemodiálise, o bom funcionamento da máquina de diálise, as alterações hemodinâmicas do doente, tendo atenção a parâmetros vitais como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a variação de pressão de pulso, caso seja possível avaliar (Swearingen & Keen, 2001).

A vigilância e monitorização de possíveis alterações, a capacidade de mobilizar conhecimentos de forma rápida e sustentada e a capacidade de diagnosticar um problema com precisão, assim como corrigi-lo de forma atempada, constituem competências inerentes à prática de enfermagem especializada, que permitem um tratamento eficaz com a estabilidade necessária à situação, nas quais sempre procurei desenvolvimento no meu exercício profissional.

Considero que desenvolvi competências que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados **à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e a vivenciar processos complexos, decorrentes da sua condição clínica**, nomeadamente submetidos a técnicas de substituição renal, através da vigilância de perdas hemáticas, vigilância e monitorização de balanço hídrico e débito urinário, vigilância dos parâmetros analíticos, vigilâncias dos parâmetros vitais, garantindo o bem-estar e conforto da pessoa, através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas, da gestão da sedo-analgesia e da promoção de condições favoráveis à presença da família.

Sendo um hospital de referência na área de Neurocirurgia, é uma realidade constante a presença de doentes do foro neurocirúrgico na unidade, nomeadamente por Acidentes Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Lesões Ocupantes de Espaço (LOE) ou hidrocefalia associada. As intervenções especializadas

de enfermagem a estes doentes são indispensáveis pois, podem promover evoluções positivas ou negativas no estado clínico dos mesmos (Caciano et al., 2020).

A presença de Drenagem Ventricular Externa (DVE) e de cateter de Pressão Intracraniana (PIC) está recorrentemente presente neste tipo de doentes. Segundo Caciano et al. (2020), a DVE pode ser utilizada como ferramenta diagnóstica ou terapêutica, possibilitando a drenagem de Líquido Cefalorraquidiano (LCR), e o cateter de PIC, inserido na parte superior da cabeça, avalia a pressão sob a qual os componentes intracranianos são mantidos dentro do crânio, mantendo valores normais entre 10 e 15 mmHg, valores superiores a 22 mmHg num tempo superior a 5 minutos, indicam quadro de Hipertensão Intracraniana (HIC), emergência médica que deve ser atendida de imediato. Tanto um como outro, possuem risco de infecção elevado, motivo pelo qual a sua manipulação deve ser realizada o mínimo possível (Caciano et al., 2020)

Segundo os mesmos autores, são intervenções de enfermagem: ter em atenção o posicionamento neurológico, mantendo a cabeceira elevada a um ângulo $\geq 30^\circ$, promovendo o retorno venoso de forma a diminuir a PIC, a monitorização neurológica, avaliando as pupilas e o estado de consciência e a monitorização dos sinais vitais, dando importância à Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) que pode ser avaliada caso tenhamos o valor da PIC e da pressão arterial (Pressão Arterial Média (PAM) – PIC = PPC). Este parâmetro permite avaliar a variação da perfusão cerebral, com valores alvo direcionados à patologia do doente, estabelecidos pela equipa médica, que poderão ser ajustados com a alteração da pressão arterial, através de terapêutica vasoativa ou vasodilatadora (Caciano et al., 2020).

Em situações de morte cerebral, advindas de variados motivos, mas principalmente de doentes neurocríticos, a manutenção do dador é realizada na unidade de cuidados intensivos, até que o doente obtenha vaga operatória, com objetivo de se realizar a extração dos órgãos viáveis a doar.

De acordo com o Guia para a Qualidade e Segurança dos Órgãos para Transplantação, do Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos (2013), antes de ocorrer morte cerebral, o doente passa por uma fase agónica, onde existe uma libertação súbita de catecolaminas que provocarão episódios transitórios de taquiarritmias e hipertensão, seguindo-se do desaparecimento do funcionamento do tronco cerebral através de uma supressão dos mecanismos que o regulam. Após confirmação de diagnóstico, e na fase de manutenção, a equipa de enfermagem monitoriza parâmetros como o traçado eletrocardiográfico e frequência cardíaca que deverá estar entre 70/100

bpm, pressão arterial média que deverá encontrar-se entre 70/100 mmHg, oximetria de pulso acima dos 95%, temperatura corporal entre 35,5°C e 38°C, hemoglobina entre 7/9 g/dl, ácido láctico < 3mmol/L e débito urinário 1-2 ml/kg/h. Em equipa é avaliado continuamente o balanço hídrico e monitorizados os parâmetros analíticos como o sódio 135/145 mmol/L, potássio 3,5/5 mmol/L, glicémia <180 mg/dl e o cálcio, que deverá encontrar-se dentro de valores normais. Toda a manutenção do doente dador é gerida de forma que qualquer alteração nos parâmetros acima mencionados seja, de imediato, resolvida.

Assim, e tendo estado perante vários dadores ao longo do tempo em que exerço funções na UCI, **desenvolvi competências, conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.**

Tudo o que acima foi mencionado remete-nos para o desenvolvimento na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, nomeadamente no auxílio de técnicas e procedimentos médicos, assim como na sua manutenção, ou de ferramentas de monitorização invasivas, necessárias à estabilização, manutenção, monitorização e recuperação da mesma. Assim, e neste sentido, face à responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista na **maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, assumi sempre uma prática segura e suportada pela evidência. Na abordagem e contacto com o doente, deverá realizar-se a higienização das mãos através dos cinco momentos previstos na Norma 007/2019 (antes do contacto com o doente, antes de um procedimento limpo/assético, após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso, após o contacto com o doente ou após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente) assim, como noutras circunstâncias: a sujidade visível nas mãos, antes da preparação e administração de fármacos, na manipulação de dispositivos médicos entre outros. A abordagem aos diversos cateteres, assim como a feridas cirúrgicas e a aspiração de secreções intra tubo endotraqueal, devem ser realizadas de forma assética, mantendo técnica limpa na utilização dos cateteres arteriais e venosos centrais com a utilização de clorhexidina antes e após utilização. É importante ainda providenciar à equipa médica, equipamento de proteção individual estéril, antes da realização de um procedimento que requeira assepsia.

Como enfermeiros especialistas, não só devemos manter uma prática segura, mas também assegurar que a equipa multidisciplinar a mantenha, supervisionando-os e relembrando-os quando necessário os cinco momentos da higienização das mãos. Cabe a todos os que prestam cuidados assegurar que os protocolos e normas de procedimento são cumpridos, salvaguardando o estado clínico do doente.

Estes doentes, apresentam com frequência quadros de instabilidade, muitas vezes associada à necessidade de os submeter a terapêutica sedativa e bloqueadora neuromuscular, o que leva a um risco acrescido de Úlcera Por Pressão (UPP) devido ao tempo que permanecem acamados e imobilizados. *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (2014), definem as UPP como sendo lesões localizadas na pele e/ou tecidos subjacentes, que se encontram normalmente sobre uma proeminência óssea, e têm origem na pressão ou na combinação entre esta e as forças de torção. Inerente ao acontecimento, existe um processo de isquémia e necrose tecidular que se desenvolve pela compressão prolongada dos tecidos entre uma superfície externa e uma proeminência óssea (Menoita, 2015). Segundo a NPUAP et al. (2014), estas lesões devem ser classificadas segundo o Sistema Internacional de Classificação de Úlceras por Pressão NPUAP/EPUAP. Menoita, (2015) diz que a pessoa submetida a diversos dispositivos médicos que otimizam o seu estado clínico tem maior risco de desenvolver Úlceras por Pressão Relacionadas com Dispositivos Médicos (UPPRDM). Estas úlceras não advêm unicamente da pressão exercida numa proeminência óssea, mas também na que é exercida numa superfície cutânea ou mucosa e merecem tanta ou mais atenção na sua prevenção que as que se desenvolvem nas proeminências ósseas. As UPPRDM surgem devido ao mau posicionamento ou fixação dos dispositivos, sendo também o material com que estes são fabricados não favorável à sua adaptação ao doente visto que, são maioritariamente fabricados por materiais mais rígidos como o plástico, borracha ou silicone (Menoita, 2015).

Embora esta problemática apresente fatores extrínsecos e intrínsecos, como a idade, a mobilidade, o estado de consciência, o estado nutricional e hidratação, a humidade da pele, as doenças sistémicas e a medicação, é necessário intervir diretamente sobre estes, prevenindo o eventual aparecimento de UPP (Menoita, 2015). Prevenir passa por posicionar a pessoa portadora ou em risco de desenvolver UPP, exceto quando contraindicado por condição clínica, com uma frequência sujeita a avaliação prévia, com recurso a dispositivos (almofadas) e tendo em atenção os dispositivos médicos, evitar

decúbitos em que a pessoa seja posicionada sobre uma superfície corporal ruborizada, assegurar o aporte nutricional adequado, realizar cuidados de higiene com recurso a produtos de pH equilibrados, evitar realizar massagens vigorosas em locais corporais em que a pele já apresente tecido não viável, nomeadamente proeminências ósseas, realizar cuidados de higiene o mais precocemente possível após episódios de incontinência, proteger a pele da humidade excessiva com recurso a produtos barreira e hidratar a pele, mantendo-a sempre limpa e seca (NPUAP et al., 2014). Ao longo de todo o meu percurso procurei sempre a melhor evidência científica, de forma a atualizar-me sobre a temática e assim, prestar os melhores cuidados direcionados aos doentes.

Como referido inicialmente, uma das unidades tem como espaço físico uma sala aberta, que embora seja dividida em unidades diferenciadas por cortinas, torna-se pertinente a melhoria da privacidade do doente e sua família aquando da sua presença.

Como anteriormente referido neste relatório, e querendo relembrar a definição, família é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011, p.115) como uma “*Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes*”, sendo que, nem só aqueles que estão ligados por sanguinidade são familiares, tendo nós, profissionais de saúde o dever de respeitar e tratar de igual forma todos aqueles que são considerados família pelos doentes a quem prestamos cuidados.

Conforme regulamentado no perfil das competências do Enfermeiro Especialista cabe a este o acompanhamento da família, considerado fundamental, na medida em que são os profissionais que se encontram mais próximos. Nessa envolvência, foram desenvolvidas competências relacionais, através do estabelecimento de relações empáticas, terapêuticas e de ajuda. Relativamente à transmissão de más notícias, esta, uma realidade constante em UCI, a equipa de enfermagem sempre procurou aplicar o protocolo de *Buckman* (1992), cujo nome, *SPIKES* (*S – Setting*, postura do profissional; *P – Perception*, perceção do doente; *I – Invitation*, troca de informação; *K – Knowledge*, conhecimento; *E – Explore emotions*, explorar emoções; *S – Strategy and summary*, estratégias e síntese), consta em seis etapas, sendo elas: preparação e escolha do local adequado, perceber o que a pessoa já sabe, saber o que a pessoa quer saber, dar a notícia, responder às emoções e às perguntas do doente/família e propor plano de acompanhamento. Foi sem dúvida uma estratégia facilitadora em situações de grande

complexidade, visando sempre o estado emocional da família assim como o apoio prestado a esta.

Querendo alcançar a excelência nos meus cuidados de proximidade e acolhimento à família dos doentes, demonstrei-me sempre disponível para escutar e esclarecer dúvidas, perceber medos e receios, respeitando a pessoa e família dentro dos meus deveres ético-legais, onde o foco foi sempre a humanização de toda e qualquer intervenção, atendendo ao individualismo de cada um, tendo presente a complexidade do estado de saúde da pessoa internada, visando o desenvolvimento de competências na **relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.**

Sendo uma das competências do Enfermeiro Especialista em Médica Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, **dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe**, procurei conhecer o plano de atuação desenvolvido a nível hospitalar.

Através de Silva et al. (2015) conhecemos a definição de catástrofe pela Organização Mundial de Saúde sendo qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala que justifique uma mobilização excepcional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

O plano de atuação hospitalar desenvolvido para implementação numa situação de catástrofe define os incidentes a que estamos sujeitos: sendo os incidentes de nível 1, aqueles que provocam uma necessidade de reorganização e metodologia do funcionamento hospitalar, podendo manter o nível de cuidados, assegurando a sobrevivência e os doentes resgatáveis; incidentes de nível 2, onde o número de vítimas é elevado e mesmo havendo reorganização hospitalar, não é possível manter o nível de cuidados e os doentes resgatáveis não podem ser salvos; e os incidentes de nível 3, em que se assemelha ao nível 2 com o acrescento da destruição de infraestruturas numa região, significando uma exigência superior na triagem dos doentes, e apoios variados para além de equipa médica. A ativação do plano de catástrofe é realizada por uma equipa selecionada, também ela referida no plano realizado, que terá ao longo de todo o processo, a responsabilidade de coordenar a operação. Este documento refere ainda planos de atuação para os diferentes níveis de incidentes, conta com plantas dos serviços que receberão os doentes, assim como a lista dos recursos humanos disponíveis de momento e os materiais que se encontram disponíveis nos serviços selecionados.

Não tendo contactado com nenhuma situação de catástrofe, procurei conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.

Também ao longo do meu percurso profissional fui procurando cada vez mais um **nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, bem como a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Assim, e apoiado em Benner (2001), com a experiência e o domínio do conhecimento, a competência transforma-se, tornando-nos pessoas cada vez mais competentes, muito mais do que um dia acharíamos que fôssemos.

Serviço de Urgência Geral

O que se segue, patenteia uma abordagem crítica e reflexiva das atividades realizadas em contexto de estágio, que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas em Serviço de Urgência Geral de Adultos.

Um serviço de urgência, segundo o relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, descrito nas Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências (Administração 38 Central do Sistema de Saúde, 2015), tem como objetivo receber, diagnosticar e tratar doentes que tenham sofrido algum acidente, ou que careçam de um atendimento imediato em contexto hospitalar devido a uma situação de doença súbita.

Em contexto de Serviço de Urgência Geral (SUG), o enfermeiro, segundo Fazio (2011), deve demonstrar amplos conhecimentos e competências para a prestação de cuidados a pessoas com vários problemas de saúde, podendo estes, serem prestados em contexto de internamento ou ambulatório, em situações urgentes ou emergentes. Uma situação de urgência é vista como “...um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) ...”, já emergência, define-se por “... processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão” (CRRNEU, 2012, p.8).

Assim, e neste contexto, é importante definir Pessoa em Situação Crítica que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na

área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, define-a como pessoa “...*cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). Com a necessidade de prestar cuidados diferenciados à Pessoa em Situação Crítica, surge então a área de especialização em enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é aquele que “*Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

O SUG onde realizei estágio, e segundo o Despacho n.º 10319/2014, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), corresponde a um Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), sendo este o segundo nível de acolhimento de situações urgentes. A organização de recursos humanos deve passar por enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assim como outros técnicos necessários. Importante apresentar algumas valências médicas obrigatórias, assim como algum equipamento mínimo, passando a enumerar: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório permanente, Imagiologia que contenha permanentemente radiologia convencional, ecografia simples e Tomografia Computorizada, Patologia Clínica. É esperado que em permanência tenha laboratório a realizar análises básicas, assim como análises de gases do sangue e lactatos, apoio de especialidades como Cardiologia (e de intervenção), Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia, Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e Serviços de Medicina Intensiva. O SUMC tem ainda o apoio de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

O serviço supramencionado neste relatório, apresenta-se estruturalmente da seguinte forma: uma sala de espera geral, onde todos os doentes e acompanhantes aguardam ser chamados; um secretariado, onde os doentes realizam a sua inscrição; a área de admissão hospitalar, a triagem, composta por duas salas, onde se encontram Enfermeiros que, através da Triagem de Manchester identificam o grau de prioridade de

atendimento do doente; o Gabinete de Informação e Apoio (GIA), onde é realizada a abordagem aos familiares dos doentes em SUG e dada informação clínica destes; onze gabinetes de observação clínica, onde se encontram as equipas médicas; uma área de cuidados de ambulatório, identificado como atendimento/balcão; um gabinete de eletrocardiografia; a sala da pequena cirurgia; a Área de Observação Clínica (AOC), que abarca doentes com prioridade laranja, e prioridade amarela que estejam deitados em maca, duas Sala de Reanimação (SR), uma, para todos os doentes que apresentem sintomatologia respiratória sugestiva de infeção respiratória, e outra, para doentes sem sintomatologia sugestiva, ambas com capacidade para dois doentes; no exterior, foi construído um edifício onde se encontra a Unidade de Internamento Médico Cirúrgico (UIMC) que pertence também ao SUG, com capacidade máxima de vinte e quatro unidades de internamento. Por fim, existe outro edifício exterior, a Área de Doentes Respiratórios (ADR) que dá resposta a todos os doentes que apresentem sintomatologia sugestiva de infeção respiratória, e que foi utilizada, nos últimos dois anos, somente para dar resposta a doentes positivos ou suspeitos de infeção por SARS COV 2.

Neste contexto, e ao longo do meu percurso de estágio, realizei turno em todas as valências do SUG, focalizando a minha área de interesse e de desenvolvimento de competências, na área de cuidados, em sala de reanimação/emergência.

De forma a adquirir e desenvolver competências, propus-me a um objetivo geral: **desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família**, e a dois específicos: **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de serviço de urgência e desenvolver competências na área da humanização da relação da equipa de enfermagem com a família do doente em situação crítica.**

A triagem é o local onde é realizada a primeira abordagem ao doente e onde este é identificado com um nível de prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Segundo o Grupo Português de Triagem (2022), ao doente não urgente é-lhe concedida a cor azul, com um tempo de espera máximo de duzentos e quarenta minutos, ao doente pouco urgente, é lhe dada a cor verde, com tempo de espera máximo de cento e vinte minutos, ao doente urgente é lhe fornecida a cor amarela, com tempo de espera máximo de sessenta minutos e ao doente muito urgente, a cor laranja com tempo de espera máximo de dez minutos. Por fim, a cor vermelha, que identifica uma emergência, a qual terá de ser observada imediatamente.

A abordagem à pessoa em situação crítica, como vimos anteriormente, é realizada através da sigla “ABCDE”, sendo que se mantém em contexto de urgência, seja em que momento for, na entrada, durante o internamento ou na transferência.

Ao encontrar-me a realizar turno neste setor do SUG, chegou-nos uma senhora acompanhada pelo filho que apresentava queixas de edema do pescoço desde há duas horas, sem ingestão de medicação nem de alimentos associada. Embora a doente falasse connosco de forma adequada, o filho salientou que esta quando falava, parecia ficar cada vez mais com a “*boca cheia*” (sic). Solicitámos a retirada da máscara cirúrgica para avaliarmos o compromisso da via área (A), a senhora apresentava não só edema do pescoço como também da face e língua. Tendo comprometimento da via aérea, fomos de imediato para a SR, onde a doente foi monitorizada, com avaliação de B- respiração toraco abdominal de média amplitude, eupneica em ar ambiente, com saturações periféricas de oxigénio de 98%. Posteriormente realizou terapêutica dirigida, tendo a equipa médica assumido uma reação anafilática, evitando o total compromisso da via aérea e posterior necessidade de entubação endotraqueal por falência respiratória derivada ao edema das estruturas. “CDE” foram também avaliados, não existindo qualquer situação a resolver. Assim, a avaliação possibilitou-nos não só a **identificação do foco de instabilidade, como também a antecipação de um acontecimento emergente, fazendo-nos atuar eficazmente na assistência à pessoa em situação crítica.**

A valência Via Verde (VV), em contexto de cuidados de saúde, permite a possibilidade de direcionar cuidados para uma situação específica que é identificada pela presença de critérios já definidos de forma mais rápida. Como Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, este poderá dar resposta a quatro valências de via verde: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Coronária (VVC), Via Verde Sepsis (VVS) e Via Verde Trauma (VVT). Não tendo tido a possibilidade de experienciar qualquer intervenção a doentes na última, todas as outras me possibilitaram o conhecimento dos protocolos de ativação, atuação e gestão, permitindo a sua implementação, de forma a concretizar intervenções de enfermagem adequadas às complicações observadas.

Na realização de um dos turnos em SR, o Enfermeiro que se encontrava na triagem recebe um doente que, segundo a família, apresentava uma hemiparesia esquerda, associada a um desvio da comissura labial com afasia de expressão. O enfermeiro aciona VVAVC intra-hospitalar, o doente dá entrada na sala de reanimação e o neurologista, ao realizar a avaliação, percebe que o doente não tem qualquer déficit pelo que, este não

segue o protocolo da VVAVC e é encaminhado para a área de observação clínica. Assim, em reflexão com o orientador clínico, percebemos que havia necessidade, por parte da equipa de enfermagem, em clarificar os critérios de ativação da VVAVC, de forma a não a acionar, sem antes realizar a avaliação dos sinais estipulados. Assim, e como é esperado no Regulamento n.º 140/2019, **identifiquei uma oportunidade de melhoria e posteriormente, selecionei estratégias para tal.** Surgiu então, a construção de um boletim informativo, que permite à equipa de enfermagem identificar os sinais que levam a acionar o protocolo intra-hospitalar de VVAVC (Apêndice 1).

Uma correta ativação da VVAVC passa pela identificação de sinais que constam na escala de Cincinnati, sendo que, o doente ao apresentar um dos três possíveis sinais da escala (alteração da fala, assimetria da face e diminuição da força em pelo menos um dos membros), em conjunto com uma idade cronológica entre os dezoito e os oitenta anos e o início de sintomas testemunhado há menos de seis horas, tem indicação para ativação da VVAVC (Barreira et al., 2019). Mesmo havendo uma janela de sintomas superior ou igual a 6 horas, segundo Nogueira et al. (2018), os doentes beneficiam da realização de trombectomia mecânica, motivo pelo qual, a prioridade que lhe é atribuída na triagem deve ter em conta a situação.

Mais tarde, surgiu outra ativação da VVAVC, esta, realizada em contexto de extra-hospitalar, uma senhora que se encontrava a trabalhar e que iniciou um discurso confuso com desvio da comissura labial para a direita, à chegada ao hospital, é encaminhada para a SR, onde o Neurologista constata uma hemiparesia direita, com uma afasia de expressão. Seguimos prontamente para realizar exames complementares de diagnóstico. Após diagnóstico de AVC isquémico e confirmação de cumprir todos os requisitos para iniciar tratamento, regressámos à SR e esta, foi submetida a trombólise com Alteplase, o que me permitiu conhecer o seu protocolo de administração e concluir que promove a dissolução do coágulo, sendo indicado para eventos isquémicos específicos. Ao longo do tratamento, o neurologista volta a realizar o exame neurológico para perceber se esta estaria a ter alguma evolução, e a doente apercebe-se que continua sem se conseguir expressar, começando a chorar. Segundo Freixo (2011), a comunicação é algo que está intrínseco nas necessidades humanas básicas e, Nunes (2016, p.45) acrescenta ainda que a comunicação é *“um elemento básico da nossa vida interpessoal e social, comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons.”* A comunicação é estruturante nas relações que estabelecemos. Ao perceber esta ansiedade, abordei a doente e, com calma, expliquei o que lhe tinha acontecido, de forma que ela entendesse

o porquê de conseguir perceber-nos, mas não conseguir expressar-se, demonstrando-lhe que estaríamos ali para o que ela necessitasse. Sugerir que, levantasse a mão quando quisesse comunicar ou pedir algo pois, utilizaríamos estratégias que facilitassem a comunicação. Assim, e segundo o Regulamento nº429/2018, **identifiquei evidências emocionais de mal-estar, demonstrei conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” e adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica.**

Após estabilização dos doentes em sala de reanimação, estes eram transferidos. As transferências são realizadas intra-hospitalar ou inter-hospitalar, consoante a necessidade do doente, e a possibilidade de resposta hospitalar para a situação em causa.

Segundo Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte do doente crítico é composto por três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. Na fase da decisão, importa salientar que deverão ser equacionados os riscos inerentes tanto ao doente como ao transporte, de forma a perceber se este irá contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica. No planeamento, o transporte deve ser efetuado por um médico e um enfermeiro do serviço onde o doente se encontra. O planeamento deverá ter em conta o contacto para o serviço de destino, a seleção do material de monitorização assim como a seleção adequada da terapêutica e dos objetos fisiológicos que deverão manter-se no transporte, e por último, a previsão de possíveis complicações. Identificam-se três fases de maior risco, sendo estas: os primeiros cinco minutos de transporte, a passagem do doente e o transporte prolongado (> 30 minutos). Ainda segundo a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), a fase de efetivação está entregue à equipa que transporta, de forma que as responsabilidades, técnicas e legais, só terminam quando ocorre a entrega do doente ao serviço de destino ou quando é efetivado o regresso ao serviço de origem.

As ativações extra-hospitalares, realizadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), fazem parte de sistemas de resposta rápida e colaboram com a coordenação das equipas intra e extra-hospitalares. De forma a compreender os mecanismos de ação e a função/importância do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar, considerei pertinente a realização de um estágio de dezasseis horas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A VMER é composta por enfermeiro e médico com formação específica na área de cuidados à pessoa em situação crítica, que através de uma viatura de intervenção extra-hospitalar, permite uma abordagem e acompanhamento rápido do doente, desde o

local onde se encontra, até ao hospital local. Assim, o enfermeiro é responsável pela condução da viatura, faz parte da equipa, juntamente com o médico, e mostra-se também responsável pela participação em reuniões e grupos de trabalho que visem a formação e participação de estudos com objetivo da melhoria na qualidade da prestação de cuidados (Despacho Normativo n.º 46/2005). Durante os dois turnos realizados na VMER, surgiram algumas situações complexas, que me permitiram mobilizar conhecimentos e prestar cuidados à pessoa em situação emergente. Todas elas proporcionaram momentos de reflexão com o orientador, que enriqueceram a minha prática e se mostraram determinantes no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Mais tarde, surge na triagem uma senhora com idade aparente de setenta anos, acompanhada por duas filhas e uma neta. Queixa de alteração do estado de consciência, desde o dia anterior. Faziam-se acompanhar por uma carta da equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar que tinha três dias e que explicava diagnóstico clínico, situação clínica e a decisão de a assumirem como doente em fase terminal, tendo tido alta hospitalar para cuidados de conforto em casa. Segundo Pacheco (2014), afirmamos que uma pessoa se encontra em fase terminal quando se verifica a existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva, estando presente a ineficácia comprovada dos tratamentos, esperança de vida curta, complicações irreversíveis e a perda de esperança de recuperação. Aqui percebi a dificuldade de aceitação do que estaria próximo... a morte! Tive oportunidade de refletir com o orientador sobre a obstinação terapêutica quando se insiste em tratamentos que visem a cura, mesmo quando não existe esperança da melhoria do estado da pessoa.

No entanto, uma das filhas solicitou ajuda para falar com a irmã pois, esta não teria aceitado a decisão da equipa de cuidados paliativos e por isso, acionou ajuda para levar a mãe até ao hospital referindo que “*ela ainda respira, têm que a salvar*” (sic). Escutei-a, percebi-lhe a dor de a perder sem ainda a ter perdido, o medo de já não estar quando ela ainda estava, o não saber o que fazer depois quando a mãe já não existisse. Agarrei-lhe a mão, ela apertou-a, disse-me “*eu sei que ela vai morrer, mas eu não quero*” (sic). Pedi-lhe para me explicar como era a mãe antes da doença, sorriu, descreveu-a e disse-me “*eu percebo que viver assim não é viver, mas é a minha mãe*” (sic), não precisei de dizer nada, ela foi exteriorizando o que precisava naquele momento e talvez fosse só isso que precisasse, de falar. Posteriormente, falei com outra filha da doente que me referiu a preocupação pela irmã. Falei-lhe na possibilidade de acompanhamento

psicológico se assim ela o quisesse, pois não teria de viver a situação sozinha, não a conseguindo gerir.

A morte ... segundo Pacheco (2014), a morte continua a ser algo extremamente complexo por ser um mistério, é um desaparecimento, uma perda definitiva, uma representação do desconhecido, uma mistura de sentimentos. Surge como algo que está, inevitavelmente, presente na vida de todos, mas à qual nos tentamos manter distantes enquanto vivemos, não pensando nela nem no que ela nos possa trazer mas, é quando alguém que amamos muito morre que a morte nos afeta e nos toca profundamente, não só porque perdemos a pessoa, mas também porque há uma parte de nós que morre, naquela relação que finda (Pacheco, 2014). Em conjunto com a morte, vem o luto, que para Pereira (2008), significa morte, a perda, a dor e a mágoa e que segundo Cerqueira (2004), é uma reação normal à perda, caracterizada por ser angustiante, mas comum a todos os que passam por ela. Segundo o mesmo autor, o processo de luto pode ser iniciado ainda antes da morte, em que já há uma informação de que esta está próxima, levando a que as pessoas iniciem logo este processo, passando por várias fases do mesmo: o choque e negação, a consciencialização da perda, a angústia, desorganização e desespero e por fim, a reorganização. Este impacto na vida de uma família pode provocar o desequilíbrio funcional desta, modificando a sua estrutura, o que requer que haja uma reorganização de todo o sistema (Vaz & Campos, 2003). Walsh (2005), assume que em famílias com um bom funcionamento, a ideia da própria morte, assim como a dos que lhes são próximos está bem presente no dia-a-dia e proporciona uma facilidade de aceitar a mudança, ao contrário de sistemas familiares que poderão frequentemente combater a ideia de que há um fim, para eles e para os que amam, dificultando o processo adaptativo do sistema familiar à perda do ente querido. Por isso, deve ser dado tempo à família para sofrer, recordar, para expressar abertamente os seus sentimentos e preocupações e para começar a planear o futuro (Pacheco, 2014).

Durante um turno da manhã, soa o alarme da sala de reanimação e dá entrada um homem, com idade aparente de sessenta anos, com bradicardia acentuada, na casa dos vinte bpm, já com diagnóstico médico prévio de Insuficiência Cardíaca. Esta última, é uma síndrome que se faz acompanhar por sinais e sintomas, que resultam de uma alteração estrutural e/ou funcional do coração (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). Na avaliação, A- Permeável; B – polipneico com aporte de oxigénio a 15l/min com SpO2 entre 96%/97%; C – Bradicardia sinusal com frequência cardíaca entre os 25/30 bpm, tensionalmente 94/42 mmHg, foi puncionado um acesso venoso periférico no membro

superior esquerdo; D – Escala de Coma de Glasgow de 10, com abertura espontânea do olhar, sem resposta verbal, mas a localizar a dor, normoglicêmico; E – pele pálida, desidratada e íntegra, hipotérmico com temperatura timpânica de 35,2°C.

Segundo *American Heart Association* (2021), bradicardia define-se como qualquer problema no ritmo com uma frequência cardíaca menor que 60 bpm, mas num doente com bradicardia sintomática, define-se normalmente por uma frequência cardíaca menor que 50 bpm. Uma bradicardia instável define-se por presença de sinais e sintomas de gravidade, entre os quais: hipotensão, alteração aguda do estado de consciência, sinais de choque, desconforto torácico isquémico e insuficiência cardíaca aguda. Por apresentar os sinais de gravidade acima já mencionados a decisão médica foi a de se administrar atropina, fármaco de primeira linha utilizada na presença de bradicardia com sinais de gravidade associados (*American Heart Association*, 2021). Após administração da terapêutica a situação não reverteu, tendo a equipa médica realizado exames complementares de diagnóstico e chegado à conclusão de que o doente apresentava uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 10% o que, após discussão clínica, levou à decisão de não implementação de medidas mais invasivas, assumindo o doente como pessoa em fase terminal de vida. Prontamente procuramos colocar o doente o mais confortável possível, de forma a que ele e a família posteriormente se pudessem sentir o melhor possível junto dele. Kolcaba (2003) defende que a promoção de conforto é a intervenção chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fase terminal, e considera-o como um resultado dinâmico e um processo resultante das intervenções de enfermagem, através da satisfação de necessidades básicas, relativamente ao estado de alívio, tranquilidade e transcendência. Também esta dimensão é considerada por Benner (2001) uma competência do enfermeiro.

A família aguardava, no exterior do edifício, por notícias do seu familiar e foi chamada para ser informada da situação. Após notícia do prognóstico clínico, disponibilizamos o espaço para que, tanto a esposa como o filho pudessem estar com ele, naquele momento. A família, sempre que possível e sempre que esteja confortável para tal, deve estar presente nos últimos momentos pois, segundo Pacheco (2014), o doente sentir-se-á mais tranquilo e sem a sensação de abandono e para os familiares, a presença pode evitar sentimentos como o não acreditar na morte da pessoa ou a ansiedade por não ter acompanhado o quanto podia.

Neste caso, e mesmo sendo em SR, a equipa médica saiu após decisão de não implementação de medidas, enquanto a equipa de enfermagem se manteve junto do

doente e da sua família que, segundo Pacheco (2014), são os elementos da equipa clínica que mantém uma relação mais próxima com o doente e família, não só por serem aqueles que estão permanentemente nos serviços, mas também por serem os que, normalmente, prestam cuidados mais diretos e específicos.

Ao interagir com a família informei-os que, apesar do doente não comunicar, tudo o que sentissem necessidade de lhe dizer, poderiam dizê-lo, assim como tocar-lhe ou acariciá-lo. Fizeram-no, senti-os tranquilos e agradecidos, não pelo momento, mas pelo que viveram juntos. A comunicação e proximidade da família neste momento final, reduz sentimentos de culpa e ansiedade e proporciona momentos de perdão, quando há esta necessidade, por parte dos elementos da família (Pacheco, 2014). Este momento permitiu-me **assistir a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.**

Ao reconhecer situações de doença em estado avançado, com evolução progressiva e incuráveis, torna-se importante assistir a pessoa e família na **gestão da ansiedade e do medo** associados, na **dignificação da morte e dos processos de luto**, na assistência visando o **bem-estar físico, psicossocial e espiritual**, e no desenvolvimento de **medidas não farmacológicas**, não só direcionadas à dor como também a outras causas de sofrimento, tendo em consideração a pessoa e família como seres individuais, com características próprias. Apesar de especificar duas, passei por muitas situações onde promovi a presença e o envolvimento dos familiares junto do doente, de forma a minimizar e gerir a ansiedade de ambos, e garantir a satisfação das suas necessidades, considerando assim que **assumo e promovo a defesa dos direitos humanos**, nunca esquecendo que Cuidar é “(...) *entendido como o alívio da vulnerabilidade; a facilitação do conforto, a promoção da dignidade, a realização mútua e a preservação e extensão das possibilidades humanas da pessoa, da família e da comunidade, bem como proporcionar uma morte serena*” (Queirós, 2001, p.39).

Conseguí então **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.**

Ao longo deste percurso de estágio foi muita a pesquisa conjunta realizada, pois, os momentos de reflexão acerca do já estava feito e do que iríamos fazer estavam muito

presentes no nosso dia-a-dia do estágio. Assim, e numa pesquisa sobre a utilização de insulina como resolução da hipercaliemia, encontramos algumas diferenças do que a evidência científica nos dizia e do que era realmente feito na prática. **Identifiquei uma nova oportunidade de melhoria e posteriormente, selecionei estratégias para tal** e assim, surge um protocolo de pesquisa, de onde nasce uma norma de procedimento de serviço sobre a Correção de Hipercaliemia com Insulina Endovenosa, a qual se pode encontrar em apêndice 2.

Ao longo dos turnos realizados apercebi-me de uma realidade vivenciada no SUG onde me encontrava a realizar estágio: a falta de privacidade dos doentes.

Segundo a Direção Geral da Saúde, na Carta dos Direitos e Deveres do Doente internado, este tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico, sendo que, todo o ato diagnóstico ou terapêutico só deve ser efetuado na presença dos profissionais que sejam indispensáveis à sua realização assim como os cuidados de higiene devem ser executados tendo em conta o pudor da pessoa a quem prestamos os cuidados. Apesar dos vários espaços físicos do SUG terem cortinados a separar as boxes onde são colocadas as macas, há muito espaço físico que é utilizado para colocar os doentes que não contém tal privacidade. Os biombos existentes não são suficientes para dar resposta às necessidades presentes e isto suscitou momentos de reflexão e discussão com o orientador pois, a colocação de biombos no corredor faria minimizar o espaço de passagem. Assim, concluímos que as casas de banho existentes para doentes deitados em macas pudessem ser utilizadas para aqueles que se encontravam mais próximos, utilizando os biombos para doentes em macas que não conseguissem facilmente sair do espaço onde se encontravam e por fim, a utilização das cortinas nas boxes que as tinham.

Ao longo do estágio foram muitos os momentos de transição de cuidados em saúde, e com estes, acresce a importância da transmissão de informação acerca dos doentes: passagens de turno, transferência de doente para outro nível de cuidados, mudança de doente entre espaços físicos do serviço de urgência, o que requereu da minha parte uma procura sobre a forma mais segura e prática de transmissão de informação.

O trabalho em equipa multidisciplinar permite que haja uma interação de vários profissionais e requer uma continuidade dos cuidados, o que implica que haja uma transmissão eficaz na transição dos mesmos. Segundo a norma nº001/2017, os momentos mais vulneráveis na transição de cuidados são aqueles que suscitam maior risco de erro na passagem de informação, nomeadamente nos casos de transferências para outro nível de cuidados e mudanças de turno na mesma instituição. Falhas nestas transferências

podem produzir vários erros, que colocam em risco a segurança dos doentes (Bergs et al., 2018).

Durante o estágio no serviço de urgência, compreendi que a equipa de enfermagem já estava familiarizada com a transmissão de informação através da técnica *ISBAR*, estando esta aplicada em qualquer nível de prestação de cuidados aquando transmissão de informação. A mnemónica significa I - Identificação, onde deve ser identificado e localizado os intervenientes na comunicação; S- Situação atual, onde há uma descrição do motivo atual das necessidades dos cuidados; B - Antecedentes, onde se faz uma descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros que possam ser importantes; A - Avaliação, onde se transmite informações sobre o estado atual do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, estratégias do plano de tratamento e alterações de estado de saúde significativas; por fim, R - Recomendações, onde há uma descrição de atitudes e plano terapêutico adequados ao doente. A utilização desta técnica é necessária para que se possa melhorar a segurança dos doentes e contribuir para a diminuição dos eventos adversos (Norma nº001/2017).

Ao longo do estágio **demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, bem como a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

4- CONCLUSÃO

A possibilidade de experienciar toda esta fase de vida, desde o ingresso no mestrado, à passagem pelo estágio, contactando com outra realidade, permitiu-me não só aprofundar conhecimentos como adquirir novos, vivenciando situações descritas neste relatório que não só me permitiram um crescimento profissional como também pessoal.

Ter aprofundado o conhecimento em enfermagem permitiu-me obter uma capacidade apurada de compreensão do impacto dos cuidados de enfermagem especializados na qualidade dos cuidados prestados em instituições de saúde. Assim, e neste sentido, todo o meu percurso me possibilitou a reflexão crítica acerca de escolhas, comportamentos, competências, vivências, dificuldades, receios, que já estão tão presentes no dia a dia, mas que nos passam despercebidos por não nos obrigarmos a refletir sobre eles.

As experiências vivenciadas durante este percurso formativo permitiram desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Ao desenvolver investigação na área do cuidado à família, através da partilha dos resultados encontrados e sensibilização para a prática baseada nesta evidência, demonstrei capacidade de mobilização de recursos na promoção da mudança e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, pretendendo com isso a mudança de pensamento e a implementação de intervenções que permitam integrar a família dos doentes a quem presto cuidados em todo o processo de internamento, colmatando as dificuldades presenciadas por estes, dando atenção às suas necessidades. Surgiu então um projeto de melhoria de acolhimento e acompanhamento familiar no serviço onde me encontro em prestação de cuidados, de forma que toda a investigação realizada, assim como os resultados dela obtidos me permitam, a mim e aos pares, proporcionar os melhores recursos e cuidados às famílias de quem cuidamos. Futuramente, após implementação das intervenções programadas, gostaria que fosse possível a implementação de um estudo qualitativo fenomenológico, onde pudesse explorar as experiências vividas da família durante o internamento do seu familiar, assim como as experiências subjetivas desta, e os significados que têm na sua vida, utilizando-as como objeto de investigação com vista à melhoria dos cuidados prestados no projeto anteriormente delineado. Aqui, as competências de mestre ganharam preponderância na medida em que consegui mobilizar e integrar os conhecimentos suportados na mais atual evidência, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem especializados, melhorando o acompanhamento das famílias durante o internamento.

As competências referentes ao grau de mestre surgem no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto, artigo 15.º, p.4162, onde o grau é conferido a quem “a) *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*”. Considerando as competências enumeradas, é possível afirmar que as mesmas foram adquiridas e desenvolvidas na medida em que foram identificados e solucionados problemas através da realização de uma *Scoping Review* e publicação de um trabalho científico que contribuíram para a aquisição e consolidação de conhecimentos; verificou-se uma boa adaptação a um novo contexto de trabalho e integração em programas e projetos em contexto de estágio; o conhecimento, o raciocínio e conclusões foram comunicadas nas reuniões realizadas com os diferentes intervenientes no projeto, e futuramente na defesa pública do meu relatório; e finalizando, a autonomia e orientação demonstrada ao longo de todo o estágio, são aprendizagens que estarão presentes na minha prática profissional e contexto académico futuro.

Assim, e segundo o sistema de competências de Le Boterf (2005) desenvolvi a minha prática de prestação de cuidados de enfermagem especializados visando o saber-agir, tendo a capacidade em justificar o porquê do que faço; o saber julgar, apresentando a capacidade em escolher e decidir consoante; o saber modificar recursos, com a capacidade em mobilizar recursos e conhecimentos; o saber comunicar, exibindo capacidade de compreender e transmitir conhecimentos e informações; o saber aprender, com a capacidade em desenvolver-me pessoal e profissionalmente, através do adquirir e desenvolver conhecimentos e experiências; o saber envolver-se, comprometendo-me com

a situação e o saber assumir responsabilidades, assumindo os riscos e consequências das minhas ações.

Segundo Benner (2001) ser enfermeiro implica uma intenção de ajuda e um compromisso em desenvolver as práticas de cuidar, ambicionando a excelência que possibilita colocar a técnica ao serviço da pessoa de forma original e criativa. Como futura Enfermeira Especialista, terei a responsabilidade acrescida de dar continuidade ao meu desenvolvimento profissional e pessoal, procurando sempre a excelência do exercício da minha profissão, influenciando os pares e cuidando dos meus doentes de forma individual e exímia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes Tecnicas Urgencias 11 2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf)
- American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual do Profissional*.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Barreira, I., Martins, M., Silva, N., Preto, P., & Preto, L. (2019). Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. 117-126.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., . . . Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International Emergency Nursing*. pp. 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: a Guide for Health Care Professions*. John Hopkins Press.
- Caciano, K., Saavedra, J., Montei, E., Volpáti, N., Amaral, T., Sacramento, D., & Prada, P. (2020). Nursing interventions for neurocritical patients. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>
- Cerqueira, M. (2004). Luto na família cuidar dos que ficam. *Nursing*, (194), 28-30.

Chlan, L., Tracy, M., & Grossbach, I. (2011). Achieving quality patient-ventilator management: advancing evidence-based nursing care. *Critical Care Nurse*, 31(6), 46–51. <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/6/46.short>

Conselho Internacional de Enfermeiros – Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 205 p. ISBN 978-92-95094-35-2

Coutinho et al. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Medicina Intensiva. República Portuguesa.

Comissão De Reavaliação Da Rede Nacional De Emergência/Urgência. (10 de fevereiro de 2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Decreto de Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). Diário da República: I série, n.º 157. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Despacho Normativo n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 153. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho Normativo n.º 46/2005 de 19 de outubro. (2005). Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica. Diário da República, série I-B, n.º 201. <https://data.dre.pt/eli/lei/46/2005/08/29/p/dre/pt/html>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., . . . Brummel, N. E. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, mmobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. pp. 825-873.

Dia Mundial de Combate ao AVC. (29 de outubro de 2015). Consultado a 12 de março de 2022. <http://olhandonet.com.br/campanha-avc2015/sintomas.html>

Estilista, J. (2015). Analgesia, sedação e delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds). *Manual de medicina intensiva* (pp.61-69). Lidel.

Fazio, J. (2011). A Prática da Enfermagem de Urgência. In Howard, P. K. *Sheely Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática.* pp. 9-17. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação.* (2.^a ed.). Instituto Piaget.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* Springer Publishing Company.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões.* Asa Editores.

Lira, A.L.B.C., Araújo, W.M., Sousa, N.T.C., Frazão. C.M.F.Q & Medeiros A.B.A. (2012). Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13 (5): 1171-1181. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4131/3215>

Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica do Adulto: Abordagem ao Doente Crítico.* Lusociência.

Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas.* Lusodidacta.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida.* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. (2018). *N Engl J Med.*, 378(1):11-21.
- Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Norma n.º 007/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção Geral de Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/06/DGS-Norma-n.-07-2019.pdf>
- Norma n.º 021/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* (1.ª ed.). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Oliveira, L., Macedo, M., Silva, S., Oliveira, A., & Santos, V. (2019). Pain assessment in critical patients using the Behavioral Pain Scale. pp. 112-116.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Órgãos, C. E. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. Instituto Português de Sangue e Transplantação, IP.
- Pacheco, S. (2014). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva Ética*. Lusodidacta.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Formasau.

Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, Johnston KC, Johnston SC, Khalessi AA, Kidwell CS, Meschia JF, Ovbiagele B, Yavagal DR; American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015 Oct;46 (10):3020- 35.

Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Quarteto Editora

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: II série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Santo, F., & Porto, I. (2006). De Florence Nightingale Às Perspectivas Atuais Sobre O Cuidado De Enfermagem: A Evolução De Um Saber/Fazer. 539-46. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025>

Shinotsuka, C., & Salluh, J. (2013). Perceptions and practices regarding delirium, sedation and analgesia in critically ill patients: a narrative review. pp. 155-161.

Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249– 266. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19

Silva, W. (2013). Hemodynamic monitoring in critically ill patients. pp. 57-65.

- Smith-Blair, N. (2010) Cuidados Críticos. In F. D., Monahan,; J. k., Sands, M. Neighbors, J. M.,Marek, C. J. Gree, (Eds). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica- Perspectivas de Saúde e Doença* (8.^a ed.). (pp.195-207). Lusodidacta.
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). *Insuficiência Cardíaca Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. Recomendações de Bolso de 2021 da ESC*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6.pdf>
- Swearingen, P., & Keen, J. (2001). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. Lusociência.
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117– 121. doi:10.2147/IJGM.S28478
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a ed.). Lusociência.
- Triagem, G. P. (28 de março de 2022). *Grupo Português de Triagem*. Obtido de Grupo Português de Triagem: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M., Schellinger, P. D., Toni, D., de Vries, J., White, P., & Fiehler, J. (2019). European Stroke Organisation (ESO) – European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic Stroke Endorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). *European Stroke Journal*, 4(1), 6–12.
- Vaz, A., Campos, P. (2003). O impacto na família e o papel do enfermeiro. *Nursing*, (176), 23-26.

Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. Roca.

Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

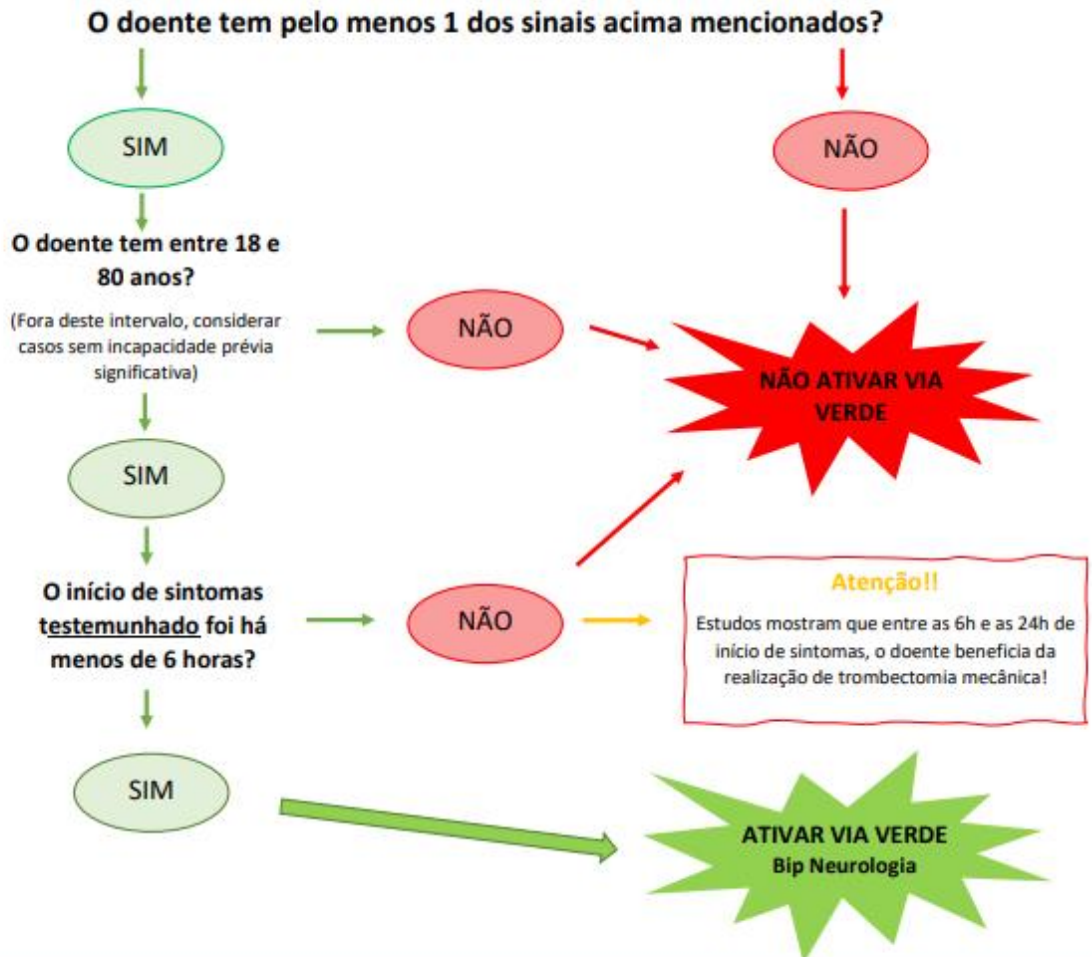
APÊNDICES

Apêndice 1: Boletim Informativo acerca dos sinais de ativação da VVAVC

CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE DO AVC

Graúdo, [redacted], G.; Madureira, M.

ESCALA DE CINCINNATI



Apêndice 2: Norma de Procedimento: Correção de Hipercalemia com Insulina Endovenosa



NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL – XXXX

Correção de Hipercalemia com Insulina Endovenosa

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Uniformizar a prática nas intervenções a desempenhar para a administração de insulina endovenosa na hipercalemia.
DESTINATÁRIOS	Equipa Médica; Equipa de Enfermagem
PALAVRAS-CHAVE	Hyperkalemia*, Dextrose, Blood Glucose, Insulin*, Hypoglycemia*

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	██████████; Maria Manuel Madureira; Mariana Graúdo	01/05/2022
Validação	[Identificar Comissão]	[Data de Validação]
Verificação SGQ/CQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	Conselho de Administração	
Divulgação	Comunicação Interna	
Versão	1	[Data de Revisão]

ABREVIATURAS

DM – Diabetes Mellitus

DRC – Doença Renal Crónica

EV – Endovenosa

LRA – Lesão Renal Aguda

CONCEITOS

A hipercaliemia está presente quando o valor de potássio sérico é superior a 5,0 mmol/L embora a espoliação deste ião com insulina endovenosa (EV), seja recomendada com valores séricos ≥ 6 mmol/L. É comum em doentes com Lesão Renal Aguda (LRA) ou Doença Renal Crónica (DRC) e pode ainda surgir frequentemente em pessoas com Diabetes Mellitus (DM), drepanocitose, doença hepática ou rabdomiólise. As suas manifestações passam por parestesias, vómitos, diarreia, depressão respiratória, arritmias e até mesmo paragem cardiorrespiratória. A presença de manifestações clínicas está associada a um aumento de hospitalização e mortalidade (Moussavi et al., 2019) & (Crnobrnja et al., 2020).

São inúmeras as opções de tratamento dirigido à hipercaliemia embora a insulina EV se apresente como o fármaco com início de ação mais rápido e efeitos hipocaliemicos visíveis. Este, ativa a bomba de sódio- potássio, promovendo a entrada de sódio no espaço intracelular, deslocando assim o potássio do espaço intracelular para o extracelular, diminuindo o valor sérico do mesmo. Os efeitos desta terapêutica sob a bomba de sódio – potássio iniciam após 15 minutos da sua administração.

O maior efeito adverso é o aparecimento de hipoglicémia (valor < 70 mg/dl), mas, estudos realizados apresentam soluções para a administração concomitante de insulina EV e dextrose nesta problemática.

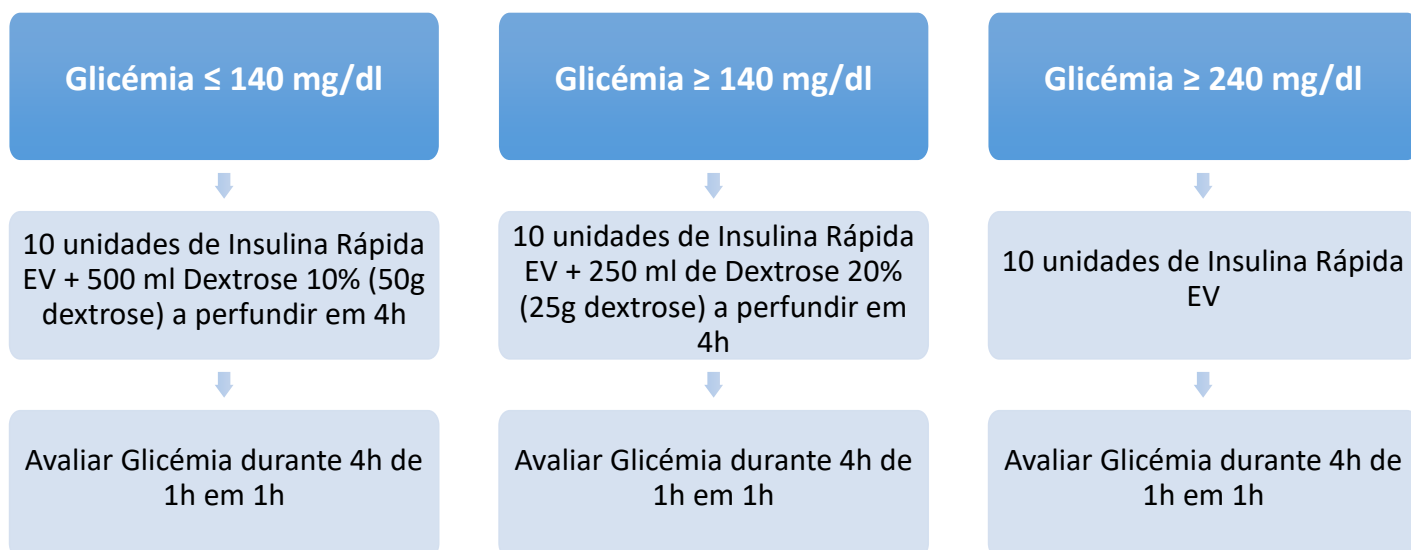
Farina & Anderson, (2018), no estudo realizado em doentes hipercaliemicos justificou que a administração de 10 unidades de insulina com 50 g de dextrose demonstrou benefício superior na manutenção da glicémia ao fim de 60 minutos, enquanto na administração das mesmas unidades de insulina com 25 g de dextrose a percentagem de doentes em estudo com hipoglicémia foi superior. Nas avaliações seguintes, a administração de uma dose mais alta de dextrose, como os 50 g, não colocou os doentes em risco de hiperglicemia prolongada.

Segundo Moussavi et al., (2019), a diminuição da dose de insulina com intuito de não provocar hipoglicémia não se justifica, pois, comprovou-se que a administração de 10 unidades revelou uma maior redução de potássio em comparação a 5 unidades ou 0,1 unidades/kg. Assim, a mudança para evitar a hipoglicémia, terá de ser realizada na dose e forma de administração de dextrose e não de insulina.

Dextrose administrada em bólus tem uma duração de ação de 1h, atingido o seu pico de concentração no sangue 40 minutos após administração, enquanto a insulina rápida tem um início de ação entre 30 minutos a 45 minutos, pico máximo entre 2h a 4h e duração de ação de 6h a 8h, fazendo com que o tempo de efeito da insulina se sobreponha ao da dextrose e leve ao surgimento de hipoglicémia. Moussavi et al., (2019) referem que o aumento da dose de dextrose e o aumento do tempo de infusão da mesma pode reduzir o risco de hipoglicémia por mais tempo.

Em doentes que apresentem glicémia capilar dentro ≤ 140 mg/dl antes do início da espoliação de potássio com insulina, devem ser administrados 50g de dextrose em perfusão, doentes com glicémia ≥ 140 mg/dl deverão ser administrados 25g de dextrose em perfusão, e glicémia ≥ 240 mg/dl não necessitam de administração de dextrose. Após início de espoliação de potássio, a avaliação de glicémia deve ser realizada de 1h em 1h, nas primeiras 4h a 6h a todos os doentes (Moussavi et al., 2019).

DESCRIÇÃO



- Se em qualquer avaliação da glicémia o doente apresentar valores < 70 mg/dl deve-se seguir o protocolo hospitalar para correção de hipoglicémia.
- Se não for impossível a administração de volume ao doente, ponderar a administração de 50g e 25g com utilização de Dextrose 30%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Crnobraja, L., Metlapalli, M., Jiang, C., Govinna, M., & Lim, A. K. (2020). The Association of Insulin-dextrose Treatment with Hypoglycemia in Patients with Hyperkalemia. *Scientific Reports*.

Farina, N., & Anderson, C. (2018). Impact of dextrose dose on hypoglycemia development following treatment of hyperkalemia. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 323-329.

Moussavi, K., Fitter, S., Gabrielson, S. W., Koyfman, A., & Long, B. (2019). Management of hyperkalemia with insulin and glucose: pearls for the emergency clinician. *The Journal of Emergency Medicine*, 36-42.

Apêndice 3: Poster exposto nas Jornadas Nacionais e Internacionais de Enfermagem da Católica: Necessidades Sentidas pela Família da Pessoa Internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

Uma Enfermagem a Criar Futuro no Presente

NECESSIDADES SENTIDAS PELA FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA EM UNIDADE DE CIDADOS INTENSIVOS

Grando, M. I.; Madureira, M.; Mingos, J.; Sousa, P.; Vêlo, F.

Trabalho de 1^o Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Modelos Cuidados na área de Enfermagem II, Foco em Saúde Cuidado Integral de Cuidados de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Professores Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Professores Assistente, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Introdução: O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) implica uma assistência contínua à pessoa em situação crítica, muitas vezes criando uma barreira no envolvimento da família. Perceber as necessidades sentidas pela família do doente a quem se presta cuidados, permite um olhar diferenciado sobre esta triade, possibilitando intervenções direcionadas (Quinlan & Parada, 2019).

Objetivo: Mapear na literatura científica as necessidades sentidas pela família da pessoa internada em unidade de cuidados intensivos.

Método: Foi elaborado uma scoping review segundo o método PCC do Joanna Briggs Institute, de forma a identificar as necessidades sentidas (contexto) pela família da pessoa internada (população) em unidade de cuidados intensivos (contexto). Foram selecionados artigos com disponibilidade de texto integral, escritos em português, inglês ou espanhol, publicados dentro de um horizonte temporal entre 2017 e 2022, de forma a procurar a mais recente evidência científica. Foram excluídos os artigos referentes a doenças em idade pediátrica. A pesquisa eletrónica foi levada a cabo pelas investigadoras no motor de busca EBSCO ao mês de abril de 2022, utilizando como descritores: "Family Needs", "Critical Patient", "Intensive Care Unit".

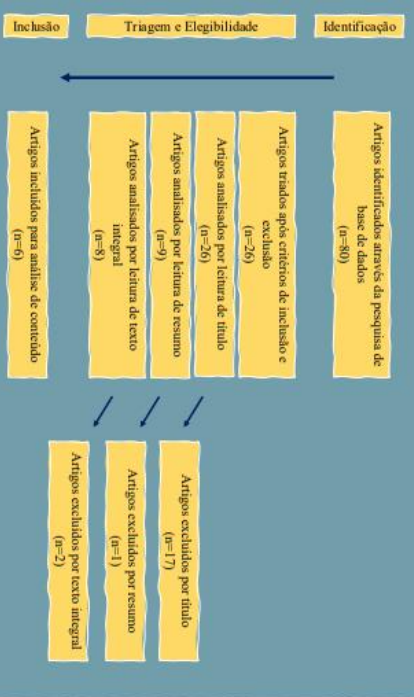


Figura I. Diagrama PRISMA de processo de seleção de artigos para análise de necessidades (Trz Jansen, Higgins, Hamman, 2018)

Resultados: Surgem 4 dimensões de análise das necessidades, entre elas: necessidade de informação, necessidade emocional e psicológica, necessidade espiritual e de proximidade com o familiar. Dentro de cada uma destas dimensões, existe uma subdimensão que nos permite categorizar mais precisamente as necessidades existentes. Assim, e relacionadas diretamente com as dimensões anteriores, surgem 8 dimensões de análise de intervenção para a situação existente.



Figura II. Apresentação das necessidades sentidas pela família da pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos e respectivas intervenções.

Conclusão: Necessidades como informação, apoio emocional e psicológico, assim como a necessidade de proximidade com o familiar, são as mais referidas pelas famílias nos estudos analisados. O conhecimento desta realidade, trouxe com ele algumas intervenções direcionadas à problemática que possibilitam minimizar a lacuna que as famílias sentem nas suas necessidades, ajudando-as a enfrentar a situação que presenciaram de uma forma mais tranquila ao longo de todo o internamento. Ajudar a família a identificar as suas necessidades e orientá-la na aprendizagem da situação, é fundamental no cuidado profissional.

Referências Bibliográficas

