



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:
Pessoa em Situação Crítica

O CONFORTO COMO CUIDADO ESPECIALIZADO

Por,
Bárbara Martins Correia

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:
Pessoa em Situação Crítica

O CONFORTO COMO CUIDADO ESPECIALIZADO

Por,

Bárbara Martins Correia

Sob a orientação da Sra. Prof.^a Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2022

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que sempre me apoiou ao longo da vida, que sempre me fez procurar forças onde elas não existiam, que sempre me ensinou a lutar. Obrigada por tudo! Sobretudo por seres a guerreira que és e nunca teres desistido.

À minha família por todo o apoio ao longo das várias etapas que fui ultrapassando, sem vocês não seria a menina, mulher, profissional que sou hoje.

Aos “meus miúdos” Rebeca e Gonçalo por fazerem da minha vida algo melhor e mais preenchido.

À Mónica que comigo iniciou esta etapa e a partilhou, obrigada pela força e por não me teres deixado desistir.

À Prof. Doutora Filipa Veludo que foi quem orientou o meu estágio, obrigada pela disponibilidade prestada ao longo deste percurso.

À Prof. Doutora Manuela Madureira, obrigada pelo “empurrãozinho” final.

Aos enfermeiros especialistas que orientaram os meus estágios, obrigada por todos os conhecimentos que partilharam comigo, pela vossa contribuição e ajuda para que me pudesse tornar enfermeira especialista.

Aos enfermeiros que cruzei nos diversos estágios, obrigada pela partilha e apoio nesta etapa.

Obrigada a todos aqueles que direta e indiretamente permitiram que esta etapa fosse concluída com sucesso.

Bem hajam !

Resumo

O presente trabalho constitui um relatório de estágio de mestrado, que culmina como sendo a última etapa do processo formativo do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Trata-se de um trabalho expositivo de carácter crítico e reflexivo sobre as experiências e aprendizagens adquiridas ao longo dos contextos de estágios, que propiciaram a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

As áreas onde foram desenvolvidos cuidados especializados em enfermagem durante o estágio foram uma unidade de cuidados intensivos cardíacos e uma viatura médica de emergência e reanimação.

O mestrando teve por premissa orientadora de todo o trabalho o fenómeno conforto, fenómeno que foi investigado e o cuidado confortador, implementado como estratégia promotora de conforto.

No estágio em viatura médica de emergência e reanimação contribuiu-se para a formação em serviço através da apresentação de uma formação sobre acessos venosos intraósseos.

Este relatório é assim a consolidação de um processo formativo de crescimento pessoal e profissional, que foi desenvolvido segundo a prática baseada na evidência, com primazia pelo saber ser, saber estar e saber fazer em enfermagem, no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família. Com vista à qualidade do cuidado, à segurança dos cuidados e à sua humanização, respeitando crenças, valores e princípios do utente e sua família alvo de cuidados.

Palavras-chave: Competências, Conforto; Cuidado; Família; Pessoa em situação Crítica.

Abstract

The present work constitutes a master's internship report, which culminates as the last stage of the training process of the Master in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation, from the Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal.

It is an expository work of a critical and reflective nature about the experiences and learning acquired throughout the internship contexts, that enabled the acquisition of specialist nurse skills.

The areas where specialized nursing care was developed during the internship were a cardiac intensive care unit and a medical emergency and resuscitation vehicle.

The master's student had as a guiding premise of all the work the comfort phenomenon, phenomenon that was investigated and comforting care, implemented as a comfort-promoting strategy.

During the internship in an emergency and resuscitation medical vehicle, it contributed to in-service training through the presentation of training on intraosseous venous accesses.

This report is thus the consolidation of a training process for personal and professional growth, which was developed according to evidence-based practice, with primacy for knowing how to be, knowing how to be and knowing how to do in nursing in the care of the person in critical situation and their family.

With a view to the quality of care, the safety of care and its humanization, respecting beliefs, values and principles of the user and their target family.

Keywords: Skills, Comfort; Watch out; Family; Critical person.

Lista de siglas

AEC – Alteração do Estado de Consciência
AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso
APA - American Psychological Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
CDI – Cardiodesfibriladores Implantáveis
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC – Cateter Venoso Central
CVP – Cateter Venoso Periférico
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
DRS – Delegação Regional do Sul
DV – Drenagem Vesical
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG – Eletrocardiograma
EO – Enfermeiro Orientador
EOT – Entubação Orotraqueal
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
FV – Fibrilhação Ventricular
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IC – Insuficiência Cardíaca
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IO – Intraósseo
J – Joules
OE – Ordem dos Enfermeiros
PC – Perda de Consciência
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PM – Pacemaker

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SV – Sinais Vitais

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

TV – Taquicardia Ventricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNICOR – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. SCOPING REVIEW	15
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1. MÓDULO I – ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS	31
2.2. MÓDULO II – ESTÁGIO EM VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	43
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	63
APÊNDICE I – Artigo Original - <i>Conceito de Conforto no Cuidado: Principle-Based Concept Analysis</i>	63
APÊNDICE II – Formação Apresentada À Equipa Da VMER.....	100
APÊNDICE III – Questionário Para Avaliação Da Formação Apresentada À Equipa Da VMER.....	123
APÊNDICE IV – Avaliação Da Formação Apresentada À Equipa Da VMER	126
APÊNDICE V – Certificado De Participação E Apresentação Do Poster Intitulado “Implicações Da Musicoterapia No Pós-Operatório Em Clientes Adultos E Idosos” Nas VIII Jornadas Nacionais De Enfermagem Da Católica e VI Jornadas Internacionais De Enfermagem Da Católica – Enfermagem Ao Serviço Do Bem Comum	130

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade da Scoping Review	19
Figura 1 - Mapa conceptual do conceito Conforto	25

INTRODUÇÃO

No âmbito da 12ª edição do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde [ICS] da Universidade Católica Portuguesa [UCP] de Lisboa, teve lugar a realização da última unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Esta unidade curricular teve como objetivo a realização de estágios em contextos de prática clínica, com vista a que o mestrando consolidasse competências de enfermeiro especialista que adquiriu ao longo do contexto teórico do mestrado.

O presente relatório tem como principal objetivo explicitar e dar a conhecer o percurso de desenvolvimento de aquisição de competências de enfermeiro especialista, bem como evidenciar os processos de desenvolvimento das mesmas.

Foi por vontade de expandir e alargar os seus conhecimentos que o mestrando decidiu abraçar esta nova etapa do seu percurso académico. Já com duas pós-graduações em enfermagem achou ser pertinente enveredar por um percurso formativo que lhe fosse conferir o grau de especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica. Dado que o mestrando trabalha em bloco operatório e sendo este local propício a que os utentes se encontrem em Situação Crítica, achou por bem aprofundar os seus conhecimentos de modo a estar mais apto para atuar e guiar a sua prática diária de acordo com a evidência e rigor que esta área de atuação assim o exige.

Segundo o ponto 3, do Artigo 4º. do Capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (Ministério da Saúde, 1996: 2960) “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Sendo o conforto um tema que o mestrando dá primazia, e sendo o mesmo de vasta importância no cuidar em enfermagem, achou por bem guiar o seu percurso de especialista dado ênfase a esta área de atuação. Kolcaba define conforto como “(...) a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três

tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos (...)” (Kolcaba, & Apóstolo, 2009, p.404). Segundo Kolcaba e Morse “(...) a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (...)” (Apóstolo, 2009, p.61)

Aliviar o sofrimento do doente para que este tenha um maior conforto, são os pressupostos do cuidado de enfermagem. Na prática de enfermagem também não devem ser descurados quatro princípios: o da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça. “(...) a equipa de enfermagem deve desenvolver habilidade de observação e diálogo, a fim de situar os problemas vivenciados pelo cliente dentro do seu contexto cultural e social.” (Rodrigues, 2009: 529)

No presente relatório inicialmente encontra-se apresentada a Scoping Review realizada e intitulada “*Conceito de Conforto no Cuidado: Principle-Based Concept Analysis*”, onde é apresentado o significado de conforto, e por onde foi guiada a prática clínica com vista à obtenção e desenvolvimento de competências especializadas nesta área de cuidado, dando sempre ênfase ao conceito de cuidado confortador. Seguindo-se o desenvolvimento de competências – onde são explicitadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio clínico e as competências adquiridas com as mesmas. Em jeito de conclusão será feita uma avaliação de todo este percurso, e a sua contribuição para o mestrando. Culminando com a apresentação em apêndices e anexos de tudo o que o mestrando desenvolveu durante este percurso.

Esta unidade curricular foi composta por 360 horas presenciais, em contextos de prática clínica. Sendo que o mestrando realizou uma experiência numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] e outra experiência num serviço de emergência pré-hospitalar, ficando cada área de estágio afeto com 180 horas, que decorreram sob a orientação tutorial da Prof^a Doutora Filipa Veludo.

A primeira parte do estágio foi realizada numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos [UNICOR] de um hospital de referência em cardiologia, da região metropolitana de Lisboa. Trata-se de um hospital que tem a distinção de ‘centro de referência de cardiologia e intervenção estrutural’.

A escolha deste local de estágio deparou-se com o facto de o mestrando no seu percurso de licenciatura já ter efetuado estágio clínico neste hospital, também num serviço de cardiologia. Local esse onde foi muito bem acolhida, onde desenvolveu muitas competências e adquiriu muitos conhecimentos nesta área, ficando sempre com um enorme apreço por este hospital, bem como por esta área de intervenção - cardiologia. Dado o seu interesse, o mestrando tinha como objetivos desenvolver, aprofundar e relembrar conhecimentos na área de cardiologia.

A segunda parte do estágio foi realizada numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER], que pertence a um hospital da área metropolitana de Lisboa.

A escolha deste local de estágio para integrar o estágio final do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica fez todo o sentido para o formando, dado que sempre fez parte do seu objetivo pessoal conhecer melhor o funcionamento e a dinâmica de uma VMER.

A VMER tem como objetivo atender a situações de emergência, nas quais a pessoa se encontra em situação crítica e a necessitar de cuidados diferenciados, sendo por isso um local onde os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica devem estar presentes. O âmbito de atuação enquanto enfermeiro especialista numa VMER é amplo, conseguindo assim o formando desenvolver todas as suas competências de especialista.

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do Estágio Final e Relatório, depreendendo-se como sendo a última etapa do processo formativo do Mestrado em Enfermagem, tornando-se um espaço propiciador e potencializador da esquematização das capacidades e habilidades desenvolvidas para a construção de competências enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Este trabalho será realizado em consonância com as regras de citação e de referência bibliográfica do Manual de Publicação da American Psychological Association [APA], relativamente a diferentes suportes de informação, apresentando no final a bibliografia consultada.

Algumas fontes bibliográficas foram propositadamente ocultadas de modo a assegurar o anonimato das instituições nas quais o mestrando realizou estágios clínicos, bem como para salvaguardar as situações nas quais esteve envolvido.

1. SCOPING REVIEW

Integrado nos objetivos do plano de estudos da presente formação e reafirmado como um domínio de competência do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem (OE, 2018a), a investigação e a comunicação de resultados da mesma é parte integrante do desenvolvimento do estudante, assim e na prossecução destas competências foi realizada uma Scoping Review, que se passa a apresentar:

Conceito de Conforto no Cuidado: Principle-Based Concept Analysis

Bárbara Correia¹, RN, Mónica João¹, RN, Lurdes Martins², RN, PhD, Filipa Veludo³, RN, MsEC, PhD

RESUMO

Objetivo: Definir o conceito de conforto enquanto estado.

Introdução: Considerando o conforto um pilar da *praxis* de enfermagem, e sendo este valorizado por quem sente, cuida e investiga, torna-se assim fundamental compreender o seu significado para a pessoa alvo de cuidado. Este estudo é uma atualização do estudo iniciado por Veludo (2018) e tem como principal objetivo responder à questão de investigação: **o que significa sentir conforto?**

Método: O presente estudo tem como método o principle-based concept analysis. **a) Scoping Review:** Amostra: 25 referências, selecionadas a partir de bases de dados eletrónicas. Critérios de inclusão: clientes, famílias, enfermeiros ou outros profissionais de saúde como participantes; artigos que abordem o conforto enquanto estado; estudos primários, secundários, teóricos e empíricos; publicações em português, castelhano e inglês. Critérios de exclusão: outros participantes, distantes do contexto do cuidado; artigos que abordem apenas o conforto enquanto processo; conforto em climas/culturas organizacionais, satisfação no emprego, liderança ou conforto termal. **b) Mapa conceptual:** Campos de análise – antecedentes; atributos; consequentes; **c) Análise de**

¹ RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

² RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Teologia e Ética da Saúde, PhD (Doutor em Enfermagem)

³ RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, MsEC (Mestre em Ciências da Educação), PhD (Doutor em Enfermagem Avançada)

conteúdo: a interpretação dos dados foi feita através da análise hermenêutica, aplicando cada unidade de significado apenas num campo de análise, de acordo com o seu valor semântico.

Resultados: O conforto é qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental [antecedentes]. É segurança; pertença; paz e plenitude; relaxamento; e normalidade de vida [atributos]. Ter conforto fortalece as pessoas; aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping); e proporciona uma morte serena [consequentes].

Conclusão: O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes).

Palavras-chave: Conforto; Análise Conceptual; Fenomenologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Considering comfort as a pillar of nursing praxis, and being valued by those who feel, care and investigate, it is therefore essential to understand its meaning for the person being cared for. This study is the succession of the study started by Veludo (2018) and its main objective is to answer the research question: **what does it mean to feel comfort?**

Objective: Define comfort concept as a state.

Materials and methods: The present study uses the principle-based concept analysis method. a) Scoping Review: Sample: 25 references, selected from electronic databases. Inclusion criteria: clients, families, nurses or other health professionals as participants;

articles that address comfort as a state; primary, secondary theoretical and empirical studies; publications in Portuguese, Spanish and English. Exclusion criteria: other participants, distant from the care context; articles that only address comfort as a process comfort in organizational climates / cultures, job satisfaction, leadership or thermal comfort. **b) Conceptual map**: Fields of analysis - background; attributes; consequent; **c) Content analysis**: the interpretation of the data was made through the hermeneutic analysis, applying each unit of meaning only in a field of analysis, according to its semantic value.

Results: Comfort is any experience that a person can live, the product of any physical, psycho-spiritual, socio-cultural or environmental interaction [background]. It is security; belonging; peace and fullness; relaxation; and normal life [attributes]. Having comfort strengthens people; increases your ability to deal with life's adversities (Resilience / Coping); and provides a serene death [consequent].

Conclusion: Comfort is a sensation that comes from any experience that the person may have, as a result of any physical, psycho-spiritual, socio-cultural or environmental interaction (background). It is characterized by a set of attributes that, when present in the person, give meaning to the feeling of comfort: Security; Self-realization; Belonging; Peace and Plenitude; Relaxation; and Normality of Life. The feeling of comfort strengthens people, increases their ability to deal with the adversities of life (Resilience / Coping) and provides a serene death [consequent].

Keywords: Comfort; Conceptual Analysis; Phenomenology; Nursing.

INTRODUÇÃO

Este artigo científico estuda um fenómeno de interesse para os mestrados, neste sentido e tendo em conta o trabalho já defendido por Veludo (2018) na sua Tese de Doutoramento, decidiu-se a sua atualização, sendo o fenómeno a estudar o Conforto, intitulado-se esta Scoping Review: “*Conceito de Conforto no Cuidado: Principle Based Concept Analysis*”. Realizou-se uma pesquisa de artigos sobre este fenómeno, para os

anos subsequentes aos analisados pelo investigador, ou seja, o período compreendido entre abril de 2016 e fevereiro de 2020.

Conforto tem origem da palavra latina *confortare*, que significa “*restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar*” (Apóstolo, 2009:62). O termo conforto tem acompanhado a Enfermagem ao longo dos anos, e foi com Florence Nightingale que surgiram as primeiras alusões, fazendo várias referências do mesmo na sua obra *Notas Sobre Enfermagem*. (Veludo, 2018).

Considerado como um conceito multidimensional a literatura não é unânime quanto ao seu significado, assumindo-se como um estado em que a pessoa se encontra (confortável); como uma necessidade sentida (necessidades de conforto); como uma intervenção do enfermeiro (cuidado confortador); ou mesmo como um resultado desejável, quer do cuidado humano, quer da Enfermagem enquanto disciplina. No entanto, qualquer que seja o significado assumido, a literatura converge num mesmo sentido: A importância do conforto no cuidado de enfermagem (Veludo, 2018).

Com base nos pressupostos acima mencionados, a pergunta norteadora para a investigação foi: **o que significa sentir conforto?** Trata-se de um conceito subjetivo que depende da opinião de quem investiga, de quem cuida e de quem é cuidado, o que o torna um fenómeno complexo, com necessidade de ser compreendido.

Este artigo pretende identificar os antecedentes, os atributos e os consequentes do estado de conforto, de forma a definir e reforçar o conceito. A análise metodológica desenvolveu-se em três fases de investigação: a realização de uma Scoping Review do fenómeno em estudo; a construção de um mapa conceptual; e a análise hermenêutica dos dados (análise de conteúdo), para integrar a evidência disponível na **definição do conforto enquanto estado**.

METODOLOGIA

A *Scoping Review* tem como principal objetivo fornecer uma visão geral da evidência científica existente, utilizando um mapa da evidência encontrada, por forma a responder à questão de partida de investigação.

A estrutura da Scoping Review passa por: identificar qual a questão de investigação; identificar os estudos relevantes; selecionar os estudos; juntar os dados; agrupar, resumir e reportar os resultados.

Para a realização desta *Scoping Review* teve-se como ponto de referência a tese de doutoramento intitulada “**Conforto Enquanto Sensação - Análise do Conceito**” (Veludo, 2018), definindo assim como título deste artigo “*Conceito de Conforto no Cuidar: Principle-Based Concept Analysis*”. Dando seguimento ao trabalho já realizado, decidiu-se proceder à análise de artigos subsequentes à pesquisa já efetuada, de forma a tornar cada vez mais sustentada a definição do fenómeno em estudo.

A definição do conceito de conforto no âmbito do cuidado humano contribui para a evolução do conhecimento e da própria disciplina de Enfermagem. Atendendo ao objetivo geral emergente da problemática em estudo – **Definir o conceito de conforto enquanto estado** – e como forma de o operacionalizar, definiu-se como objetivos específicos:

- ✓ Identificar os antecedentes do estado de conforto.
- ✓ Identificar os atributos do estado de conforto.
- ✓ Identificar os consequentes do estado de conforto.

Tendo em conta os objetivos delineados definiu-se como método do presente estudo, a análise conceptual (Penrod, J. & Hupcey, J.E., 2005).

O método do Principle-Based Concept Analysis é essencial para a compreensão do conceito, identificando as suas limitações atuais na literatura científica. Trata-se da integração do que é conhecido no estado da ciência e os seus resultados refletem o estado da ciência atual, relativamente ao conceito em estudo. (Penrod, J. & Hupcey, J.E., 2005).

É um estudo qualitativo, que se insere no paradigma construtivista e onde se utiliza um método de raciocínio dedutivo. O limite temporal definido para a pesquisa foi desde abril de 2016 até fevereiro de 2020, de artigos disponíveis em texto completo em português, inglês e castelhano.

Face ao fenómeno em estudo avaliou-se os descritores, submetendo-os na plataforma de consulta dos descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) e descritores mesh (<https://meshb-prev.nlm.nih.gov/#/fieldSearch>), no sentido de validar a sua utilização na comunidade científica. Apesar do descritor *comfort* não ser considerado como descritor em saúde, face ao fenómeno em estudo, decidiu-se incluí-lo.

Com vista à especificação da pesquisa direcionada para o cuidado de enfermagem, optou-se pela utilização dos descritores usados por Veludo (2018).

Como estratégia de pesquisa booleana operacionalizou-se a Scoping Review da seguinte forma:

- ✓ TI (Comfort*) AND AB (nurs* OR nursing diagnos*) NOT TI (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal) NOT SU (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal).

Como recursos utilizaram-se os seguintes motores de busca/bases de dados: EBSCO [ERIC, Regional Business News, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycARTICLES, PsycBOOKS, CINAHL Plus with Full Text, Nursing & Allied Health Collection, British Nursing Index, Cochrane Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Business Source Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, SPORTDiscus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Education Research Complete]; Biblioteca do Conhecimento Online [Elsevier - Science Direct (Freedom collection), SpringerLink (Springer/Kluwer), Wiley Online Library (Wiley)]; ISI – Web of Knowledge; Scopus; e RCAAP [Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal].

Após a pesquisa eletrónica iniciou-se o processo de seleção da amostra do estudo, tendo em consideração os critérios de elegibilidade definidos, que se apresentam na tabela 1.

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	Estudos em que os participantes sejam clientes, família, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.	Estudos em que os participantes sejam estudantes. Outros sujeitos em contextos diferentes do cuidado de enfermagem, enquanto participantes dos estudos.
Conceito	Antecedentes do estado de conforto. Atributos do estado de conforto. Consequentes do estado de conforto.	Conforto apenas enquanto intervenção (processo) – confortar.

Contexto	Cuidado de Enfermagem.	
Tipo de Estudo	Estudos primários, secundários, teóricos e empíricos. Publicações em inglês, castelhano e português.	

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade da Scoping Review

Após a definição dos critérios de elegibilidade da Scoping Review, foi realizada a pesquisa nos diferentes motores e bases de dados. Posteriormente, após leitura organizada e em profundidade, das 412 referências selecionadas, foram eliminadas 198 referências repetidas, reduzindo a amostra para 214 referências. Por leitura de título foram eliminadas 116 (n=93), por leitura de resumo foram eliminadas 45 (n=53) e por leitura do texto integral foram eliminados 28 referências, concluindo-se este processo com uma amostra final de 25 referências.

Para a esquematização dos resultados obtidos utilizou-se o instrumento de análise original (Veludo, 2018). Para além dos dados de caracterização da amostra (identificação das referências e características metodológicas), foram incluídos itens de avaliação concordantes com as questões de investigação, com a finalidade de avaliar semanticamente:

- ✓ Antecedentes – identificar os eventos que antecedem o estado de conforto; os acontecimentos que contribuem para que o estado de conforto esteja presente;
- ✓ Atributos – identificar as principais características do estado de conforto, características estas que, durante a leitura e análise dos textos, se conectam à sua essência;
- ✓ Consequentes – identificar os eventos que acontecem como resultado do estado de conforto, ou seja, as consequências que se verificam após se ter sentido conforto.

Mapa conceptual

O mapa conceptual é uma estrutura que serve para esquematizar o conhecimento, que emerge da literatura como forma de organização do pensamento, com o objetivo de guiar

a prática sobre determinado assunto. Serve para demonstrar as relações entre conceitos ou dados recolhidos de estudos científicos, empíricos, ou de interpretações da realidade (Veludo, 2018).

Assim, seguindo o trabalho iniciado por Veludo (2018), o preenchimento do mapa conceptual seguiu os princípios definidos originalmente pela autora:

- As áreas de preenchimento procuraram dar resposta às questões e objetivos da investigação;
- As asserções, retiradas do instrumento de recolha de dados, foram posicionadas no mapa conceptual tendo em conta o valor semântico de cada área de preenchimento, já explanadas anteriormente;
- Cada asserção foi apenas considerada em um campo de análise, ou seja, asserções com o mesmo valor semântico não puderam ocupar duas áreas distintas;
- Consoante o conteúdo do artigo em análise, houve a possibilidade de não ocupar algumas áreas de preenchimento, nomeadamente em artigos que não contemplavam as respostas a todas as questões de investigação.

As asserções ou unidades de significado foram extraídas na sua língua original, sem traduções, por forma a garantir a sua originalidade. Após a fase de preenchimento inicial, todos os dados foram revistos com vista à deteção de possíveis repetições nos campos de análise. As asserções repetidas foram analisadas em pormenor, para aferir o seu posicionamento, de acordo com o valor semântico. Algumas asserções foram reposicionadas, outras foram deixadas em duplicado de forma intencional, com o intuito de validar o valor semântico na análise de conteúdo.

Análise de conteúdo

De forma a sistematizar as ideias, frases e palavras, que emergiram da literatura foi utilizado o instrumento original já existente e realizada uma análise hermenêutica da amostra em estudo. O facto de o conforto se considerar de difícil definição fez com que se optasse por um tipo de pesquisa qualitativa, onde a interpretação do sentido que as palavras assumem (valor semântico) foi considerada uma mais-valia face à análise das próprias palavras, do ponto de vista linguístico. Neste sentido a análise de conteúdo foi o método mais apropriado para a realização deste estudo.

Na fase de preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizada uma nova leitura de cada referência, potencializando a proximidade das investigadoras principais com os documentos em análise. Para que se distribuísse as diversas asserções pelas respetivas categorias, já definidas no instrumento original, recorreu-se à análise semântica das mesmas. Algumas unidades de significado foram reposicionadas tendo em conta ao que pela análise hermenêutica pareceria mais coerente. Outras, pela especificidade da frase, e tendo em conta o valor semântico foram colocadas em duas categorias distintas. Para se fazer e de forma a manter a frase original, com o objetivo de não comprometer e seu sentido e a interpretação do significado, recorreu-se à utilização de parênteses retos ([]), com a finalidade de dar ênfase ao conteúdo não contemplado por estes.

A utilização do mapa conceptual permitiu analisar o conceito enquanto estado pois nele está contemplada a estruturação cognitiva das relações/diferenças entre antecedentes, atributos e consequentes. Tendo em conta que a validação do raciocínio científico intrínseco à análise dos dados foi realizada por dois investigadores, fez com que haja diminuição na subjetividade da interpretação dos mesmos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De forma a clarificar a interpretação dos resultados a apresentar torna-se importante a caracterização da amostra em estudo. Posto isto, apresenta-se a amostra em estudo pela análise da sua distribuição segundo:

- Ano de publicação;
- País de afiliação dos autores;
- Abordagem metodológica (tipo de estudo, desenho de investigação);

Caracterização da amostra segundo ano de publicação

As referências da amostra em estudo encontram-se compreendidas entre abril de 2016 até fevereiro de 2020, face à intencionalidade de atualizar o estudo de Veludo (2018). Pela análise dos artigos pode-se verificar que nos anos de 2017 e 2018 houve mais publicações, comparativamente aos outros anos.

Caracterização da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Analisando os artigos da amostra segundo o país de afiliação dos autores, pode-se comprovar que o interesse pelo fenómeno é transversal a diferentes culturas, reconhecendo o carácter holístico do conforto inerente à condição humana. Nos últimos anos pode-se verificar que o país com maior expressão neste fenómeno de estudo é o Brasil, seguindo-se de Portugal.

Caracterização da amostra segundo a sua abordagem metodológica

A amostra de estudo compreende estudos do tipo qualitativo, quantitativo, estudos de opinião/reflexão e estudos de método misto. Os estudos com maior predomínio são estudos de abordagem quantitativa, facto que se deve à elevada existência de diversos instrumentos de medida de conforto já validados. No entanto, embora exista esta diversidade de instrumentos a evidência demonstra que têm fraca qualidade psicométrica que se deve essencialmente há diminuição do rigor da seleção dos itens das referidas escalas. (Lorente, S.; Losilla, J. & Vives, J., 2018).

Os estudos com mais expressão seguidamente são estudos de abordagem mista, sendo que dois deles têm predomínio qualitativo. Na abordagem qualitativa tem-se quatro estudos analisados e artigos de opinião tem-se três analisados.

COMPONENTES CENTRAIS DO CONCEITO DE CONFORTO

Um fenómeno para ser compreendido tem de ser construído através da definição de conceitos, que se operacionaliza pela análise conceptual. Seguidamente apresentam-se os antecedentes, atributos e consequentes, que surgem da análise hermenêutica dos dados, significando: o que causa; o que é; e o que provoca.

Antecedentes

Os antecedentes emergem como causas, circunstâncias ou eventos que antecedem à ocorrência de conforto, ou seja, algo que dá conforto. A sua compreensão possibilita identificar quais os aspetos necessários para que o fenómeno aconteça, acontecimentos que permitem às pessoas sentir conforto. Pela análise hermenêutica dos dados considera-se como antecedentes de conforto:

- Conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental.

Atributos

Consideram-se atributos as características essenciais que diferenciam o fenômeno em estudo de outro fenômeno distinto. A procura dos atributos de um fenômeno permite clarificar a sua essência e ajuda a definir o conceito em si.

O conforto é assumido na literatura como um resultado sensível ao cuidado do enfermeiro, sendo que a especificação dos seus atributos (características essenciais) permite uma avaliação mais rigorosa de forma a direcionar o cuidado para as reais necessidades das pessoas. Da análise hermenêutica dos dados consideram-se como atributos de conforto:

- Conforto caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança, Realização do Eu, Pertença, Paz e Plenitude, Relaxamento, e Normalidade de Vida.

Consequentes

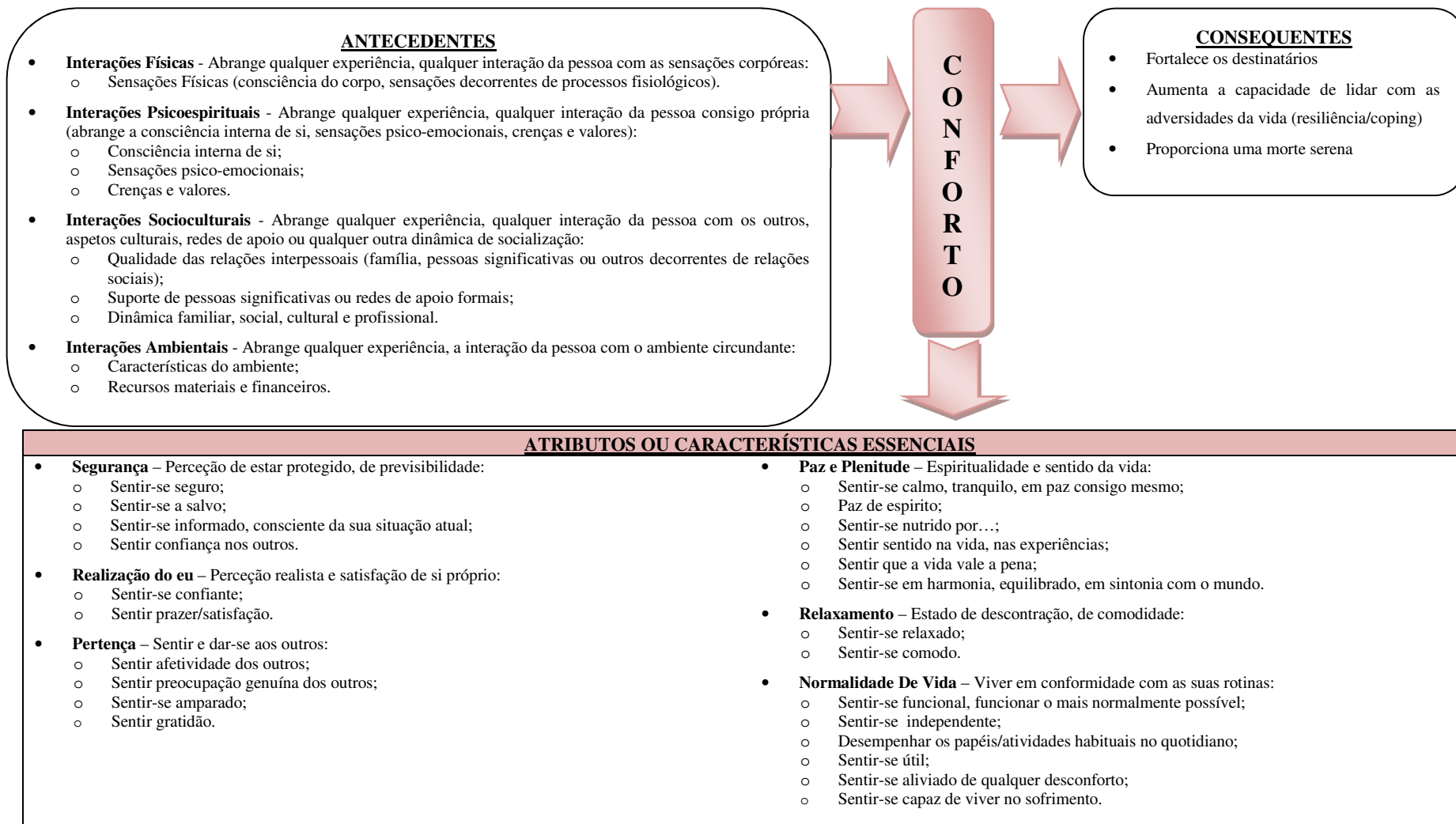
Os consequentes completam o ciclo do pensamento na compreensão do conceito. Entende-se por consequente a situação que surge ou resulta da presença de conforto na pessoa, ou seja, o resultado de sentir conforto. Decorrente da análise hermenêutica dos dados, consideram-se como consequentes de conforto:

- A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), e proporciona uma morte serena.

Mapa Conceptual

Seguidamente apresenta-se sistematizado o Mapa Conceptual onde se encontram os itens da análise documentados neste capítulo, que tem por objetivo facilitar ao leitor a sua compreensão (Figura 1).

Figura 1 - Mapa conceptual do conceito Conforto



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados pretende: avaliar a efetividade do método de investigação utilizado; atribuir significado aos resultados obtidos; assim como, prever a utilidade que o conhecimento poderá acrescentar no âmbito da complexidade das vivências das pessoas nos seus processos de vida e de saúde-doença (Veludo, 2018).

Antecedentes

De forma a identificar os antecedentes explanados na amostra em estudo foi essencial recorrer a frases como “o conforto resulta de (...)”, “(...) dá-me conforto”, “procurei conforto através de (...)” “fontes de conforto”. Estas frases ajudaram a direcionar o raciocínio de forma a mensurar a abrangência destas causas. Sendo que os antecedentes são considerados acontecimentos que contribuem para que o conforto seja sentido, torna-se notório que no valor semântico das referidas frases se consiga perceber quais os antecedentes do conceito.

Durante a realização da análise dos dados percebeu-se que perante as asserções encontradas, com este valor semântico, todas as vertentes do holismo estavam presentes. Denota-se que o conforto pode ser sentido em qualquer situação vivenciada pela pessoa nos diferentes contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental. Constituindo estes achados, elementos estruturais na definição dos antecedentes de conforto, considera-se como antecedente de conforto qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental que uma pessoa possa viver.

Tendo em conta a abrangência do conceito, a distinção entre o que seria antecedente ou do que seria atributo, tornou-se um aspeto complexo na análise dos dados. Contudo, e considerando o conforto uma sensação, foi utilizado um critério de diferenciação já existente na tese anteriormente citada: qualquer asserção cujo valor semântico expresse apenas o contexto em que o conforto é experienciado, sem o sentir implícito da pessoa, foi considerada como antecedente. Por outro lado, qualquer asserção cujo valor semântico já expresse que sentiu conforto, que a sensação já aconteceu, a forma como foi sentido, foi considerada atributo (Veludo, 2018).

Com base nos pressupostos acima mencionados, os antecedentes de Conforto estão divididos em quatro categorias sustentadas nas quatro dimensões do holismo.

Atributos

Na análise dos resultados o holismo emergiu nos antecedentes do conceito conforto, e novamente se eleva a questão: o que se pergunta às pessoas para perceber o significado do seu conforto? Antecedentes ou atributos? Significados decorrentes das experiências, das vivências ou significados decorrentes do que sentem, da sensação?

A procura dos atributos do conceito na amostra em estudo foi realizada nesta linha de raciocínio, procurando perceber os significados, as características essenciais atribuídas à sensação, ao que as pessoas sentem quando estão em conforto. Considera-se atributo o que é sentido pela pessoa, o que a pessoa diz sentir. Alguns estudos da amostra descrevem os resultados sob a forma de “sentires”, atribuindo-lhes assim significado de atributos do conceito aqui estudado. Com a análise destes “sentires”, percebe-se ao longo do processo de análise e englobando os diferentes resultados apresentados, que emergiram itens de análise mais globais que tiveram origem em estudos primários, ou seja, diretamente da opinião das pessoas que o sentem.

Em síntese, considera-se que o conforto se caracteriza por um conjunto de atributos que, em presença, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e, Normalidade de Vida.

Consequentes

Sequencialmente e para finalizar este processo cognitivo vai-se agora discutir os consequentes do conceito de conforto que emergiram dos resultados obtidos.

Os consequentes, ou seja, os resultados, passíveis de serem observados na pessoa que sentiu conforto, identificam-se de forma clara na literatura. Na sua origem etimológica, conforto deriva do latim *confortare* (fortalecer, conferir força).

O significado da palavra conforto vai para além do desconforto, ou seja, o conforto tem a ver com as necessidades que a pessoa sente, com o seu valor semântico e etimológico, fortalecer ou tornar forte é assim algo primordial em Enfermagem com vista a proporcionar conforto à pessoa cuidada, àquilo que esta entende como conforto.

Em síntese, considera-se que a sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), e proporciona uma morte serena.

No decorrer da análise do conteúdo das amostras em estudo não foram encontrados outros atributos, antecedentes ou consequentes em relação ao estudo original.

DEFINIÇÃO DO CONCEITO

O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes).

CONCLUSÃO

As investigadoras escolheram este fenómeno para estudar dado o seu interesse pessoal pelo mesmo, pois denotam ser de extrema importância para a sua *praxis* diária. Fazer com que alguém que seja alvo do seu cuidado sinta conforto, e possa ter o maior conforto possível perante a situação de processo saúde/doença, é algo de extremamente compensador e gratificante para a profissão de enfermagem. Sendo este essencialmente um dos pilares das suas atuações enquanto enfermeiras: proporcionar conforto.

Sendo este um fenómeno subjetivo e tendo diversas abrangências inerentes, tal facto pode tornar-se uma limitação, pelo que dificulta o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado à pessoa. Importa assim perceber que significado tem o **conforto** para a pessoa alvo de cuidado.

O método escolhido para a realização deste estudo foi o Principal-Based Concept Analysis, onde o processo de amostragem escolhido foi apenas no âmbito do cuidado em enfermagem, razão que pode levar a uma limitação no estudo. No entanto, tal fato permite definir e clarificar este fenómeno na área pretendida.

Após a realização desta Scoping Review as investigadoras concluíram que: O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes).

Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes). Os dados encontrados neste estudo são sobreponíveis com a tese defendida por Veludo (2018). Não tendo sido encontrados novos dados científicos que viessem alterar ou modificar a tese defendida por Veludo (2018).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A realização de estágios de prática clínica visa para além do desenvolvimento de competências técnicas, o crescimento pessoal que resulta em mudanças na forma de estar, atuar e agir na prestação de cuidados de saúde (Abreu, 2007).

A aquisição de competências especializadas passa também pela experiência vivida pelo mestrando, e pelo que o mesmo consegue retirar das diversas situações presenciadas ao longo do seu percurso pessoal, profissional e académico. Este crescimento pessoal e académico, só é possível através da reflexão de tudo o que é vivido, e esta reflexão servirá sempre de suporte às decisões que sejam necessárias tomar ao longo da prestação de cuidados (Deodato, 2004).

Deste modo, neste capítulo serão explicitadas as atividades desenvolvidas para concretizar os objetivos delineados ao longo dos estágios. As mesmas serão apresentadas pela ordem cronológica com que foram sucedendo, as competências adquiridas e desenvolvidas com as mesmas, bem como a reflexão inerente a todo este processo. Das variadas situações vividas em contexto de estágio clínico, o mestrando teve de escolher algumas de entre elas, por forma a conseguir objetivar o seu relatório.

2.1. MÓDULO I – ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio em unidade de cuidados intensivos cardíacos – UNICOR, decorreu de 06 de julho de 2020 a 14 de agosto de 2020. Esta unidade encontra-se sediada num hospital da área metropolitana de Lisboa, sendo um hospital de referência nesta área de atuação.

O hospital onde este serviço está integrado iniciou a sua atividade hospitalar na década de 80, com o objetivo de colmatar as carências de procedimentos altamente diferenciados de cardiologia e nefrologia que existiam à data. Foi pioneiro em Portugal na realização de tratamentos diferenciados na área da cardiologia, no transplante renal e transplante cardíaco.

A UNICOR é uma unidade de cuidados intensivos de Nível III que pertence ao serviço de internamento de Cardiologia (Ministério da Saúde, 2003). O serviço de Cardiologia é considerado como um serviço de excelência do hospital, pois engloba diversos procedimentos inovadores, com tecnologia avançada, quer para tratamento quer para

diagnóstico. É um serviço composto por duas alas de internamento, com disponibilidade de 24 unidades de internamento, e pela UNICOR que é composta por 6 unidades em sala ampla, mais 2 unidades numa sala isolada, chamada “Júnior”, que no momento da realização do estágio estava apenas afeta ao isolamento para utentes com Covid-19 ou até à realização de teste de pesquisa da doença.

A equipa é chefiada por uma Sra. Enfermeira, sendo a mesma auxiliada na coordenação por duas enfermeiras e é composta por 50 enfermeiros, que integram 6 equipas de enfermagem que trabalham por horário rotativo em colaboração com os assistentes operacionais. Existem no serviço 6 especialistas – 3 em enfermagem médico-cirúrgica, e os restantes 3 elementos são os que estão no grupo de chefia e coordenação. Fazem parte também da equipa multidisciplinar médicos especialistas em cardiologia (que se encontram em presença física 24h por dia na unidade), fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, se necessário médicos de outras especialidades colaboram na resolução de questões médicas quando solicitados.

A equipa afeta à UNICOR é uma equipa específica e diferenciada da equipa pertencente ao internamento de Cardiologia, para se assegurar o nível de qualificação e competência dos profissionais na prestação de cuidados a utentes internados em UCI. A distribuição do trabalho de enfermagem por turno baseia-se nas dotações seguras recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros [OE], sendo que na UNICOR existem por turno seis enfermeiros distribuídos, cumprindo assim a dotação recomendada pela OE (2014) de um enfermeiro para cada utente internado em UCI tipo III, por forma a alcançar a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Despacho n.º 8589/2018 do Diário da República).

O estágio nesta unidade hospitalar desenvolveu-se na UNICOR, onde as patologias e técnicas mais frequentes estavam relacionadas com falência cardíaca, tais como: Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], insuficiência cardíaca [IC] aguda ou crónica, insuficiência valvular aórtica, insuficiência ventricular, disritmias, valvuloplastias percutâneas, ablação de arritmia cardíaca, colocação de pacemaker [PM] definitivo ou provisório, realização de cateterismo cardíaco, vigilância e controlo fisiológico pós-paragem cardiorrespiratória [PCR].

Os utentes que necessitam de cuidados desta unidade são utentes que têm patologias cardíacas a necessitar de intervenção atempada para a resolução das mesmas. Sabendo de

antemão que o coração é um dos órgãos vitais, a sua instabilidade / descompensação leva a que os demais órgãos possam entrar rapidamente em falência, ficando assim o utente em situação crítica. Entende-se por situação crítica um utente que tem a sua vida ameaçada em consequência de um foco de instabilidade, que poderá levar a uma posterior falência multiorgânica, se este não for corrigido. O mestrando necessitou de realizar pesquisa bibliográfica relativamente aos processos de saúde/doença e às patologias mais frequentes na unidade, bem como quando surgiram dúvidas sobre determinados assuntos, para que pudesse prestar cuidados especializados mobilizando conhecimentos de habilidades múltiplas em tempo útil e de forma holística à pessoa em situação crítica e sua família.

A equipa de enfermagem nesta unidade adota o método individual de trabalho, ficando cada enfermeiro encarregue de prestar todos os cuidados necessários aos utentes que tem distribuídos, no entanto sempre em colaboração com a restante equipa (Schaag & Phipps, 2003; Hesbeen, 2001). O enfermeiro orientador [EO] deixou que o mestrando planeasse de forma autónoma as atividades de enfermagem para os utentes ao seu cuidado, identificasse diagnósticos de enfermagem direcionados à família/ pessoa significativa, e fundamentasse as ações com base nos conhecimentos adquiridos e na experiência profissional, conseguindo desta forma desenvolver uma metodologia eficaz para a assistência ao doente crítico.

Para iniciar a sua integração nesta unidade e na equipa multidisciplinar, o mestrando começou por consultar as normas, o guia de integração a novos profissionais, os protocolos e outros documentos existentes no serviço, para que compreendesse a dinâmica, organização e estrutura do mesmo. Sendo este um ponto de partida de forma a guiar a sua prática sempre de acordo com as orientações da instituição, não descurando o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua e autónoma.

Houve oportunidade de o mestrando passar uma manhã a acompanhar a enfermeira-chefe do serviço, para se inteirar das dinâmicas que o enfermeiro desenvolve enquanto enfermeiro gestor e coordenador, pois essa também é uma das áreas de competência de um especialista e mestre em enfermagem. Neste serviço é praticado um estilo de liderança participativa, em que há delegação de tarefas de chefia às enfermeiras coordenadoras e aos enfermeiros responsáveis de turno. Uma das tarefas desempenhadas pela enfermeira

chefe é participar na reunião diária com a equipa multidisciplinar, do centro hospitalar em que este hospital está integrado, para gestão das vagas existentes em Cardiologia. Na altura da realização do estágio, dado estar-se em situação de plena pandemia Covid-19, outra das funções era a atualização diária da lista de testes à Covid-19, pois os utentes necessitavam de ter teste realizado à Covid-19 com menos de cinco dias para que pudessem realizar os procedimentos que estavam agendados para o serviço de Hemodinâmica.

Outra função do enfermeiro chefe deste serviço era o preenchimento do inquérito diário de vigilância epidemiológica, bem como o preenchimento da base de dados onde são inseridos os dados de todos os utentes com procedimentos invasivos: cateteres venosos periféricos [CVP], cateteres venosos centrais [CVC], drenagens vesicais [DV], úlceras de pressão, e necessidade de ventilação.

Com a pandemia instalada mundialmente, houve necessidade de ajuste da prática diária sendo que, por exemplo, o sistema de classificação de utentes neste serviço ficou suspenso, o que levou a que o plano de distribuição diária de trabalho dos enfermeiros e auxiliares tivesse de ser reajustado. Cabe também ao enfermeiro chefe realizar a requisição de artigos de consumo clínico para o serviço, a elaboração do horário do pessoal que se encontra sobre a sua responsabilidade – enfermeiros e assistentes operacionais. Nunca descurando a comunicação em equipa, que é um pilar importante e privilegiado neste serviço para que haja uma relação de proximidade entre os demais trabalhadores, valorizado e dado a oportunidade para que a mesma se desenvolva.

Houve oportunidade de visitar o serviço de hemodinâmica por forma a visualizar os procedimentos aos quais eram submetidos os utentes que tratava, bem como perceber melhor o porquê de determinados cuidados inerentes pós-procedimento. Alguns dos procedimentos observados foram a colocação de PM definitivo, valvuloplastia aórtica por via percutânea, cateterismo cardíaco com angioplastia, cateterismo de reperfusão coronária com colocação de stent e ablação cardíaca por radiofrequência. Embora todos os pacientes intervencionados estivessem em situação crítica os procedimentos decorreram na sua maioria sem complicações, à exceção de um utente que entrou em ritmo de peri-paragem durante o procedimento e foram logo administrados os fármacos para reverter esse quadro com sucesso.

Pautando o seu desempenho em contexto clínico por sentido de responsabilidade e pela comunicação interpessoal, o mestrando deu especial ênfase ao conforto presente em toda a temática abordada ao longo deste trabalho e sendo ele a premissa orientadora de toda a prática especializada, delineou como **objetivo geral** deste estágio: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família.*

Para certificar as competências estudadas ao longo da componente teórica e por forma a conseguir colocá-las em prática na prestação de cuidados ao doente crítico, foi delineado como **objetivo específico**: *Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de unidade de cuidados intensivos cardíacos.*

Ao longo deste estágio houve oportunidade de o mestrando transportar algumas das suas práticas diárias e conhecimentos adquiridos em contexto de bloco operatório para a prática nesta unidade, nomeadamente houve uma situação em que o mesmo se deparou com o facto de ter de se proceder a uma extubação de um doente ventilado. Estando a atravessar uma fase de plena pandemia Covid-19, alguns dos colegas ainda não tinham tido a oportunidade de proceder a essa prática segundo as novas normas, adequadas a esta realidade. Dado que o trabalho diário do mestrando é em contexto de bloco operatório o mesmo procedia a essas técnicas regularmente, pelo que nessa situação em concreto nenhum dos enfermeiros presentes do serviço ainda a tinham efetuado. O mestrando prontificou-se a transmitir os seus conhecimentos à restante equipa e a apoiar o médico nesse ato, ficando os colegas do serviço a observar a ajuda dada pelo mestrando durante o procedimento. Foi assim capaz de “(...) aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...), em contextos alargados e multidisciplinares (...)” (Decreto-Lei nº 74/2006, Capítulo III, Artigo 15º), demonstrou conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitiram ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo de infeção, estabeleceu os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018) e geriu e interpretou informação proveniente da sua formação inicial, da experiência profissional e da sua formação pós-graduada (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2006).

O desenvolvimento de atividades realizadas em contexto de prestação de cuidados permitiu ao mestrando integrar a equipa multidisciplinar no cuidado, colaborar na prestação de cuidados de enfermagem, participar ativamente no processo inicial de estabilização da pessoa em situação crítica, através da prestação de cuidados especializados, da identificação de diagnósticos de enfermagem na pessoa em situação crítica, e da construção de raciocínio clínico partilhado para a decisão.

A comunicação constante com o EO sobre o plano de atuação e situações com as quais se deparava permitiu que o mestrando fundamentasse a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica, responsabilidades sociais e éticas inerentes (MCTES, 2006), bem como elaborasse planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de atuação (OE, 2018). Levando ao desenvolvimento de uma visão crítica sobre os cuidados de enfermagem, visando a melhoria contínua da qualidade, permitindo a reflexão analista sobre a prática dos cuidados ao doente em situação crítica.

O desenvolvimento de competências no âmbito da leitura de traçados cardíacos através dos conhecimentos adquiridos pela explicação do EO, quer pela pesquisa efetuada pelo mestrando, permitiu que este conseguisse adquirir competências para identificar prontamente focos de instabilidade, conseguindo responder de forma pronta e antecipatória a esses mesmos focos (OE, 2018). Ou seja, o mestrando através da análise do traçado cardíaco dos utentes internados na UNICOR (dado que estes estavam constantemente com os sinais vitais [SV] monitorizados), conseguiu antecipar e resolver focos de instabilidade, nomeadamente na antecipação de uma PCR ou de outras alterações de ritmo. Atuando assim através da implementação e administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018), pela administração de fármacos indicados para as situações que vivenciou, bem como da articulação com a equipa multidisciplinar durante a intervenção, permitindo assim a criação e manutenção de um ambiente seguro e incorporando nos cuidados de enfermagem do conjunto de boas práticas em prevenção e controlo de infeção.

Segundo Benner, P. (2001: 33-34) “As enfermeiras peritas aprendem, por exemplo, a reconhecer mudanças fisiológicas subtis. Podem reconhecer sinais de choque mesmo antes do aparecimento de alterações nos sinais vitais e podem deduzir a eventual

necessidade de iniciar uma reanimação, antes que o colapso vascular ou que alterações dramáticas se produzam.”

As UCI's “são ambientes destinados ao tratamento de pessoas em situação crítica, com potencial risco de morte, que necessitam de vigilância ininterrupta, caracterizados muitas vezes com um ambiente relacionado ao sofrimento e à morte”. (Castro (2016, p.19)).

Uma das situações que marcou profundamente o mestrando foi um utente internado que estava em situação paliativa, e dado toda esta contingência derivada à situação de pandemia não existiam visitas aos utentes internados. No entanto, aquando da reunião multidisciplinar o mestrando teve a oportunidade de participar e emitir a sua opinião, decidindo a equipa por deixar um familiar visitar diariamente o utente. Através do apoio, disponibilidade e compreensão demonstrados pelo mestrando para com esta família, foi adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde do mesmo, selecionando e utilizando de forma adequada, habilidades da relação de ajuda à família (OE, 2018), disponibilizando sempre o seu apoio e disponibilidade para com a situação familiar que estavam a vivenciar, tendo por base na comunicação com os mesmos a utilização do protocolo de Buckman (Buckman, 2005).

Em 1994 Buckman desenvolveu o protocolo de SPIKES, que é um protocolo destinado à transmissão de más notícias. Tem por base a sequência de um conjunto de etapas que o profissional de saúde deve seguir, para orientar a comunicação na transmissão de más notícias. Na qual a letra S significa Setting, etapa esta onde se deve preparar a reunião, gerir o ambiente para proporcionar privacidade, conforto, tranquilidade e disponibilidade; minimizar a possibilidade de interrupções; não devem existir barreiras entre o emissor e o recetor; manter o contacto visual; usar o toque adequadamente; demonstrar empatia e respeito. A letra P significa Perception, etapa onde se deve avaliar a perceção do doente e família em relação à situação; perceber a existência de situações de negação ou expectativas não realistas ao tratamento. A letra I significa Invitation, etapa onde se deve convidar para o diálogo, ou seja, o profissional deve inteirar-se sobre o desejo de informação, o doente/família devem ser questionados sobre o que desejam/querem saber. A letra K significa Knowledge, etapa onde se deve transmitir a informação, dar a entender ao doente/família que se avizinham más notícias e prepará-los, validando frequentemente a sua compreensão em relação ao que está a ser dito. A letra E significa Emotions, etapa onde se deve avaliar e reconhecer as emoções e reações do doente/família. A letra S

significa Strategy and Summary, etapa final em que se deve resumir e organizar estratégias e informações numa linguagem acessível, delineando um plano claro para o futuro (Buckman, 2005; Pereira, Fortes & Mendes, 2013).

Segundo Serpa e Raposo (2016, p.32) “(...) o enfermeiro deve reunir esforços para integrar a família da pessoa na equipa de saúde, para que, como em sua casa, a morte seja um acontecimento familiar, de forma a tornar a ajuda mais efetiva. (...) determinar se eles querem estar envolvidos (...) criar as condições físicas necessárias para que a família possa permanecer junto do seu familiar (...) como enfermeiros temos muito a “dar a ganhar” abrindo as “portas da morte”, e não renunciando ao apoio emocional e à relação humana com a família e com o doente em fase terminal, não permitindo que ele, qualquer que seja o seu estatuto social, a sua raça ou crença, morra sozinho e sem a assistência afetiva de que necessita”.

Num dos turnos em que o mestrando estava de serviço, ao se aproximar do utente em causa, deparou-se com o facto de o mesmo estar nos seus instantes finais de vida, e não sendo a hora da visita, ligou prontamente para os familiares que estariam nas imediações do hospital para se virem despedir do seu ente querido. Ao tomar esta iniciativa demonstrou conhecimentos sobre gestão da ansiedade e do medo vividos pela família (OE, 2018), pois o seu principal medo era não estar presente quando o seu ente querido partisse, e demonstrou conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto (OE, 2018), sendo que o facto de ser importante para a família estar presente no momento da partida do seu familiar e tendo-o conseguido fazer, seria algo importante e facilitador no processo de luto. Demonstrou também capacidade de identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com a família/pessoa significativa (OE, 2018), ao conseguir identificar o quão era importante para esta família estar presente junto do utente neste momento final.

Sendo o conforto ao familiar e utente a premissa orientadora de todo o trabalho desenvolvido pelo mestrando ao longo do seu processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a assistência aos demais familiares dos utentes internados na UNICOR não poderia ser descurada, e era feita telefonicamente pelo menos uma vez em cada turno (manhã ou tarde), tendo o mestrando através da comunicação do estado de saúde/doença do utente e da evolução do mesmo, demonstrando conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a

família/cuidador (OE, 2018), e a prestação de cuidados de enfermagem baseados na tomada de decisão estabelecida no conhecimento científico articulado com a ética e deontologia profissional, à pessoa em situação crítica e sua família. Nunca comprometendo a segurança e privacidade da pessoa (Araújo, 2007), agindo sempre segundo as normas legais e vontade do utente, adotando medidas para a segurança dos dados pessoais e confidencialidade.

“A enfermagem como ciência humana e do cuidar está sempre ameaçada e frágil. Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade.” (Watson, J., 2002: 55)

Como segundo objetivo específico delineado foi: ***Contribuir para a qualidade do cuidado no conforto ao doente crítico***. Para a execução deste objetivo o mestrando realizou a redação final do artigo de revisão (Apêndice I).

Estando o “Conforto Enquanto Sensação – Análise do Conceito” como tema central do trabalho de pesquisa bibliográfica realizado pelo mestrando, coube também tentar implementá-lo na sua prática de cuidado especializado.

Conforto é definido por Katherine Kolcaba (2009) como “a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos”.

Para o mestrando foi sempre importante dar primazia à comunicação estabelecida com o utente em cuidados intensivos, é um serviço onde sentem a sua integridade ameaçada pela sua condição de saúde/doença, estando desprovidos de todos os elementos que compõem a sua vida diária. É por isso importante conseguir identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrar conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, e demonstrar habilidades na implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2018).

Apóstolo (2009) citando Kolcaba e Morse diz que “a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção”.

Veludo, F. (2018) definiu que “O conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena e aumenta resultados institucionais de qualquer entidade de saúde (consequentes).”

A situação que para o mestrando neste estágio em UCI foi mais marcante no sentido de conseguir confortar o utente, trata-se de uma situação em que o mesmo foi admitido no serviço por EAM vindo helitransportado de Faro. Tratava-se de um senhor na volta dos 50 anos de idade que era proprietário de uma empresa e tinha algumas pessoas na sua alçada direta, situação que lhe estava a causar imenso stress, dado que estas dependiam dele para tudo. O facto de estar internado em UCI estava a gerar um enorme stress ao utente por ter sido uma situação inesperada que levou a esta transição no seu estado de saúde, situação que gerou mudanças no seio familiar e vida pessoal do mesmo, tendo estes que se adaptar à nova situação de doença. (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000)

Esta situação só foi aprofundada após toda a estabilização hemodinâmica do mesmo e instalação na unidade destinada, pois foi quando houve tempo para conversar com ele e perceber que transparecia alguma inquietação. Foram usadas estratégias confortadoras, como a escuta ativa, mostrar-se disponível para o utente, o toque, a empatia e compreensão (Ribeiro, P., Marques, R. & Ribeiro, M., 2017; Brás, S., Mendes, A., Marques, R. & Sousa, P., 2020). Fizeram-se sugestões no sentido de este se conseguir sentir mais confortável naquele ambiente para ele novo e constrangedor, demonstrando assim conhecimentos e habilidades em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, iniciando a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades na comunicação (OE, 2018).

Sempre que eram prestados cuidados dava-se primazia a manter a privacidade do mesmo, conseguir expor o menos possível o seu corpo, pois em cuidados intensivos a exposição é grande, dada a necessidade de atuação rápida em situação de emergência, e tendo-se denotado que o mesmo se sentia constrangido de estar naquela situação ao necessitar de ajuda para realização das atividades de vida diária [AVD], promovendo sempre práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Foi também verbalizado por este as saudades que tinha da sua filha que teria cerca de 5 anos e foi incentivado a utilizar as novas tecnologias no sentido de efetuar uma videochamada para que a pudesse ver, o mesmo assim que se sentiu confiante e confortável com o seu estado de saúde realizou-o. Até chamou o mestrando para que este viesse ver a criança e falou à mesma da enfermeira, pois tinha desenvolvido uma relação de cuidado, empatia e confiança com esta muito forte. Foi sugerido que pedisse à sua esposa para trazer uma fotografia da criança já que era um desejo seu, assim poderia colocá-la na mesa de apoio, conferindo um toque mais pessoal e seu àquele ‘pequeno’ espaço que lhe estava destinado, coisa que a mesma fez num dia que veio trazer alguns dos seus pertences pessoais ao hospital. A partir desse dia o utente sentiu-se mais confiante e mais reconfortado com a presença de algo que lhe fazia lembrar a sua casa e era importante para ele, ajudando assim a manter a motivação para todo o seu processo de cura e recuperação.

“(…) o processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige o desenvolvimento de capacidades e de competências e a aplicação deste saber em atuação concreta e visível, tendo como objetivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa considerado como confortador”. (Sousa 2014, p.19)

Houve sempre uma grande disponibilidade de escuta por parte do mestrando para com este utente e sempre dedicou muito tempo ao diálogo com o mesmo, quer sobre soluções para conseguir gerir melhor a sua ausência a nível profissional, quer sobre a sua situação de doença atual, mantendo sempre o foco na promoção da recuperação do utente, relembrando os cuidados a ter para prevenir complicações futuras, reconhecendo o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica e avaliando o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica (OE, 2018).

Com o objetivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados na UCI os enfermeiros sempre que existia oportunidade conversavam informalmente sobre situações clínicas nas quais tinham intercedido, implementando assim o método de *debriefing* (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015; Yarris, Jones, Kornegay, & Hansen, 2014; Morton *et al.*, 2019; Oliveira, 2018), por forma a conseguir tornar a equipa mais coesa, coordenada e organizada na atuação em situações de emergência. Com o objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados, com vista à prestação dos melhores cuidados possíveis baseados na evidência científica mais recente e atualizada. Este é um serviço que requer atualização constante dos novos procedimentos e técnicas, bem como cuidados inerentes aos mesmos.

Neste serviço o mestrando teve também a oportunidade de ver a implementação de um protocolo de terapêutica fibrinolítica intravenosa (tratamento feito no máximo até 4 horas e meia após o início dos sintomas) numa situação em que um utente que estava internado no serviço sofreu um acidente vascular cerebral [AVC] isquémico. Situação em que foi implementado o protocolo de Via Verde AVC. Mesmo o utente não estando aos cuidados diretos do mestrando este permaneceu no serviço para além da sua hora de turno, por forma a conseguir estar presente na implementação e resposta ao tratamento que nunca tinha implementado e observado, adquirindo novos conhecimentos e competências na implementação e gestão de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018).

Houve oportunidade de observar e prestar cuidados a utentes com cateteres E-Maquet, que se trata de um eletrocater venoso que serve para ligar o PM externo.

Dentro da área de eletrofisiologia do coração houve também oportunidade de observar os médicos cardiologistas na programação de PM definitivos, prestar cuidados a utentes portadores de cardiodisfibriladores implantáveis [CDI], e prestar cuidados a um utente portador de HeartMate3, que se trata de um sistema destinado ao suporte circulatório mecânico prolongado que é implantado no coração do utente, fornece assistência à função do ventrículo esquerdo, direito ou ambos, permitindo que o ventrículo com lesão bombeie o sangue, mas não substitui o coração.

2.2. MÓDULO II – ESTÁGIO EM VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O estágio em emergência pré-hospitalar – VMER, decorreu de 01 de setembro de 2020 a 27 de outubro de 2020. A VMER onde foi realizado este estágio encontra-se sediada num hospital da área metropolitana de Lisboa, tendo como área de intervenção a prestação de assistência médica extra-hospitalar a grandes zonas urbanas residenciais do distrito de Lisboa, bem como a algumas vias de circulação muito movimentadas desta cidade.

A equipa desta VMER é formada por 26 médicos e 15 Enfermeiros, tendo três coordenadores: geral, médico e de enfermagem. Funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, apresentando desde 2005 uma taxa de inoperacionalidade igual a zero (por falta de equipa completa), sendo uma das VMER mais operacionais da Delegação Regional Sul [DRS] do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM].

Consiste também num serviço de referência para a realização de estágios de formação a futuros operacionais de VMER (em parceria com o Centro de Formação de Lisboa do INEM), estágios de pós-graduação em emergência médica, estágios para estudantes de medicina e de enfermagem.

A VMER trata-se de um veículo de intervenção pré-hospitalar, que consiste no transporte de uma equipa médica rapidamente para o local onde se encontra o utente/vítima a necessitar de cuidados (SNS & INEM, 2017).

Os colaboradores da VMER trabalham por horário rotativo de três turnos – manhã, tarde e noite. Em cada turno estão presente um médico e um enfermeiro, dotados de equipamento para prestar Suporte Avançado de Vida [SAV] em contextos médico e traumatológico. Ambos dotados do curso de formação dada pelo INEM, na qual estão habilitados a prestar o mesmo tipo de cuidados, trabalhando em equipa e em articulação direta com os bombeiros presentes nas ocorrências. Das funções específicas do enfermeiro constam a condução da viatura médica, saber qual a rota para realizar até ao local da ocorrência, saber qual o material presente na viatura, bem como a sua localização na mesma, por forma a conseguir aceder a este com o mínimo de tempo possível. O médico tem como funções receber a ocorrência, os dados que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] tem a disponibilizar sobre a saída a realizar, e servir de apoio/auxílio ao enfermeiro no traçar da rota até ao itinerário de destino. A VMER atua assim em dependência direta do CODU, o facto de ter base hospitalar denota-lhe função

de extensão do serviço de urgência para a comunidade. O seu objetivo principal é a estabilização da vítima no pré-hospitalar, que é feito pela equipa médica (médico e enfermeiro) e demais bombeiros existentes no local da ocorrência. Se a situação da vítima o exigir, existe acompanhamento médico na ambulância durante o transporte da mesma, sendo que o enfermeiro tem como função conduzir a viatura médica; durante o transporte por agravamento do estado da vítima, se necessário há paragem de ambos os veículos (ambulância e viatura médica) e o enfermeiro presta cuidados à vítima, em articulação com médico e bombeiros.

À chegada ao local da ocorrência as funções do enfermeiro e médico complementam-se e articulam-se. Funções comuns são a identificação das condições de segurança, reunir material necessário para uma primeira abordagem à vítima (monitor e desfibrilhador para avaliação de SV, mala médica, e outro material que seja pertinente consoante a informação prévia fornecida pelo CODU sobre a ocorrência).

Após a verificação das condições de segurança, ou seja, se existem condições para que os profissionais possam socorrer a vítima no local onde esta se encontra avança-se para a primeira abordagem à vítima, se não existirem condições de segurança ou as condições existentes colocarem em causa a segurança dos profissionais, avalia-se a possibilidade de evacuar a vítima para um local onde se consigam prestar cuidados com segurança para todos. Seguidamente procede-se à avaliação da vítima segundo a **abordagem ABCDE** – o **A** corresponde à **via aérea**, **B** corresponde à **ventilação**, **C** corresponde à **circulação**, **D** corresponde ao **estado neurológico** e **E** corresponde à **exposição**. Seguindo esta mnemónica de avaliação conseguem-se identificar precocemente as situações potencialmente fatais para a vítima (cadeia de sobrevivência), de forma estruturada, para que se possa delinear um plano de atuação e socorro (INEM, 2017; INEM, 2019).

Como objetivo geral deste estágio foi definido: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família.*

Saviato & Leão (2016) defendem que o cuidado de enfermagem é um cuidado que privilegia a dimensão física pela execução de procedimentos técnicos. No entanto há que considerar o core da profissão, alcançando os aspetos emocionais e subjetivos para atingir

a transpessoalidade, através da comunicação e empatia, permitindo que a pessoa confie no profissional.

Como primeiro objetivo específico deste estágio foi definido: ***Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto extra-hospitalar.***

A prestação de cuidados em meio extra-hospitalar denota-se por uma diversidade de situações que podem ocorrer. Torna-se por isso pertinente que o enfermeiro de VMER esteja apto e seja detentor de competências de enfermeiro especialista em situação crítica para que possa atuar com a maior prontidão possível e com cuidados especializados ao doente crítico (OE, 2018).

Assim sendo, o mestrando fez pesquisa bibliográfica sobre os processos de saúde/doença mais frequentes, tais como: EAM, PCR, crises convulsivas, alterações do estado de consciência [AEC], dispneia, trauma, dor torácica, queimaduras e traumatismo crânio-encefálico [TCE]. Por forma a manter o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (MCTES, 2006), sempre em busca da prestação dos melhores cuidados especializados possíveis, adequados a cada situação clínica (OE, 2018).

Consultou as normas, protocolos e outros documentos que existiam no serviço, para compreender a dinâmica multidisciplinar e conseguir uma boa integração na mesma, com vista a demonstrar a sua capacidade de trabalhar em contexto multi e interdisciplinar (OE, 2018) de forma adequada.

Para que se conseguir fazer parte da prestação de cuidados às vítimas no extra-hospitalar integrado na equipa multidisciplinar era decisivo ser conhecedor de todo o material que a viatura médica tem, quais as suas finalidades, o conteúdo de cada mala médica (fármacos, dispositivos de via aérea, entre outros), e onde se encontravam as reservas em caso de acidente multi-vítimas. Para concretizar essa tarefa o mestrando pediu ao EO que lhe mostrasse todo o material pertencente à viatura médica. Nos tempos sem afluxo de urgências o mestrando aproveitava para mexer em todas as malas, lembrando o stock existente de cada componente, o lugar das coisas dentro da mala e viatura médica. Permitiu-se assim que, através das suas capacidades de memória visual, fosse capaz de identificar prontamente onde se encontravam determinados dispositivos em caso de necessidade.

Uma das situações que mais marcou o mestrando foi uma situação de trauma, com multivítimas, num acidente de viação, do qual resultaram três vítimas, sendo que a vítima que requeria maior cuidado de saúde foi uma vítima jovem, que seguia no lugar do passageiro num dos veículos implicados no acidente. Foi vítima de embate traseiro entre dois veículos ligeiros de passageiros, realizando assim uma triagem primária à chegada ao local e definindo prioridades de atuação (OE, 2018).

À chegada ao local do sinistro o mestrando avaliou as condições de segurança do mesmo, se existia ou não risco para a equipa, se havia algum risco relacionado com as viaturas (risco de incêndio, ou risco de mobilização dos veículos, condições de estabilização/segurança dos mesmos), salvaguardando as condições de segurança (OE, 2018). Após essa avaliação inicial dirigiu-se para junto da vítima que inspirava maior cuidado, que ainda se encontrava dentro de uma das viaturas implicadas. Recolheu informação relevante, seguindo a abordagem ABCDE, do estado da vítima, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à vítima e adequando a resposta em situação de trauma (OE, 2018; INEM, 2019).

A mesma encontrava-se consciente, orientada, sem compromisso da via aérea, referindo dor ligeira no hemitórax direito. A médica procedeu à auscultação da vítima, não tendo detetado crepitações, também não se verificaram enfisemas subcutâneos nem alterações no restante exame objetivo. Portanto conseguiu-se auferir que se poderia remover a vítima em condições de segurança e com o tempo necessário para o efeito, dado que se encontrava estável hemodinamicamente.

Articulou-se com a equipa de bombeiros a extração da vítima com recurso a colete de extração e procedeu-se à colocação de colar cervical rígido, dado o risco de lesão cervical, participando ativamente na prestação do cuidado especializado para a estabilização da pessoa em situação crítica, em contexto de emergência pré-hospitalar, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica e assegurando meios de evacuação e transporte integrando a equipa pluridisciplinar na organização dos recursos humanos, meios de técnicos de intervenção e materiais (OE, 2018; INEM, 2019). Durante o procedimento o mestrando esteve implicado no processo integrando a equipa multidisciplinar, ajudando quer no transporte quer no diálogo com a vítima. A equipa foi explicando à vítima os procedimentos, para que a mesma pudesse

colaborar dentro das suas possibilidades. Foi removida do veículo sinistrado e colocada em plano duro.

Já dentro da ambulância procedeu-se a nova avaliação da vítima, sendo que mantinha os mesmos sinais e sintomas referidos anteriormente, sem qualquer agravamento do estado de saúde, identificando diagnósticos de enfermagem na pessoa em situação crítica (OE, 2018). Nesse momento conseguiu-se detetar que a mesma apresentava alguma confusão temporal, não sabendo o que se tinha passado, tinha tido uma perda de consciência [PC] no momento exato do acidente e logo recuperada. Foi-lhe explicado o sucedido e a mesma demonstrou alguma preocupação com um filho menor, que não se lembrava se o mesmo estaria presente com ela na viatura. Foi assim capaz de identificar diagnósticos de enfermagem direcionados à família/ pessoa significativa (OE, 2018).

O mestrando recorreu junto do outro ocupante da viatura para auferir a situação, por forma a conseguir tranquilizar a vítima. Assim que obteve a informação dirigiu-se para junto da vítima e fez-lhe chegar a informação de que o seu filho menor não se encontrava no carro aquando do acidente, conseguindo assim tranquilizar um pouco mais a vítima, dentro de todo aquele contexto, demonstrou conhecimentos sobre gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e prestou um cuidado confortador especializado às necessidades da utente (OE, 2018). Tendo como premissa de cuidado a empatia e a capacidade de compreender os sentimentos da outra pessoa, baseando-se nos pilares cognitivos, comportamentais e afetivos, e demonstrando preocupação com o sofrimento da pessoa (Saviato & Leão, 2016).

A outra vítima que requeria alguma vigilância era o outro ocupante desta mesma viatura, que se encontrava bastante transtornado com o sucedido, apresentando alguns sinais de ansiedade e nervosismo com o sucedido. Junto desta vítima o mestrando teve oportunidade de proceder ao apoio psicológico, tentado acalmar a vítima dado a mesma evidenciar muita preocupação com o estado de saúde da outra vítima.

Inclusivamente o mesmo colocou-se em risco, tendo-se dirigido para junto da via que estava aberta à circulação automóvel e houve a oportunidade de o mestrando o encaminhar e pedir para que este se colocasse numa situação de maior segurança pessoal. Assistindo a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, através da identificação de

evidências emocionais de desconforto na pessoa em situação crítica e agindo em conformidade, demonstrando conhecimentos em gestão da ansiedade medos vividos pela pessoa em situação crítica (OE, 2018).

A terceira vítima apenas necessitava de cuidados de desinfecção a escoriações ligeiras que tinha na face e membro superior, pois não tinha mais nenhuma lesão aparente, incorporando nos cuidados de enfermagem um conjunto de boas práticas em prevenção e controlo de infeção (OE, 2018), aquando da desinfecção das feridas.

Nesta primeira ativação em situação de trauma através da prestação de cuidados, conseguiu realizar a construção de raciocínio clínico partilhado para a decisão quando participou ativamente na colocação de meios de estabilização da vítima de trauma, participando no processo inicial de estabilização da pessoa em situação crítica (OE, 2018; INEM, 2019). Foi capaz de identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com a família/pessoa significativa e prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família (OE, 2018).

No fim da ativação procedeu-se à habitual reunião de *debriefing* com o EO e médico, tendo oportunidade de refletir criticamente sobre a prática dos cuidados prestados com a equipa multidisciplinar, momento este pertinente para o desenvolvimento de uma visão crítica sobre os cuidados de enfermagem com vista à melhoria contínua da qualidade (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015; Yarris, Jones, Kornegay, & Hansen, 2014; Morton *et al.*, 2019; Oliveira, 2018). Através da reflexão de forma crítica sobre a prática dos cuidados ao doente em situação crítica o mestrando tem a oportunidade de fundamentar as suas ações com base nos conhecimentos adquiridos e na experiência profissional que detém, para que a prestação de cuidados de enfermagem sejam baseados na tomada de decisão estabelecida no conhecimento científico articulado com a ética profissional, à pessoa em situação crítica e sua família (MCTES, 2006; OE, 2018).

Campbell & Alson (2016) defendem que o trauma é a doença do século XX e pode ser classificada como uma epidemia. A abordagem da vítima traumatizada é um dos aspetos fundamentais dos cuidados de emergência, dado a frequência com que ocorre e as situações diversas e desafiantes que os profissionais encaram para assistir as vítimas (INEM, 2012).

A primeira situação de ativação da VMER para uma PCR que o mestrando experienciou, foi uma ativação para uma PCR num homem de 46 anos de idade presenciada pelo seu colega de casa, que contactou o 112 e iniciou de imediato suporte básico de vida [SBV].

À chegada ao local, dado se estar a viver uma situação de plena pandemia Covid-19 a equipa da VMER procedeu à colocação de equipamentos de proteção individual [EPI] antes da assistência à vítima, demonstrando assim cumprimento dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica e salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção (OE, 2018).

Quando se chegou junto da vítima identificaram-se as condições de segurança para prestação de auxílio, verificou-se que o colega de casa estava a realizar SBV indicando-lhe que poderia cessar, pois a partir daquele momento a equipa da VMER executaria os cuidados de saúde e auxílio necessários. A vítima estava inconsciente e começou por se monitorizar os SV, realizar um eletrocardiograma [ECG], que apresentou uma fibrilhação ventricular [FV] que é um ritmo desfibrilável com indicação para choque, procedeu-se então à administração de choque com 200J (Joules) e continuaram-se as manobras de SBV. O mestrando dado ser a primeira vez que presenciava uma situação de PCR com SAV ficou a apoiar o médico na parte da entubação orotraqueal [EOT], pelo facto de trabalhar em bloco operatório e estar familiarizada com a execução destes procedimentos diariamente, o que permitiu mobilizar conhecimentos provenientes da experiência profissional, criando e mantendo um ambiente seguro (MCTES, 2006; OE, 2018).

Enquanto os bombeiros que haviam já chegado ao local da ocorrência asseguravam a manutenção de manobras de SBV, o EO procedia à colocação de CVP para que se conseguissem administrar fármacos necessários. Ao fim daquele ciclo de manobras parou-se novamente para avaliar o ritmo cardíaco, o utente havia recuperado ritmo cardíaco compatível com pulso e a circulação espontânea.

Começaram então prestar-se os cuidados pós PCR quando o mesmo entra novamente em ritmo de paragem – taquicardia ventricular [TV] sem pulso, procede-se novamente à administração de novo choque e administração de terapêutica. Durante 40 minutos implementou-se o protocolo de SAV, seguindo sempre as recomendações para cada

ritmo, no entanto sem sucesso, utente acabou por entrar em assistolia. Pós PCR procedeu-se à execução de ECG que demonstrou EAM com supra ST extenso (INEM, 2019).

Através desta ocorrência o mestrando foi capaz de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, demonstrou conhecimentos e habilidades em SAV e monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados (OE, 2018).

Correia (2017, p.05) refere que a PCR de etiologia cardíaca, ocorrida fora do ambiente hospitalar, é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e mesmo após uma reanimação bem sucedida continua a ser responsável por uma elevada taxa de mortalidade e morbidade (INEM, 2017). Exigindo assim uma resposta pronta, imediata e eficiente para manter a cadeia de sobrevivência.

Na segunda ativação que o mestrando teve com PCR tratava-se de uma senhora de 76 anos de idade em que a paragem tinha sido presenciada pela filha e desde que ocorreu até que a VMER chegou ao local tinham apenas decorrido 4 minutos. À chegada ao local identificaram-se as condições de segurança e procedeu-se à avaliação da vítima segundo o protocolo ABCDE e com monitorização de SV, estava-se perante uma assistolia pelo que se iniciou de imediato SBV, ao fim do primeiro ciclo o ritmo passava a ritmo desfibrilável, pelo que se procedeu à administração do choque, mantendo posteriormente SBV até nova avaliação (INEM, 2019).

Desta feita o mestrando assumiu o papel de enfermeiro de VMER atuando segundo os protocolos e o EO ficou a prestar apoio ao mestrando, foi capaz de demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações (INEM, 2019; OE, 2018).

Nesta situação esteve-se em manobras de reanimação durante cerca de 30 minutos, implementando sempre o protocolo de SAV (INEM, 2019), atuando em consonância com os ritmos apresentados, até que a utente recuperou ritmo. Durante toda esta situação o mestrando participou ativamente na gestão e administração do protocolo terapêutico (OE, 2018), preparando e administrando os fármacos necessários, tendo sido ele a colocar um CVP, a proceder à administração de fluidoterapia e auxiliando o médico na colocação de tubo orotraqueal.

Segundo o INEM (2017) a correta aplicação dos procedimentos preconizados, possibilita a redução dos índices de morbidade e mortalidade associados à PCR, aumentando a sobrevivência da pessoa.

Durante a realização destas manobras de reanimação foi possível utilizar o LUCAS – sistema de compressão torácica facilitando assim a equipa, pois através deste dispositivo as compressões torácicas estavam asseguradas.

Iniciaram-se posteriormente os cuidados pós PCR dado serem essenciais e estarem diretamente correlacionados com a qualidade de vida pós PCR (INEM, 2017). Agilizou-se a transferência da utente para o hospital dado não existirem mais meios disponíveis ali para prestar os restantes cuidados inerentes à situação de doença da utente. Foi feito o transporte em ambulância com acompanhamento médico, o mestrando teve a oportunidade de acompanhar o médico no interior da ambulância com o utente. À chegada ao hospital a utente entra novamente em ritmo de peri-paragem, reiniciando-se as manobras de SBV com o LUCAS, a utente deu entrada na sala de reanimação em manobras de SBV.

À chegada à sala de reanimação o mestrando inicia o processo de transferência de informação relativa ao estado clínico da utente adotando o método ISBAR – Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações. Sabendo que a DGS (2017) recomendou a utilização deste método como meio de uniformização da comunicação por forma a diminuir a incidência de erros na transferência de informação aquando da transição de cuidados. Dado que as falhas na comunicação são as principais causas de eventos adversos na saúde e “ 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados”, são necessários conhecimento e competência para que se consiga uma comunicação eficaz em saúde. Ao utilizar esta metodologia de transferência de informação, o mestrando foi capaz de garantir a continuidade dos cuidados (OE, 2018).

Para se proceder a uma correta abordagem ao doente emergente é necessário uma atuação rápida por parte da equipa, observando atentamente o doente e definindo prioridades, por forma a antecipar possíveis complicações, mantendo a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Fazio, 2010).

Numa outra situação surgiu a ativação da VMER por dor torácica a um utente do género masculino com 56 anos que se encontrava no domicílio com início de desconforto torácico há cerca de 60 minutos acompanhado de síncope e vómito. À chegada ao local pode-se observar o utente com sinais de sudorese e palidez, pelo que se procedeu a avaliação dos SV e glicémia capilar, para despistar possíveis alterações glicémicas, e realizou-se ECG. No ECG foi possível observar traçado compatível com EAM com supra ST (INEM, 2019).

Segundo Holleran (2010, p.491) o “enfermeiro de urgência deve ter um elevado grau de suspeita de que o doente pode estar em risco de choque, se ele apresentar antecedentes relevantes ou um ou mais dos seguintes achados clínicos: hipotensão, taquicardia, estado mental alterado, preenchimento capilar lento, débito urinário reduzido, e pele e membros frios e pálidos”.

Por forma a prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade, o mestrando procedeu à colocação de CVP assegurando assim um acesso venoso para administração de terapêutica, Procedeu à administração da terapêutica de abordagem ao EAM, garantindo assim a administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018). Através da administração de terapêutica analgésica para a dor torácica demonstrou capacidade de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas à terapêutica instituída e garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (OE, 2018). Demonstrou que assegura a criação e manutenção de um ambiente seguro, de acordo com as orientações/normas/procedimentos (OE, 2018).

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2018: 19363).

O mestrando pautou todas as suas atuações pela correta gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2018), explicando sempre a utente tudo o que tinha de realizar (cuidados de saúde prestados) por forma a conseguir estabelecer a

relação terapêutica com o mesmo (OE, 2018), para que este conseguisse colaborar dentro das suas possibilidades. Após garantir a administração dos protocolos terapêuticos adequados à sua situação de doença o mestrando deu primazia à comunicação e esclarecimento de dúvidas que o utente tinha sobre a sua condição atual, para que o pudesse ajudar a na gestão da ansiedade e do medo vividos (OE, 2018). Demonstrou assim que comunica com o doente de forma eficaz, utilizando as técnicas estudadas, obtendo feedback positivo do doente e do EO (OE, 2018; Ribeiro, P., Marques, R. & Ribeiro, M., 2017).

Como segundo objetivo específico foi definido: ***Contribuir para a qualidade do cuidado no conforto ao doente crítico.***

Para conseguir atingir este objetivo, a principal atividade desenvolvida foi a redação final do artigo de revisão. No entanto o mestrando anteriormente teve a oportunidade de participar nas VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica e VI Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica – Enfermagem Ao Serviço Do Bem Comum, com a apresentação de um poster intitulado “Implicações da Musicoterapia no Pós-Operatório em Clientes Adultos e Idosos”. Demonstrando a sua capacidade de comunicar resultados de investigação para audiências especializadas (MCTES, 2006). No Apêndice V é possível ver o certificado de participação nas jornadas com a apresentação do poster.

Sempre que o mestrando esteve na prestação de cuidados a utentes pautou a sua prática pela prestação de cuidados confortadores dirigidos às necessidades do utente alvo de cuidados especializados.

“O cuidar implica numa relação de confiança pelo fato do cliente entregar o seu self, que se encontra fragilizado, nas mãos do cuidador.” (Rodrigues, T., 2009: 530)

É assim importante que o enfermeiro demonstre disponibilidade para ouvir o utente, habilidade para o escutar, falar com o mesmo, ter um atendimento humanizado global e continuado, com vista à obtenção de uma boa comunicação terapêutica com o mesmo.

Como terceiro objetivo específico foi definido: ***Contribuir para a qualidade do cuidado à pessoa com “Acesso Vascular Intraósseo”.***

Este objetivo foi definido após conversa com o EO e com a coordenadora médica sobre as necessidades que a VMER teria em aspeto de formação/atualização de conhecimentos.

Para a concretização deste objetivo procedeu-se à realização de uma revisão narrativa sobre este tema.

Encontrar um acesso venoso aos utentes em situação de emergência torna-se por vezes difícil, é necessário atuar com alguma rapidez e se houver dificuldade em obter um acesso venoso periférico, por estes não apresentarem condições, terá de se ponderar a pesquisa de outro tipo de acesso. A colocação de acessos venosos intraósseos [IO] ainda é de alguma forma, uma prática pouco recorrente, pelo que se achou por bem realizar um trabalho sobre esta temática.

Para a realização deste trabalho fez-se uma pesquisa em motores de busca e bases de dados – Ebsco e B-on – com o descritor “Intraosseous access” e colocou-se data a partir de 2015 inclusive. Foram selecionados artigos nos idiomas inglês, espanhol, francês e português, e que fossem “full text”. Obteve-se um total de 47 artigos, sendo que 14 artigos foram excluídos por leitura do resumo e do texto, ficando com um total de 33 artigos para analisar. Procedeu-se à análise dos mesmos para a realização do trabalho expositivo, que tinha como objetivos abordar o que é um acesso venoso IO, quais os tipos de dispositivos existentes, sua colocação e locais de inserção, indicações, contraindicações, complicações, terapêutica que se pode administrar e cuidados a ter com o mesmo.

A apresentação (Apêndice II) foi realizada em suporte digital, disponibilizada por e-mail e deixada no computador do serviço, por forma a que todos tivessem acesso, esta opção foi tomada em acordo com o EO e com a coordenadora da VMER, dado estar-se a atravessar um período de pandemia, para evitar aglomerados. Foi construído e distribuído um questionário de avaliação (Apêndice III) via e-mail, podem-se observar as respostas obtidas (Apêndice IV). A divulgação da formação foi realizada através do e-mail e do contacto direto com os colegas nas transições de turno, promovendo assim a formação em serviço e comunicando os resultados da investigação.

“A formação em contexto clínico envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde”. (Abreu, 2007: 213)

O mestrando realizou assim uma ação de formação para o serviço, atingiu pelo menos 50% dos colaboradores da VMER, deixou a formação disponível para os mesmos, e

destes 50% consideraram que a formação foi útil (Apêndice IV). Desenvolveu assim a competência de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e identificar necessidades formativas na área de especialização. Incorporou na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, bem como as outras evidências e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros profissionais (MCTES, 2006; OE, 2019; OE, 2018; UCP, 2020).

CONCLUSÃO

A realização desta tese de mestrado teve como finalidade explicitar o percurso do mestrando ao longo dos locais de estágio por onde passou, e as atividades que este desenvolveu para atingir as competências de enfermeiro especialista. Sendo que os locais de estágio foram os locais propícios à estruturação do seu caminho de aprendizagens que serviram para o orientar, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista, tendo por base o alcançar os objetivos por si traçados.

Benner, P. (2001: 38) diz que “Cada pessoa traz a sua própria história, o seu caminho intelectual e a sua vontade de aprender quando está perante uma situação clínica particular. As transições criadas por este conhecimento pessoal e as acções clínicas determinam, então, as acções e as decisões que se tomam. É por isso que uma disciplina clínica necessita de pessoas peritas para modelar essas transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica.”

Ao longo dos estágios o mestrando teve oportunidade de absorver imensas aprendizagens diferentes e diferenciadas, e com elas delinear o seu percurso para atingir as competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica: doente crítico. Tendo sido um processo de aprendizagem contínua de auto e hétero-construção, onde o mestrando teve a oportunidade de adquirir e aperfeiçoar as suas competências como enfermeiro especialista.

“O que eu sou como pessoa e enfermeiro que providencia cuidados, agora é e deverá estar ligado ao que eu serei por outro no futuro. A atualidade do cuidar e a sua forma modela o futuro e a ontologia do cuidar no tempo e no espaço.” (Watson, J., 2002: 55)

O mestrando tornou-se no enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica que é hoje, pelo contributo de todos aqueles que se cruzaram com este ao longo do seu percurso, pelas situações que viveu e experienciou nos estágios, quer pelas situações que já tinha vivido anteriormente e dotaram o seu saber ser, saber estar e saber fazer.

Enquadrando o atual paradigma da transformação na sua *praxis*, o caminho traçado foi um caminho em busca do cuidado confortador. Cuidado confortador é aquele que

proporciona ao utente sensações que por si são entendidas como sensações confortadoras, e sendo esta uma necessidade básica do ser humano, cabe ao enfermeiro especialista adotar medidas e estratégias para as satisfazer.

O mestrando deixa assim o seu contributo para o estudo do fenómeno conforto, através do trabalho de investigação realizado sob a forma de *Scoping Review* intitulado: “Conceito de Conforto no Cuidado: Principle-Based Concept Analysis”. No entanto é um fenómeno que ainda necessita de muita investigação, pois tem diversas áreas de intervenção na satisfação das necessidades de conforto sentidas pelo utente alvo de cuidados.

Nem todos os caminhos são fáceis e lineares, mas nem toda a vitória se consegue sem que hajam alguns obstáculos a ultrapassar. As principais limitações identificadas pelo mestrando ao longo deste percurso foram o facto de os estágios terem uma duração relativamente curta (180 horas), pelo que isso causou no mestrando receios de não ser capaz de atingir todos os objetivos por si traçados, dado achar que quando estaria integrado na equipa multidisciplinar e apto para a prestação de cuidados autónomos como enfermeiro especialista, teria de trocar de local de estágio. No entanto, ao longo do decorrer do tempo percebeu que o tempo necessário para a sua integração e o tempo de estágio eram suficientes para si, dado ter experiência prévia em situações de emergência. Outra limitação sentida foi a pandemia Covid-19 que condicionou e levou a novas adaptações na *praxis* diária de cuidados de saúde, sentia-se quer por parte dos utentes quer por parte dos profissionais um maior distanciamento e um maior receio em relação a toda esta nova condição de saúde. Muitos dos utentes sentiam receio dos profissionais de saúde, pois consideravam que estes poderiam ser um vetor de transmissão da doença. No entanto, para contornar essa limitação o mestrando procedia sempre à correta utilização de EPI's e à desinfeção adequada das mãos antes do contacto com os utentes, após o mesmo, bem como recorrentemente, para maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

Quanto às dificuldades sentidas pelo mestrando prendiam-se maioritariamente com dificuldades provocadas pela sua condição de limitação física, pois encontrava-se em situação de recuperação física pós cirurgia do foro traumatológico, o que por vezes causava uma maior dependência da ajuda dos colegas para mobilização dos utentes ou transporte de pesos, bem como a dor que este sentia que era incapacitante. Outra

dificuldade sentida foi a conciliação do estágio com o trabalho e com os problemas familiares pelos quais estava a ultrapassar. Várias foram as vezes que por todas as razões enunciadas anteriormente pensou em desistir, mas a sua capacidade de resiliência e superação fez com que conseguisse acabar todos os estágios clínicos propostos.

Pese embora o mestrando tenha a plena consciência de que se estes estágios se tivessem realizado noutra altura da sua vida toda a conjetura seria diferente, sabe perfeitamente que fez o melhor que estava ao seu alcance naquele momento. Tanto retirado o máximo de proveito que conseguiu nas situações com que se deparou, aperfeiçoando sempre as competências de enfermeiro especialista. Nunca descorando o foco da aprendizagem contínua e tendo como premissa o alcance da excelência técnica.

Sendo o mestrando uma pessoa que busca continuamente novos conhecimentos e atualizações, e sendo uma pessoa preocupada em prestar cuidados de enfermagem especializados e dirigidos para as necessidades dos utentes que cuida, decidiu enveredar nesta jornada que vê agora concluída. Foi difícil, mas mesmo assim repleta de coisas boas que o enriqueceram enquanto pessoa e enfermeiro especialista. E certamente que em breve retornará ao lugar onde se sente confortável: ao lugar onde se aprende.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência. II Série. N.º 9*. 61-67.
- Araújo, S. C. (2007). *Segurança na Circulação de Informação Clínica*. Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos do grau de Mestre em Redes e Serviços de Comunicação, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brás, S., Mendes, A., Marques, R. & Sousa, P. (2020). O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12 (Nº Especial), 111-112.
- Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The Spikes Strategy. *Community Oncology*. Vol.2. Nº2. 138-142.
- Campbell, J. E., & Alson, R. L. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (Vol. eighth edition). PEARSON.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15 (2), 41-59.
- Castro, C. (2016). *O Internamento numa UCI: a experiência vivida da pessoa em situação crítica*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Correia B. (2017). Síndrome Pós – Paragem Cárdio- Respiratória: Fisiopatologia, Tratamento e a Importância do Controlo da Temperatura. (Trabalho Final -

- Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30915/1/BrunoMNCorreia.pdf>
- Deodato, S. (2004). A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. *Ordem dos Enfermeiros*. 26-30.
- Diário da República. (6 de Setembro de 2018). Despacho n.º 8589/2018. 2ª Série - N.º 172.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2017). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acedido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (29 de Março de 2020a). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma n.º 007/2020.
- Fazio, J. (2010). A Prática da Enfermagem de Urgência. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. SHEEHY`S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. (6ª ed., Cap.5, pp. 39-50). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, 564-570.
- Hesbeen, W. (2001) – Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
- Holleran, R.S. (2010). Choque. In Howard, P.K., & Steinmann, R.A. SHEEHY`S Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. (6ª ed., Cap.32, pp.484-496). (L.C. Leal, Trad.) Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). Manual TAS - Emergências de Trauma.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto (2ª ed.). Departamento de Formação em Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida - Adulto (1ª ed.). Departamento de Formação em Emergência Médica.

Kolcaba, K. & Apóstolo, J. L. A. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 0, N. 0*.

Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. N. (2015) Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*. 36 (5), 292-293. Acedido em https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=3350601&Journal_ID=3332683&Issue_ID=3350571

Ministério Da Ciência, Tecnologia E Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. *Diário Da República*, I Série-A, nº 60, 2242-2257.

Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*, I Série-A, nº 205, 2959-2962.

Ministério da Saúde [MS] (2003). Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Morton, S. B., Powers, K., Jordan, K., & Hatley, A. (2019). The Effect of High-Fidelity simulation on medical - surgical nurses mock cod performance and self-confidence. *MEDSURG Nursing*, 28 (3), 177-182. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=137042885&lang=ptbr&sitr=ehost-live>

- Oliveira, I.C. (2018). *Avaliação da simulação realista como intervenção educativa para capacitação de enfermeiros em ressuscitação cardiopulmonar*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de S. Carlos, Brazil. Acedido em <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9779>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoes_seguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros [OE] (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. Regulamento 429/2018, *Diário da República*, 2.^a série, N.º 135, 19359-19370. Acedido a 12 de julho de 2020 em <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Parecer nº15/2018 – funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

- Ordem dos enfermeiros [OE] (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2ª série, N.º 26, 4744-4750.
- Ordem dos Médicos [OM], & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F.L., Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 7,1, 227-35. Acedido em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10226>.
- Ribeiro, P.C.P.S.V., Marques, R.M.D. & Ribeiro, M.P. (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>.
- Rodrigues, T. & Botti, N. (2009). Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, Vol.22. 528-530. SciELO Brazil [Scientific Electronic Library Online].
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (Jan-Mar de 2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery*, 198-202.
- Schaag H., & Phipps, W.J. (2003). Perspectivas para a Prática da Enfermagem Junto de Doentes Adultos. In Phipps, W.J., Sands, J.K., & Marek, J.F. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6ªed., Vol.1, Cap.1, pp.1-18). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7
- Serpa C. e Raposo S. (2016) Entrar vivo na morte reflexão Ética acerca do papel do enfermeiro junto do doente terminal e sua família. *Revista Sinais Vitais, a enfermagem em revista*. 24, 29-33. Acedido em <https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV124.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] & Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2017). *O que é uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)?*.

Acedido em <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao-vmer/>

Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26.

Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%Aancias%20de%20enfermagem.pdf>

Sousa, P. P. (2014). O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado.

Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0440-9.

Universidade Católica Portuguesa [UCP] (2020). Ficha da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório.

Universidade Católica Portuguesa [UCP] (2020). Instrumento de Avaliação do Estágio Final e Relatório. Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica.

Veludo, F. (2018). *Conforto Enquanto Sensação – Análise do Conceito*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*.

Loures: Lusociência.

Yarris, L.M., Jones, D., Kornegay, J. G., & Hansen, M. (2014). The Milestones Passport: A Learner-Centered Application of the Milestone Framework to Prompt Real-Time Feedback in the Emergency Department. *The Journal of Graduate Medical Education*. *Revista de pós-graduação em medicina*, 6 (3), 555-560. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00409.1>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo Original - *Conceito de Conforto no Cuidado:*
Principle-Based Concept Analysis



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CONCEITO DE CONFORTO NO CUIDADO: PRINCIPLE-BASED CONCEPT
ANALYSIS**

Por

Bárbara Martins Correia
Mónica Raquel Rodrigues João

Conceito de Conforto no Cuidado: Principle-Based Concept Analysis

Bárbara Correia¹, RN, Mónica João¹, RN, Lurdes Martins², RN, PhD Filipa Veludo³, RN, MsEC, PhD

RESUMO

Objetivo: Definir o conceito de conforto enquanto estado.

Introdução: Considerando o conforto um pilar da *praxis* de enfermagem, e sendo este valorizado por quem sente, cuida e investiga, torna-se assim fundamental compreender o seu significado para a pessoa alvo de cuidado. Este estudo é uma atualização do estudo iniciado por Veludo (2018) e tem como principal objetivo responder à questão de investigação: **o que significa sentir conforto?**

Método: O presente estudo tem como método o principle-based concept analysis. a) Scoping Review: Amostra: 25 referências, selecionadas a partir de bases de dados eletrónicas. Critérios de inclusão: clientes, famílias, enfermeiros ou outros profissionais de saúde como participantes; artigos que abordem o conforto enquanto estado; estudos primários, secundários, teóricos e empíricos; publicações em português, castelhano e inglês. Critérios de exclusão: outros participantes, distantes do contexto do cuidado; artigos que abordem apenas o conforto enquanto processo; conforto em climas/culturas organizacionais, satisfação no emprego, liderança ou conforto termal. b) Mapa conceptual: Campos de análise – antecedentes; atributos; consequentes; c) Análise de conteúdo: a interpretação dos dados foi feita através da análise hermenêutica, aplicando cada unidade de significado apenas num campo de análise, de acordo com o seu valor semântico.

Resultados: O conforto é qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental [antecedentes]. É segurança; pertença; paz e plenitude; relaxamento; e normalidade de vida [atributos]. Ter

¹ RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

² RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Teologia e Ética da Saúde, PhD (Doutor em Enfermagem)

³ RN (Registered Nurse), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, MsEC (Mestre em Ciências da Educação), PhD (Doutor em Enfermagem Avançada)

conforto fortalece as pessoas; aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping); e proporciona uma morte serena [consequentes].

Conclusão: O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes).

Palavras-chave: Conforto; Análise Conceptual; Fenomenologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Considering comfort as a pillar of nursing praxis, and being valued by those who feel, care and investigate, it is therefore essential to understand its meaning for the person being cared for. This study is the succession of the study started by Veludo (2018) and its main objective is to answer the research question: **what does it mean to feel comfort?**

Objective: Define comfort concept as a state.

Materials and methods: The present study uses the principle-based concept analysis method. **a) Scoping Review:** Sample: 25 references, selected from electronic databases. Inclusion criteria: clients, families, nurses or other health professionals as participants; articles that address comfort as a state; primary, secondary theoretical and empirical studies; publications in Portuguese, Spanish and English. Exclusion criteria: other participants, distant from the care context; articles that only address comfort as a process comfort in organizational climates / cultures, job satisfaction, leadership or thermal comfort. **b) Conceptual map:** Fields of analysis - background; attributes; consequent; **c) Content analysis:** the interpretation of the data was made through the hermeneutic analysis, applying each unit of meaning only in a field of analysis, according to its semantic value.

Results: Comfort is any experience that a person can live, the product of any physical, psycho-spiritual, socio-cultural or environmental interaction [background]. It is security; belonging; peace and fullness; relaxation; and normal life [attributes]. Having comfort strengthens people; increases your ability to deal with life's adversities (Resilience / Coping); and provides a serene death [consequent].

Conclusion: Comfort is a sensation that comes from any experience that the person may have, as a result of any physical, psycho-spiritual, socio-cultural or environmental interaction (background). It is characterized by a set of attributes that, when present in the person, give meaning to the feeling of comfort: Security; Self-realization; Belonging; Peace and Plenitude; Relaxation; and Normality of Life. The feeling of comfort strengthens people, increases their ability to deal with the adversities of life (Resilience / Coping) and provides a serene death [consequent].

Keywords: Comfort; Conceptual Analysis; Phenomenology; Nursing.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “ Estágio Final e Relatório”, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde [ICS] da Universidade Católica Portuguesa [UCP] de Lisboa, foi proposta a realização de um artigo científico com fenómeno de interesse para o estudante.

Neste sentido, e tendo em conta o trabalho já realizado pela Professora Doutora Filipa Veludo em Tese de Doutoramento decidiu-se a sua atualização, sendo o fenómeno a estudar o Conforto, intitulando-se esta Scoping Review: “*Conceito de Conforto no Cuidado: Principle Based Concept Analysis*”. O desafio que se propôs foi realizar uma pesquisa de artigos sobre este fenómeno, para os anos subsequentes aos analisados pelo investigador, ou seja, o período compreendido entre abril de 2016 e fevereiro de 2020.

O conforto é empregue diariamente nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem habitual dos enfermeiros (Apóstolo, 2009).

Conforto tem origem da palavra latina *confortare*, que significa “*restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar*” (Apóstolo, 2009:62). O

termo conforto tem acompanhado a Enfermagem ao longo dos anos, e foi com Florence Nightingale que surgiram as primeiras alusões, fazendo várias referências do mesmo na sua obra *Notas Sobre Enfermagem*. Nessa época o aumento da saúde e conforto estavam associados a uma prática de enfermagem eficaz (Veludo, 2018). Atualmente, a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento do cuidado de enfermagem e está vinculado à origem da mesma (Apóstolo, 2009).

São vários os autores que defendem a perspectiva de que o conforto é uma experiência subjetiva, noção que emerge vinculada à individualidade/subjetividade de cada pessoa (Sousa, 2014).

Considerado como um conceito multidimensional a literatura não é unânime quanto ao seu significado, assumindo-se como um estado em que a pessoa se encontra (confortável); como uma necessidade sentida (necessidades de conforto); como uma intervenção do enfermeiro (cuidado confortador); ou mesmo como um resultado desejável, quer do cuidado humano, quer da Enfermagem enquanto disciplina. No entanto, qualquer que seja o significado assumido, a literatura converge num mesmo sentido: A importância do conforto no cuidado de enfermagem (Veludo, 2018).

Sentir conforto constitui uma necessidade básica da pessoa humana e cabe ao enfermeiro estudar o seu conceito e direcionar o cuidado para essas reais necessidades (Veludo, 2018).

Com base nos pressupostos acima mencionados, a pergunta norteadora para a investigação foi: **o que significa sentir conforto?** Trata-se de um conceito subjetivo que depende da opinião de quem investiga, de quem cuida e de quem é cuidado, o que o torna um fenómeno complexo, com necessidade de ser compreendido.

Este artigo pretende assim identificar os antecedentes, os atributos e os consequentes do estado de conforto. De forma a definir e reforçar o conceito.

A análise metodológica desenvolveu-se em três fases de investigação: Iniciou-se com a Scoping Review do fenómeno em estudo, sistematizando os diversos referenciais disponíveis; continuou-se com a construção de um mapa conceptual, onde se objetiva a esquematização das relações entre os dados ou conceitos encontrados nas referências; e finalizou-se com a análise hermenêutica dos dados (análise de conteúdo), para integrar a evidência disponível na **definição do conforto enquanto estado**.

O presente documento foi redigido segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, em consonância com as regras de citação e de referência bibliográfica do Manual de Publicação da American Psychological Association [APA], relativamente a diferentes suportes de informação, apresentando no final a bibliografia consultada.

METODOLOGIA

A Scoping Review tem como principal objetivo fornecer uma visão geral da evidência científica existente, utilizando um mapa da evidência encontrada, por forma a responder à questão de partida de investigação.

As Scoping Reviews são usadas para mapear e identificar os conceitos-chave que sustentam o fenómeno em estudo. Todas as Scoping Reviews iniciam-se com o desenvolvimento de um protocolo, que é fundamental para definir os objetivos e os métodos da revisão.

A estrutura da Scoping Review passa por: identificar qual a questão de investigação; identificar os estudos relevantes; selecionar os estudos; juntar os dados; agrupar, resumir e reportar os resultados.

Para a realização desta *Scoping Review* teve-se como ponto de referência a tese de doutoramento intitulada “**Conforto Enquanto Sensação - Análise do Conceito**” (Veludo, 2018), definindo assim como título deste artigo “**Conceito de Conforto no Cuidar: Principle-Based Concept Analysis**”. Dando seguimento ao trabalho já realizado, decidiu-se proceder à análise de artigos subsequentes à pesquisa já efetuada, de forma a tornar cada vez mais sustentada a definição do fenómeno em estudo.

A definição do conceito de conforto no âmbito do cuidado humano contribui para a evolução do conhecimento e da própria disciplina de Enfermagem. Atendendo ao objetivo geral emergente da problemática em estudo – **Definir o conceito de conforto enquanto estado** – e como forma de operacionalizar este percurso, partiu-se de questões de investigação capazes de definir objetivos norteadores do percurso metodológico:

- ✓ Quais os antecedentes do estado de conforto?
- ✓ Quais os atributos do estado de conforto?
- ✓ Quais os consequentes do estado de conforto?

Face às presentes questões definiu-se como objetivos específicos do presente estudo:

- ✓ Identificar os antecedentes do estado conforto;
- ✓ Identificar os atributos do estado conforto;
- ✓ Identificar os consequentes do estado conforto.

Por forma a corroborar as conclusões obtidas e diminuir as possíveis fontes de erro, foi necessário delinear um plano lógico de atuação através da análise das questões e objetivos de estudo.

Tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos delineados definiu-se como método do presente estudo, a análise conceptual (Penrod, J. & Hupcey, J.E., 2005).

O método do Principle-Based Concept Analysis parte da determinação do conceito de interesse a ser estudado, sendo que os resultados obtidos nesta análise de conceito ajudam os investigadores a definir o conceito e a identificar caminhos para o desenvolver. Assim sendo, a análise do conceito torna-se essencial para a definição do mesmo, identificando as limitações atuais do conceito na literatura científica. A análise do conceito trata-se da integração do que é conhecido no estado da ciência e os seus resultados refletem o estado da ciência atual, relativamente ao conceito em estudo. Para a Enfermagem é importante que se aplique este método para o avanço desta enquanto ciência (Penrod, J. & Hupcey, J.E., 2005).

Trata-se de um estudo qualitativo, que se insere no paradigma construtivista e onde se utiliza um método de raciocínio dedutivo.

O limite temporal definido para a pesquisa foi desde abril de 2016 até fevereiro de 2020, de artigos disponíveis em texto completo em português, inglês e castelhano.

Face ao fenómeno em estudo avaliou-se os descritores, submetendo-os na plataforma de consulta dos descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) e descritores mesh (<https://meshb-prev.nlm.nih.gov/#/fieldSearch>), no sentido de validar a sua utilização na comunidade científica. Apesar do descritor *comfort* não ser considerado como descritor em saúde, face ao fenómeno em estudo, decidiu-se incluí-lo.

Com vista à especificação da pesquisa direcionada para o cuidado de enfermagem, optou-se pela utilização dos descritores usados por Veludo (2018). Sendo eles apresentados na Tabela:

Palavra-chave 1	Palavras-chave 2	Palavras-chave 3
Conforto	Enfermagem	(campo opcional)
Comfort* (TI)	Nurs* (AB)	Not work* (TI; Subject Terms)

Nursing Diagnos* (AB)	Not Student* (TI; Subject Terms)
	Not Job Satisfaction (TI; Subject Terms)
	Not organization* (TI; Subject Terms)
	Not leader* (TI; Subject Terms)
	Not thermal (TI; Subject Terms)

Tabela 1 – Descritores utilizados na Scoping Review

Como estratégia de pesquisa booleana operacionalizou-se a Scoping Review da seguinte forma:

- ✓ TI (Comfort*) AND AB (nurs* OR nursing diagnos*) NOT TI (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal) NOT SU (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal).

Como recursos utilizaram-se os seguintes motores de busca/bases de dados: EBSCO [ERIC, Regional Business News, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycARTICLES, PsycBOOKS, CINAHL Plus with Full Text, Nursing & Allied Health Collection, British Nursing Index, Cochrane Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Business Source Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, SPORTDiscus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Education Research Complete]; Biblioteca do Conhecimento Online [Elsevier - Science Direct (Freedom collection), SpringerLink (Springer/Kluwer), Wiley Online Library (Wiley)]; ISI – Web of Knowledge; Scopus; e RCAAP [Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal].

Após a pesquisa eletrónica iniciou-se o processo de seleção da amostra do estudo, tendo em consideração os critérios de elegibilidade definidos, que se apresentam na tabela 2.

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	Estudos em que os participantes sejam clientes, família, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.	Estudos em que os participantes sejam estudantes. Outros sujeitos em contextos diferentes do cuidado de enfermagem, enquanto participantes dos estudos.
Conceito	Antecedentes do estado de conforto. Atributos do estado de conforto. Consequentes do estado de conforto.	Conforto apenas enquanto intervenção (processo) – confortar.
Contexto	Cuidado de Enfermagem.	

Tipo de Estudo	Estudos primários, secundários, teóricos e empíricos. Publicações em inglês, castelhano e português.
-----------------------	---

Tabela 2 – Critérios de elegibilidade da Scoping Review

Após a definição dos critérios de elegibilidade da Scoping Review, foi realizada a pesquisa nos diferentes motores e bases de dados. Posteriormente, após leitura organizada e em profundidade, das 412 referências selecionadas, foram eliminadas 198 referências repetidas, reduzindo a amostra para 214 referências. Por leitura de título foram eliminadas 116 (n=93), por leitura de resumo foram eliminadas 45 (n=53) e por leitura do texto integral foram eliminados 28 referências, concluindo-se este processo com uma amostra final de 25 referências.

O processo de amostragem é esquematizado por fluxograma de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), como se pode observar na Figura 1.

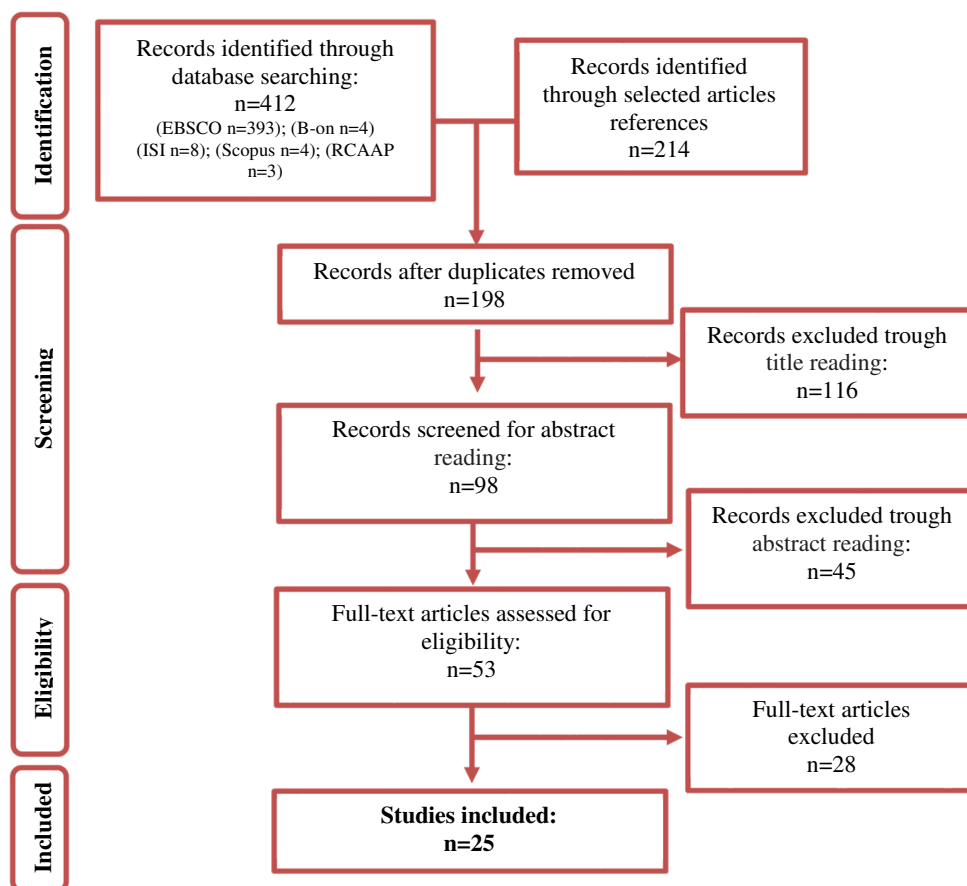


Figura 1 – Fluxograma de PRISMA do processo de amostragem

Para a esquematização dos resultados obtidos utilizou-se o instrumento de análise original (Veludo, 2018). Para além dos dados de caracterização da amostra (identificação das referências e características metodológicas), foram incluídos itens de avaliação concordantes com as questões de investigação, com a finalidade de avaliar semanticamente:

- ✓ Antecedentes - identificar os eventos que antecedem o estado de conforto, ou seja, os acontecimentos que contribuem para que o estado de conforto esteja presente;
- ✓ Atributos – identificar as principais características do estado de conforto, características estas que, durante a leitura e análise dos textos, se conectam à sua essência;
- ✓ Consequentes - identificar os eventos que acontecem como resultado do estado de conforto, ou seja, as consequências que se verificam após se ter sentido conforto.

Mapa conceptual

O mapa conceptual é uma estrutura que serve para esquematizar o conhecimento, que emerge da literatura como forma de organização do pensamento, com o objetivo de guiar a prática sobre determinado assunto. Serve para demonstrar as relações entre conceitos ou dados recolhidos de estudos científicos, empíricos, ou de interpretações da realidade (Veludo, 2018).

Através da sua representação visual, a partilha de significados torna-se mais eficaz, pois demonstra a maneira como o autor perceciona as relações existentes entre os campos de análise explicitados.

Assim, seguindo o trabalho iniciado por Veludo (2018), o preenchimento do mapa conceptual seguiu os princípios definidos originalmente pela autora:

- As áreas de preenchimento procuraram dar resposta às questões e objetivos da investigação;
- As asserções, retiradas do instrumento de recolha de dados, foram posicionadas no mapa conceptual tendo em conta o valor semântico de cada área de preenchimento, já explanadas anteriormente;

- Cada asserção foi apenas considerada em um campo de análise, ou seja, asserções com o mesmo valor semântico não puderam ocupar duas áreas distintas;
- Consoante o conteúdo do artigo em análise, houve a possibilidade de não ocupar algumas áreas de preenchimento, nomeadamente em artigos que não contemplavam as respostas a todas as questões de investigação.

Para diferenciar as fontes das asserções que foram retiradas da amostra, seguiu-se o código de cores já utilizado anteriormente (Veludo, 2018). Foi atribuído código de cores à referenciação numérica (citação bibliográfica) de cada asserção, com um símbolo X da mesma cor, com vista a facilitar a gestão informática das referências. Assim, a seguinte codificação foi utilizada para as unidades de significado:

- Citações numéricas azuis (●) – asserções que emergem da opinião e experiência dos autores ou de artigos sem especificação do método de estudo;
- Citações numéricas vermelhas (●) - asserções que emergem de referencial teórico;
- Citações numéricas verdes (●) – asserções que emergem de instrumentos de medida;
- Citações numéricas pretas (●) – asserções que emergem de estudos primários.

As asserções ou unidades de significado foram extraídas na sua língua original, sem traduções, por forma a garantir a sua originalidade. Após a fase de preenchimento inicial, todos os dados foram revistos com vista à deteção de possíveis repetições nos campos de análise. As asserções repetidas foram analisadas em pormenor, para aferir o seu posicionamento, de acordo com o valor semântico. Algumas asserções foram reposicionadas, outras foram deixadas em duplicado de forma intencional, com o intuito de validar o valor semântico na análise de conteúdo.

Análise de conteúdo

De forma a sistematizar as ideias, frases e palavras, que emergiram da literatura foi utilizado o instrumento original já existente e realizada uma análise hermenêutica da amostra em estudo. O facto de o conforto se considerar de difícil definição fez com que se optasse por um tipo de pesquisa qualitativa, onde a interpretação do sentido que as palavras assumem (valor semântico) foi considerada uma mais-valia face à análise das próprias palavras, do ponto de vista linguístico. Neste sentido a análise de conteúdo foi o método mais apropriado para a realização deste estudo. O primeiro contacto com o

conteúdo da amostra ocorreu ainda na etapa do processo de decisão da inclusão/exclusão, aquando da leitura dos textos integrais.

Na fase de preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizada uma nova leitura de cada referência, potencializando a proximidade das investigadoras principais com os documentos em análise. Para que se distribuísse as diversas asserções pelas respetivas categorias, já definidas no instrumento original, recorreu-se à análise semântica das mesmas. Algumas unidades de significado foram reposicionadas tendo em conta ao que pela análise hermenêutica pareceria mais coerente. Outras, pela especificidade da frase, e tendo em conta o valor semântico foram colocadas em duas categorias distintas. Para se fazer e de forma a manter a frase original, com o objetivo de não comprometer e seu sentido e a interpretação do significado, recorreu-se à utilização de parênteses retos ([]), com a finalidade de dar ênfase ao conteúdo não contemplado por estes.

A utilização do mapa conceptual permitiu analisar o conceito enquanto estado pois nele está contemplada a estruturação cognitiva das relações/diferenças entre antecedentes, atributos e consequentes. Tendo em conta que a validação do raciocínio científico intrínseco à análise dos dados foi realizada por dois investigadores, fez com que haja diminuição na subjetividade da interpretação dos mesmos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De forma a clarificar a interpretação dos resultados a apresentar torna-se importante a caracterização da amostra em estudo. Posto isto, apresenta-se a amostra em estudo pela análise da sua distribuição segundo:

- Ano de publicação;
- País de afiliação dos autores;
- Abordagem metodológica (tipo de estudo, desenho de investigação);

Analisa-se agora, sequencialmente a amostra em cada item de análise.

Caracterização da amostra segundo ano de publicação

As referências da amostra em estudo encontram-se compreendidas entre abril de 2016 até fevereiro de 2020, face à intencionalidade de atualizar o estudo de Veludo (2018).

Pela análise do gráfico infra apresentado (Gráfico 1) pode-se verificar que nos anos de 2017 e 2018 houve mais publicações, comparativamente aos outros anos. Assim, denota-se que o fenómeno Conforto continua a estar presente como fenómeno de interesse para os investigadores.



Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o ano de publicação

Caracterização da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Analisando o gráfico da distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores (Gráfico 2), pode-se comprovar que o interesse pelo fenómeno é transversal a diferentes culturas, reconhecendo o carácter holístico do conforto inerente à condição humana. Nos últimos anos pode-se verificar que o país com maior expressão neste fenómeno de estudo é o Brasil, seguindo-se de Portugal.

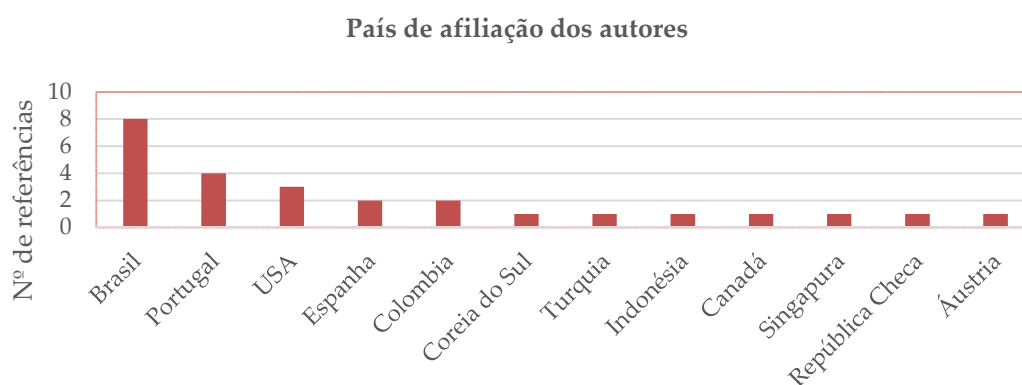


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Caracterização da amostra segundo a sua abordagem metodológica

A amostra de estudo compreende estudos do tipo qualitativo, quantitativo, estudos de opinião/reflexão e estudos de método misto. Os estudos com maior predomínio são estudos de abordagem quantitativa, facto que se deve à elevada existência de diversos instrumentos de medida de conforto já validados. No entanto, embora exista esta diversidade de instrumentos a evidência demonstra que têm fraca qualidade psicométrica que se deve essencialmente há diminuição do rigor da selecção dos itens das referidas escalas (Lorente, S.; Losilla, J. & Vives, J., 2018).

Os estudos com mais expressão seguidamente são estudos de abordagem mista, sendo que dois deles têm predomínio qualitativo. Na abordagem qualitativa tem-se quatro estudos analisados e artigos de opinião tem-se três analisados.

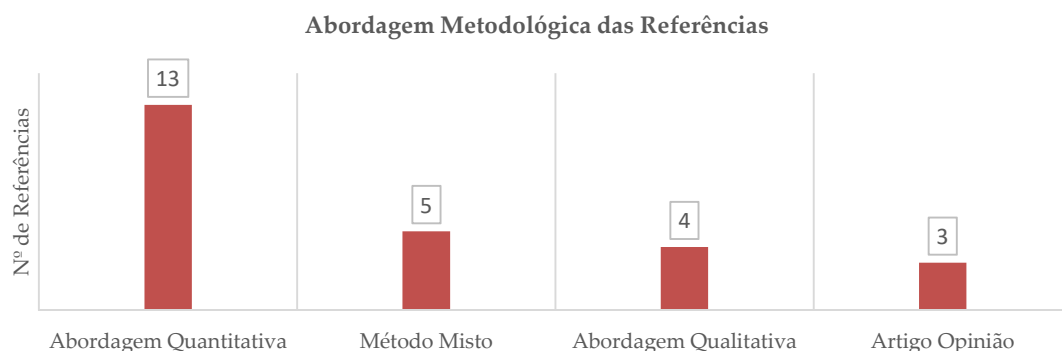


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a sua abordagem metodológica

COMPONENTES CENTRAIS DO CONCEITO DE CONFORTO

Um fenómeno para ser compreendido tem de ser construído através da definição de conceitos, que se operacionaliza pela análise conceptual. Para que um conceito seja mais facilmente compreendido deve ser decomposto em componentes centrais, pois ele pode ser concreto ou abstrato, e assim agrupam-se em categorias.

Seguidamente apresentam-se os antecedentes, atributos e consequentes, que surgem da análise hermenêutica dos dados, significando: o que causa; o que é; e o que provoca.

Antecedentes

Os antecedentes emergem como causas, circunstâncias ou eventos que antecedem à ocorrência de conforto, ou seja, algo que dá conforto. A sua compreensão possibilita

identificar quais os aspetos necessários para que o fenómeno aconteça, isto é, acontecimentos que permitem às pessoas sentir conforto.

Pela análise hermenêutica dos dados considera-se como antecedentes de conforto:

- Conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental.

CATEGORIA: Interações Físicas

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com as sensações corpóreas.

UNIDADE DE SIGNIFICADO

Physical comfort refers to factors affecting a person's physical conditions such as rest and relaxation, nutrition, and hydration^{26X}

Physical comfort refers to factors affecting a person's physical conditions such as rest and relaxation, nutrition, and hydration, treatment of medical conditions and excretory functions^{26X}

All the physiological and homeostatic dimensions of an individual^{39X}

Bodily sensations, homeostatic mechanisms, immune function^{35X}

SUB CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>Sensações Físicas</p> <p>(consciência do corpo, sensações decorrentes de processos fisiológicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade funcional^{3X} • “Ensure that any alteration in physiological function is stable”^{21X} • “It is possible to sleep”^{21X} • “It is possible to eat”^{21X} • “It is possible to move”^{21X} • “Eat well”^{21X} • “Sleep well”^{21X} • “Confortar é (...) manter pacientes bem posicionados, aquecidos no leito e aliviar sua dor”^{28X} • Repositioning ^{35X} • Mouth hygiene^{35X} • Positions^{37X} • Massagens nas costas^{3X} • “Suplir las necesidades que consideran, desde su propia percepción, como básicas para cualquier ser humano; [ellas son alimentación, higiene, posición, temperatura, vestido, entre otros]”²³ • “Es que me cambien de posición, es que me lubriquen la piel, es que me laven la boca, es que me banen bien, es que me peinen”^{23X} • “Sentirse limpio, com aspecto y aroma agradable, genera comodidad”^{23X} • “A higiene é muito importante [(...) dá muito conforto (...)]”^{42X}

	<ul style="list-style-type: none"> • “O banho aqui... [nem sabe! Acho que vale por tudo...é um momento de extremo conforto.]”⁴²X • Maintaining functionality⁵¹X
--	---

CATEGORIA: Interações Psicoespirituais

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa consigo própria (abrange a consciência interna de si, sensações psico-emocionais, crenças e valores).

UNIDADE DE SIGNIFICADO

Psycho-spiritual Comfort is of emotional and spiritual components²⁶X

Spiritual comfort needs pertain to meaning in one’s life, and one’s understood relationship with a higher being³⁸X

An internal awareness of self, including self-esteem, identity, sexuality and meaning in one’s life and in one’s understood relationship with a higher being³⁹X

Internal awareness of self, including esteem, identity, sexuality, meaning in one’s life, and one’s understood relationship to a higher order or being³⁵X

SUB CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICADO
Consciência interna de si	<ul style="list-style-type: none"> • “Interacciones de la persona consigo misma”²³X • Patient characteristics²⁷X⁵¹X • Privacy³⁷X⁴¹X • I have enough privacy²⁵X • Self-esteem²⁶X³⁹X⁴⁹X⁵¹X • Self-awareness⁴X • Self-concept⁴⁹X • Self-control⁵¹X • Sexuality⁴⁹X • Aumento da satisfação própria⁵⁰X
Sensações psico-emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Fellingings³⁴X³⁸X • Emotional [and spiritual] componentes²⁶X
Crenças e valores	<ul style="list-style-type: none"> • “His religion provided hope and supported him”⁴X • “My faith helps me [to not be afraid]”²⁵X • “My beliefs give me [peace of mind]”²⁵X³⁵X • “Spirituality provides strength and promotes a patient’s comfort”²⁷X • Religious rituals³⁸X • [Emotional and] spiritual componentes²⁶X • Spiritual³⁷X • Apoyo espiritual⁴⁰X • Acompañamiento espiritual⁴⁰X • “Relationships with an order or superior being”⁴⁹X • “My faith helps me [to be strong]”⁵²X

CATEGORIA: Interações Socioculturais

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com os outros, aspetos culturais, redes de apoio ou qualquer outra dinâmica de socialização.

UNIDADE DE SIGNIFICADO

Sociocultural comfort is related to traditions, rules, and religious and legal features that regulate societal and interpersonal relationships^{26X}

Social comfort needs pertain to interpersonal, family, and societal relationships^{38X}

Interpersonal, family and societal relationships: finances, teaching, health care, family traditions, rituals and religious practices^{39X}

Interpersonal, family, and societal relationships^{35X}

SUB CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>Qualidade das relações interpessoais (família, pessoas significativas ou outros decorrentes de relações sociais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “As relações conjugais dos pacientes em hemodiálise também propiciam uma sensação maior de conforto (...)”^{3X} • “(...) indivíduos casados apresentam maior conforto (...)”^{3X} • “El acompañamiento y la visita de la familia”^{40X} • “Acompañamiento del personal y la presencia de la familia”^{40X} • “El apoyo de la familia y los amigos”^{40X} • Visit of family and friends^{37X} • A visita da família^{42X} • “É importante o momento... a presença das visitas... fazem falta... conforta”^{42X} • Family and significant relationships^{51X} • “Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas”^{43X} • “My friends remember me [with their cards and phone calls]”^{11X}^{25X} • “[I believe] there is a special person who cares for me.”^{11X} • “I have a favorite person(s) who [makes me feel cared for]”^{25X} • “The need they considered most important was proximity.”^{34X} • “Achieving vitality using the medical team and making friends among the other patients”^{21X} • “Family-like relationships with nurses and staff”^{35X} • “Los factores que mejoran la comodidad incluyen contar con una persona cercana (...)”^{40X} • “Personas dispuestas para escucharlas”^{40X} • “Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação”^{46X} • “Saber que o seu parente percebe que vocês estão por perto”^{46X} • “Ao sentirem que a equipa se interessa pela recuperação do seu parente...”^{46X} • “A experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado”^{28X} • Relacionarse con otras personas^{40X} • Sentirse bien atendido^{40X} • “A presença incondicional”^{42X}

	<ul style="list-style-type: none"> • “Accompanied by a relative or any other significative person for 24h”⁵²X • “Atendimento humanizado e acolhedor”⁴⁶X • “A relação de empatia/cumplicidade”⁴²X • O contato inaugural⁴²X • Communication with professionals⁴¹X • Comunicación³⁷X • “(...) Comfort attributes comprise na effective communication(...)”⁵¹X • “A interação/comunicação positiva”⁴²X • Information about procedures⁴¹X • Opinions about the treatment⁴¹X • O toque⁴²X • “O toque é um conforto...pode crer”⁴²X • O sorriso⁴²X • “Há aqui enfermeiros que são maravilhosos, o seu sorriso conforta...”⁴²X
<p>Suporte de pessoas significativas ou redes de apoio formais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O apoio familiar ³X • Family support²⁷X⁵¹X • Family member³⁵X • Family presence with the child³⁹X • “A nossa família ajuda muito... a vinda da minha família é o nosso bocadinho de conforto.”⁴²X • “Comfort was positively associated with marital status(...)”³⁴X • “Support and relationships with family and community”³⁸X • “I have someone to talk to right now”¹⁰X • “Have someone to hug and hold right now”¹⁰X • “I have my favorite people here with me now”¹⁰X • Support services⁴X • “Nice people are thinking of me and in contact with me”¹¹X • “Capacidad que tiene el enfermero”²³X • “(...) es un paciente que está entre cuatro paredes, que necessita mucho carino, mucha fe, y si la familia no se la da, se lo debemos dar nosotros”²³X • “Aquellos que la circundan durante el tratamiento”²³X • “I have a favorite person(s) who [makes me feel cared for]”²⁵X • Nursing care²⁷X • “A experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado (...)”²⁸X • Multiprofessional team³⁴X

	<ul style="list-style-type: none"> • Relationships with staff members^{35X} • Patient-health professional relationship^{51X} • Personal assistencial^{40X} • Social support^{49X} • Health Professionals' Personal and Professional Skills^{51X} • “[Perceber] que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade”^{46X} • “[Perceber] que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita”^{46X} • “O acolhimento é muito importante...conforta.”^{42X} • “Eu tenho uma pessoa(s) [que me faz(em) sentir cuidado(a)]”^{43X}
Dinâmica familiar, social, cultural e profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Role performance^{4X} • Role as caregiver^{35X} • Family responsibilities^{35X}

CATEGORIA: Interações Ambientais

Abrange qualquer experiência, a interação da pessoa com o ambiente circundante.

UNIDADE DE SIGNIFICADO

External factors such as light, temperature, noise, odors, and bed Comfort and the effect of these factors on the human^{26X}

Interaction with the environment^{37X}

The external background of human experience such as temperature, light, sound, smell and colour^{39X}

Estímulos auditivos y sensoriales^{45X}

Referring to the conditions and environmental influences, encompasses light, sound, color, temperature and natural versus synthetic elements^{49X}

The external background of human experience^{35X}

SUB CATEGORIAS	UNIDADE DE SIGNIFICADO
Características do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • “Um ambiente tranquilo, confortável e seguro”^{3X} • Ambiente claro^{50X} • Ambiente calmo^{48X}^{50X} • “Um lugar calmo e sem barulho é mais confortável.”^{50X} • Ambiente favorável^{50X} • “Ambiente em que a pessoa se sinta aconchegada”^{50X} • “I’m in a comfy spot right now”^{10X} • “The room I am in look fun”^{10X} • “I see things out of my window, which [inspire me]”^{11X} • “It is easy to walk around here”^{11X} • “Los estímulos externos del entorno– sonidos, iluminación y temperatura”^{23X} • These surrounding are pleasant^{25X} • “The temperature in this room is fine”^{25X}

	<ul style="list-style-type: none"> • Ambient temperature³⁹X • Temperatura confortável⁴⁸X • “The view [inspires me]”²⁵X • “Esta vista [me inspira]”⁴³X • View from window³⁵X • The mood around here [uplifts me]²⁵X • It is easy to get around here²⁵X • Comfortable environments²⁹X • Visiting gardens³⁵X • Wrapped in blanket³⁵X • Room with pictures of family³⁵X • Environmental noise³⁹X • Silent environmental³⁹X • Reduce noise levels³⁹X • Lugar reservado⁴⁰X • Cama suave y blanda⁴⁰X • Habitación amplia e iluminada⁴⁰X • Music listening²⁶X • Musicoterapia⁴²X • “Estes ambientes são agradáveis”⁴³X • Meio de distracção⁴⁶X • Móveis confortáveis⁴⁶X • Agua para beber⁴⁶X • Banheiro⁴⁶X • Local de refeições no hospital⁴⁶X • Iluminação difusa⁴⁸X • “A luminosidade, o cheiro e o barulho devem ser agradáveis”⁵⁰X • Environmental factors⁵¹X
<p>Recursos materiais e financeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financial situation⁴X • “I have something special with me [that is only mine]”¹⁰X • “I have toy I like that I can play with right now”¹⁰X • “I have a soft stuffed animal to hold right now”¹⁰X • Finances⁴⁹X

Tabela 3 - Antecedentes do conceito Conforto

Atributos

Consideram-se atributos as características essenciais que diferenciam o fenómeno em estudo de outro fenómeno distinto. A procura dos atributos de um fenómeno permite clarificar a sua essência e ajuda a definir o conceito em si.

O conforto é assumido na literatura como um resultado sensível ao cuidado do enfermeiro, sendo que a especificação dos seus atributos (características essenciais) permite uma avaliação mais rigorosa de forma a direcionar o cuidado para as reais necessidade das pessoas.

Da análise hermenêutica dos dados consideramos como atributos de conforto:

- Conforto caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança, Realização do Eu, Pertença, Paz e Plenitude, Relaxamento, Normalidade de Vida.

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
SEGURANÇA Perceção de estar protegido, de previsibilidade	<u>Sentir-se seguro</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “[Armonía entre la comodidad y la] protección”²³X • Seguridad²³X • “Cuando necesito ayuda, cuento com personas que me la dan”⁴⁰X • “Os enfermeiros estão sempre aqui...isso é bom...conforta.”⁴²X • “Saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente”⁴⁶X • “Feeling safe”⁵¹X • “Sense of security”⁵¹X
	<u>Sentir-se a salvo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “However, participants felt more comfortable when they were at the hospital, because of the presence of medical staff”²¹X • “Be aware of the availability of care providers”²¹X • “Deal quickly with any problem that arises”²¹X
	<u>Sentir-se informado, consciente da sua situação atual</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “O aprendizado das mulheres sobre o aleitamento materno é proporcional ao envolvimento delas no processo da amamentação e assim, maior será o conforto por elas experimentado”⁵⁰X • “Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente”⁴⁶X • “Perceber que a equipe da UTI oferece informações [com boa vontade]”⁴⁶X • “Receber informações sobre seu parente em qualquer horário”⁴⁶X • “Quando nos explicam as coisas ficamos satisfeitas...é conforto!”⁴²X

	<u>Sentir confiança nos outros</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança²³X • “There are those I can depend on when I need help”²⁵X • “Sentirem que a equipa se interessa pela recuperação do seu parente”⁴⁶X • “Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente”⁴⁶X • “Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI”⁴⁶X
REALIZAÇÃO DO EU Perceção realista e satisfação de si próprio	<u>Sentir-se confiante</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “I feel confidente”²⁵X • “Eu estou determinado a fazer o meu melhor”⁴³X • “me siento confiado”⁴⁰X
	<u>Sentir prazer/satisfação</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu estou contente”⁴³X • Satisfação própria⁵⁰X • Pleasant Experience⁵¹X
PERTENÇA Sentir e dar-se aos outros	<u>Sentir afetividade dos outros</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Feel a sense of belonging”²¹X • “[I am inspired] by knowing that I am loved”²⁵X • “El sentirme querido me da fuerzas”⁴⁰X
	<u>Sentir preocupação genuína dos outros</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “[Although my body cannot fully recover I am so thankful] that they give me something to eat, touch me, and hold my hands”²¹X
	<u>Sentir-se amparado</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “[I have a favorite person(s) who] makes me feel cared for”²⁵X • Feeling Strength/ Supported⁵¹X • Feeling cared for⁵¹X • Feeling supported⁵¹X • “[Eu tenho uma pessoa(s)] que me faz(em) sentir cuidado(a)”⁴³X
PAZ E PLENITUDE Espiritualidade e sentido da vida	<u>Sentir-se calmo, tranquilo, em paz consigo mesmo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) se siente tranquilo (...)”²³X • “I feel peaceful”²⁵X • Estado de calma⁴⁸X • “Eu me sinto em paz”⁴³X • “Sintiéndose en paz [al contar com Dios]”⁴⁰X • “[El apoyo familiar]me dio tranquilidad”⁴⁰X • “Me siento en paz conmigo mismo”⁴⁰X • “[Mis creencias me hacen sentirme] en paz conmigo mismo”⁴⁰X • Absence of discomfort⁵¹X • Inner peace⁵¹X
	<u>Paz de espirito</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “[My beliefs give me] peace of mind”²⁵X

	<u>Sentir-se nutrido por...</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Sintiéndose en paz [al contar con Dios]”⁴⁰X • “Dios está conmigo”⁴⁰X
	<u>Sentir sentido na vida, nas experiências</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Seeking the meaning in life”⁴X • “I have found meaning in my life”²⁵X • “He encontrado un sentido a mi vida”⁴⁰X • “Feeling proud of life accomplishments”³⁵X
	<u>Sentir que a vida vale a pena</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “I feel my life is worthwhile right now”²⁵X • “Eu sinto que minha vida vale a pena”⁴³X • “Siento que mi vida vale la pena”⁴⁰X
	<u>Sentir-se em harmonia, equilibrado, em sintonia com o mundo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Armonía [entre la comodidad y la protección]”²³X • “Es um estado donde cualquier ser humano no quiere salir, porque está com todas sus necesidades satisfechas, se siente tranquilo, no hay nada que lo agobie”²³X
RELAXAMENTO	<u>Sentir-se relaxado</u>	<ul style="list-style-type: none"> • My body is relaxed right now²⁵X • Sinto o meu corpo relaxado agora⁴³X
Estado de descontração, de comodidade	<u>Sentir-se cómodo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • [Armonía entre la] comodidad [y la protección]²³X • “Confortável é uma postura em que as costas não doem”⁵⁰X
NORMALIDADE DE VIDA	<u>Sentir-se funcional, funcionar o mais normalmente possível</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Realizar as atividades de vida com autonomia e independência”³X • “Restoring autonomy of physical condition”²¹X • “Feel well enough to perform the activities of daily living”²¹X • “Porque está con todas sus necesidades satisfechas”²³X • “Suplir las necesidades que consideran, desde su propia percepción, como básicas para cualquier ser humano; [ellas son alimentación, higiene, posición, temperatura, vestido, entre otros]”²³X • “I feel good enough to walk”²⁵X • “O conforto como transcendência é compreendido (...), a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar o cliente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis (...)”⁴⁸X • “Tengo apetito”⁴⁰X • “Me siento suficientemente bien como para caminar”⁴⁰X • “Feeling contented by progress”³⁵X
Viver em conformidade com as suas rotinas	<u>Sentir-se independente</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximize independence³⁵X • Máxima independência possível⁴⁸X
	<u>Desempenhar os papéis/</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “[Eu sinto-me útil] porque estou trabalhando muito”⁴³X

<u>atividades habituais no quotidiano</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Intento hacer lo mejor”⁴⁰X
<u>Sentir-se útil</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se útil³X • “Eu sinto-me útil [porque estou trabalhando muito]”⁴³X • “Me siento útil [porque me empeno en ello]”⁴⁰X
<u>Sentir-se aliviado de qualquer desconforto</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “No hay nada que lo agobie”²³X • “(...) ausência de sensações desagradáveis, tanto físicas como emocionales”²³X • “O alívio do desconforto através da massagem/mobilização/ terapêutica”⁴²X • “(...) aliviada ou capaz de superar o desconforto”⁴³X • “Necesito encontrarme bien de nuevo”⁴⁰X • Discomfort Relief⁵¹X • Relief of physical symptoms, [condition and interventions]⁵¹X
<u>Sentir-se capaz de viver no sofrimento</u>	<ul style="list-style-type: none"> • “Se está por cima dos problemas ou da dor própria”⁴⁸X • “Puedo superar mi dolor”⁴⁰X • “[...] confortar vai além de providenciar medidas para] mitigar o sofrimento.”²⁸X

Tabela 4 - Atributos do conceito Conforto

Consequentes

Após serem explicitados os antecedentes e os atributos do fenómeno em estudo apresentam-se agora os consequentes, de forma a completar o ciclo do pensamento na compreensão do conceito. Entende-se por consequente a situação que surge ou resulta da presença de conforto na pessoa, ou seja, o resultado de sentir conforto.

Decorrente da análise hermenêutica dos dados, consideram-se como consequentes de conforto:

- A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Fortalece os destinatários	<ul style="list-style-type: none"> • “They feel better and more empowered”²¹X • “[I see things out of my window, which] inspire me”¹¹X • I feel better²¹X • Feeling inspired³⁵X • “[The view] inspires me”²⁵X • “[Esta vista] me inspira”⁴³X

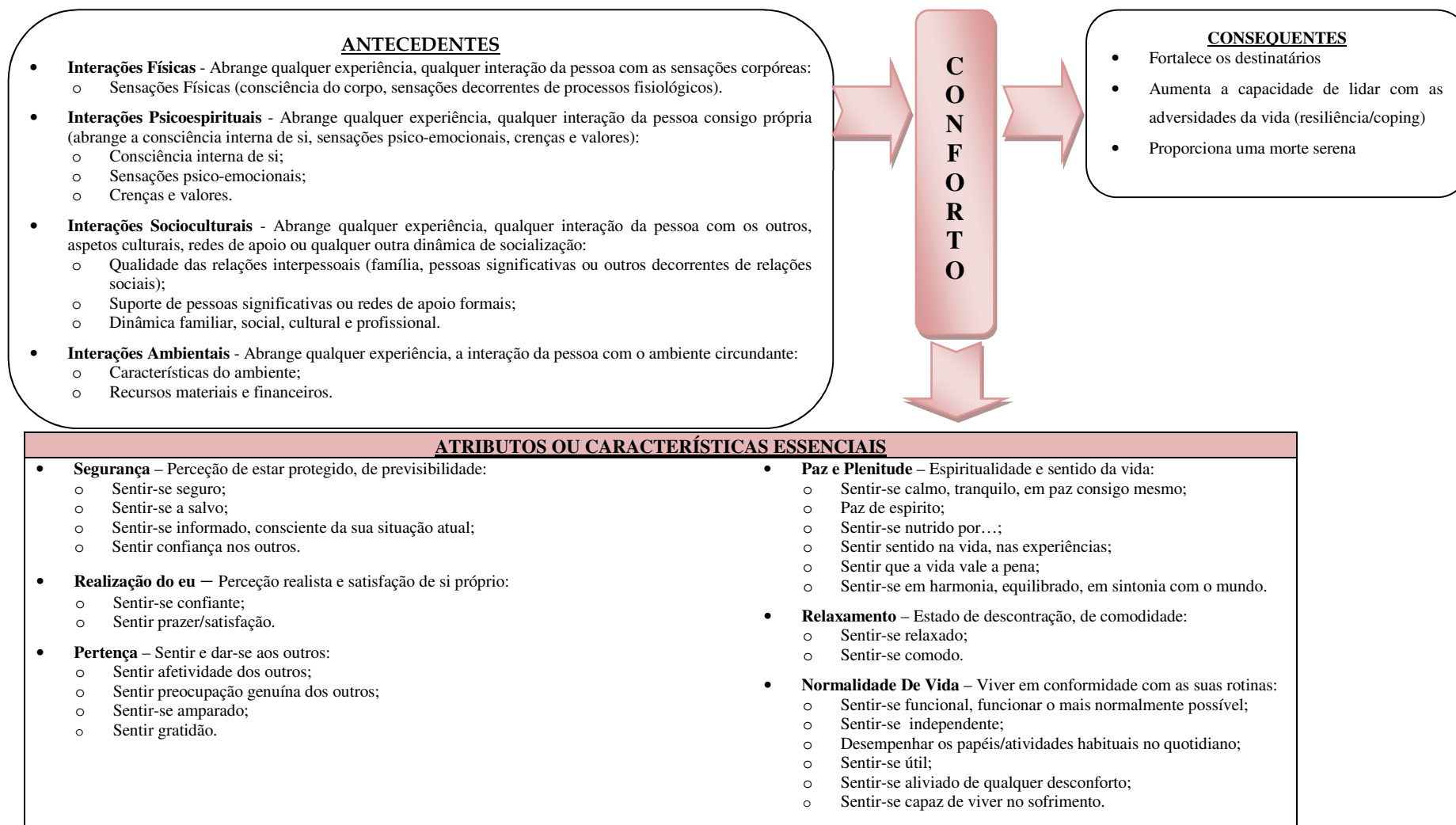
	<ul style="list-style-type: none"> • “[Esta visão] inspira-me”⁴³X • “[I see things out of my window,] which inspire me”¹¹X • [The mood around here] uplifts me²⁵X • “I am inspired [by knowing that I am loved]”²⁵X • “[My faith helps me] to be strong”⁵²X • “A companamiento espiritual de un ser superior que los hizo sentir protegidos y conscientes, la oración fue la principal forma de fortalecimiento”⁴⁰X • Empowerment⁵¹X • Feeling strong⁵¹X • [Peace and] Inner Strength⁵¹X
Aumenta a capacidade de lidar com as adversidades da vida (resiliência/coping)	<ul style="list-style-type: none"> • “Capacity and the coping strategies”³⁴X • “Increased Tolerance to Procedures and Equipments”⁵¹X • “Better Tolerance to Human Suffering”⁵¹X • “Better tolerance to equipment and procedures”⁵¹X
Proporciona uma morte serena	<ul style="list-style-type: none"> • Peaceful death⁴X • Good death³⁵X • Death is perceived as peaceful³⁵X

Tabela 5 - Consequentes do conceito Conforto

Mapa Conceptual

Seguidamente apresenta-se sistematizado o Mapa Conceptual onde se encontram os itens da análise documentados neste capítulo, que tem por objetivo facilitar ao leitor a sua compreensão (Figura 2).

Figura 2 - Mapa conceptual do conceito Conforto



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da apresentação dos resultados pretende-se, neste capítulo, dar ênfase ao conhecimento neste estudo reforçado. A interpretação dos resultados pretende: avaliar a efetividade do método de investigação utilizado; atribuir significado aos resultados obtidos; assim como, prever a utilidade que o conhecimento poderá acrescentar no âmbito da complexidade das vivências das pessoas nos seus processo de vida e de saúde-doença (Veludo, 2018).

Este capítulo tem como itens de análise: Antecedentes - o conforto relacionado com qualquer experiência que a pessoa vive no seu dia-a-dia; Atributos - o conceito que se apropria das suas características essenciais; Consequentes - os resultados apresentados pelas pessoas que sentem conforto.

Antecedentes

De forma a identificar os antecedentes explanados na amostra em estudo foi essencial recorrer a frases como “o conforto resulta de (...)”, “(...) dá-me conforto”, “procurei conforto através de (...)” “fontes de conforto”. Estas frases ajudaram a direcionar o raciocínio de forma a mensurar a abrangência destas causas. Sendo que os antecedentes são considerados acontecimentos que contribuem para que o conforto seja sentido, torna-se notório que no valor semântico das referidas frases se consiga perceber quais os antecedentes do conceito.

Durante a realização da análise dos dados percebeu-se que perante as asserções encontradas, com este valor semântico, todas as vertentes do holismo estavam presentes. Denota-se que o conforto pode ser sentido em qualquer situação vivenciada pela pessoa nos diferentes contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental. Constituindo estes achados, elementos estruturais na definição dos antecedentes de conforto, considera-se como antecedente de conforto qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental que uma pessoa possa viver.

Tendo em conta a abrangência do conceito, a distinção entre o que seria antecedente ou do que seria atributo, tornou-se um aspeto complexo na análise dos dados. Contudo, e considerando o conforto uma sensação, foi utilizado um critério de diferenciação já existente na tese anteriormente citada: qualquer asserção cujo valor semântico expresse

apenas o contexto em que o conforto é experienciado, sem o sentir implícito da pessoa, foi considerada como antecedente. Por outro lado, qualquer asserção cujo valor semântico já expresse que sentiu conforto, que a sensação já aconteceu, a forma como foi sentido, foi considerada atributo (Veludo, 2018).

Com base nos pressupostos acima mencionados, os antecedentes de Conforto estão divididos em as quatro categorias sustentadas nas quatro dimensões do holismo.

Atributos

Na análise dos resultados o holismo emergiu nos antecedentes do conceito conforto, e novamente se eleva a questão: o que se pergunta às pessoas para perceber o significado do seu conforto? Antecedentes ou atributos? Significados decorrentes das experiências, das vivências ou significados decorrentes do que sentem, da sensação?

A procura dos atributos do conceito na amostra em estudo foi realizada nesta linha de raciocínio, procurando perceber os significados, as características essenciais atribuídas à sensação, ao que as pessoas sentem quando estão em conforto. Considera-se atributo o que é sentido pela pessoa, o que a pessoa diz sentir. Alguns estudos da amostra descrevem os resultados sob a forma de “sentires”, atribuindo-lhes assim significado de atributos do conceito aqui estudado. Com a análise destes “sentires”, percebe-se ao longo do processo de análise e englobando os diferentes resultados apresentados, que emergiram itens de análise mais globais que tiveram origem em estudos primários, ou seja, diretamente da opinião das pessoas que o sentem.

Em síntese, considera-se que o conforto se caracteriza por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida.

Consequentes

Sequencialmente e para finalizar este processo cognitivo vai-se agora discutir os consequentes do conceito de conforto que emergiram dos resultados obtidos.

Os consequentes, ou seja, os resultados, passíveis de serem observados na pessoa que sentiu conforto, identificam-se de forma clara na literatura. Na sua origem etimológica, conforto deriva do latim *confortare* (fortalecer, conferir força).

O significado da palavra conforto vai para além do desconforto, ou seja, o conforto tem a ver com as necessidades que a pessoa sente, com o seu valor semântico e etimológico, fortalecer ou tornar forte é assim algo primordial em Enfermagem com vista a proporcionar conforto à pessoa cuidada, àquilo que esta entende como conforto.

Em síntese, considera-se que a sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena.

No decorrer da análise do conteúdo das amostras em estudo não foram encontrados outros atributos, antecedentes ou consequentes em relação ao estudo original.

DEFINIÇÃO DO CONCEITO

O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (anteriores). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes).

CONCLUSÃO

As investigadoras escolheram este fenómeno para estudar dado o seu interesse pessoal pelo mesmo, pois denotam ser de extrema importância para a sua *praxis* diária. Fazer com que alguém que seja alvo do seu cuidado sinta conforto, e possa ter o maior conforto possível perante a situação de processo saúde/doença, é algo de extremamente compensador e gratificante para a profissão de enfermagem. Sendo este essencialmente um dos pilares das suas atuações enquanto enfermeiras: proporcionar conforto.

Sendo este um fenómeno subjetivo e tendo diversas abrangências inerentes, tal facto pode tornar-se uma limitação, pelo que dificulta o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado à pessoa. Importa assim perceber que significado tem o **conforto** para a pessoa alvo de cuidado.

O método escolhido para a realização deste estudo foi o Principal-Based Concept Analysis, onde o processo de amostragem escolhido foi apenas no âmbito do cuidado em enfermagem, razão que pode levar a uma limitação no estudo. No entanto, tal fato permite definir e clarificar este fenómeno na área pretendida.

Após a realização desta Scoping Review as investigadoras concluíram que: O conforto é uma sensação que provém de qualquer experiência que a pessoa possa viver, resultado de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, quando presentes na pessoa, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping) e proporciona uma morte serena (consequentes). Os dados encontrados neste estudo são sobreponíveis com a tese defendida por Veludo (2018).

Não tendo sido encontrados novos dados científicos que viessem alterar ou modificar a tese defendida por Veludo (2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ²⁹Alonzo, T. (2017). Hope for Persons with Dementia: Why Comfort Matters. *Journal of the American Society on Aging*. Volume 41, Nº 1, 81-85.
- Apóstolo, L.J.A. (2009, março). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*. II Série, N.º9, 61-67.
- ⁵⁰Benedett, A., Ferraz, L. & Silva, I.A. (2018). A prática da amamentação: uma busca por conforto. In *Revista Online de Pesquisa*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.458-464>.
- ¹⁰Bice, A.A., Pond, R.S. & Lutz, B.J. (2019). The Pediatric Procedural Holistic Comfort Assessment: A Feasibility Study. In *Journal of Pediatric Health Care*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.01.006>.
- ³⁹Bosch-Alcaraz, A., Falcó-Pegueroles, A. & Jordan, I. (2018). A literature review of comfort in the paediatric critical care patient. In *Journal of Clinical Nursing*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.1111/jocn.14345.
- ²⁸Cardoso, R.B., Pacheco, S.T.A., Caldas, C.P., Souza, P.A., Peres, P.L.P. & Nunes, M.D.R. (2019). Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. In *Revista Bioética*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em Doi: 10.1590/1983-80422019274342.
- ¹¹Egger-Rainer, A., Lorenzl, S. & Trinkla, E. (2019). Assessing comfort in the epilepsy monitoring unit: Development of an instrument. In *Epilepsy & Behavior*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.05.004>.
- ²⁶Ergin, E. & Yücel, Ş.Ç. (2019). The Effect of Music on the Comfort and Anxiety of Older Adults Living in a Nursing Home in Turkey. In *Journal of Religion and Health*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00811-z>.
- ²⁵Estridge, K.M., Morris, D.L., Kolcaba, K. & Winkelman, C. (2018, janeiro-fevereiro). Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Volume 45, Nº 1, 25-34.

- ³⁷Faria, J.M.S., Pontífice-Sousa, P. & Gomes, M.J.P. (2018). Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review. In *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>.
- ⁴⁹Gonçalves, M.C.S., Brandão, M.A.G. & Duran, E.C.M. (2016). Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. In *Acta Paulista de Enfermagem*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600016>.
- ⁴⁰Góngora, M.I.R. & Heredia, L.P.D. (2018). Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. In *Avances en Enfermería*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.65833.
- ⁴Hua, S., Lee, A. & Lin, Y. L. (2017, janeiro-abril). Application of Kolcaba's Comfort Theory to the Management of a Patient with Hepatocellular Carcinoma. *Singapore Nursing Journal*. Volume 44, Nº 1, 16-23.
- ²⁰Kilic, H.S. & Tastan, S. (2017). Development of post hip replacement comfort scale. In *Applied Nursing Research*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.004>.
- ²¹Kim, E. & Kim, K. (2017). The meaning of “comfort” to elderly individuals living in long-term care hospitals. In *Applied Nursing Research*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.001>.
- ³⁸Kisvetrová, H., Vévodová, S. & Skoloudík, D. (2018). In *Journal of Nursing Scholarship*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em doi: 10.1111/jnu.12341.
- ³⁵Konietzny, C. & Anderson, B. (2018). Comfort Conversations In Complex Continuing Care: Assessing Patients’ And Families’ Palliative Care Needs. *Perspectives*. Volume 39, Nº 4, 14-22.
- ⁴⁸Lima, J.V.F., Guedes, M.V.C.G., Silva, L.F., Freitas, M.C. & Fialho, A.V.M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. In *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>.

- ⁴¹Lorente, S., Losilla, J. & Vives, J. (2018). Instruments to assess patient comfort during hospitalization: A psychometric review. In *Journal of Advanced Nursing*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.1111/jan.13495.
- ³Melo, G.A.A., Aguiar, L.L., Silva, R.A., Quirino, G.S., Pinheiro, A.K.B. & Caetano, J.A. (2018). Fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes renais crônicos hemodialíticos. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0120>.
- ⁴³Melo, G.A.A., Silva, R.A., Pereira, F.G.F. & Caetano, J.A. (2017). Adaptação cultural e confiabilidade do General Comfort Questionnaire para pacientes renais crônicos no Brasil. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2280.2963>.
- ³⁴Meneguín, S., Matos, T.D.S., Miot, H.A. & Pollo, C.F. (2019). Association between comfort and needs of ICU patients' family members: A cross-sectional study. In *Journal of Clinical Nursing*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.1111/jocn.14644.
- ²⁷Nuraini, T., Andrijono, A., Irawaty, D., Umar, J. & Gayatri, D. (2018). Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort. In *Indian Journal of Palliative Care*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_5_18.
- Penrod J, Hupcey JE. Enhancing methodological clarity: Principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):403–9.
- ⁴⁵Perdomo, C.A.R., Vélez, M.E.R. & Romero, A.Y.P. (2016, primeiro-segundo trimestre). El consuelo de María: una enseñanza de cuidado. *Index De Enfermería*. Volume 25, N° 1-2, 27-32.
- ⁵¹Pinto, S.M.O. (2017). *Comfort in Palliative Care: Development and Evaluation of a Complex Nursing Intervention*. Tese de Doutorado em Filosofia de Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- ⁵²Pinto, S.M.O., Berenguer, S.M.A.C., Martins, J.C.A. & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort

Questionnaire in Palliative Care patients. In *Porto Biomedical Journal*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>.

⁴²Ribeiro, P.C.P.S.V., Marques, R.M.D. & Ribeiro, M.P. (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>.

⁴⁶Santos, J.K.S., Nagliate, P.C., Comassetto, I., Trezza, M.C.S.F., Batista, J.C.L. & Gonçalves, P.A. (2016). O Conforto Dos Familiares De Pacientes Internados Em Unidade De Terapia Intensiva. In *Revista de Enfermagem UFPE Online*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201610.

²³Tejada-Pérez, I.I. (2017). “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. In *Aquichan*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em DOI: 10.5294/aqui.2017.17.4.2.

The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Joanne Briggs Institute, 1–24. Acedido em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-review-Methods-2014-ch1.pdf.

¹⁹Yücel, Ş.Ç., Arslan, G.G. & Bagci, H. (2019). Effects of Hand Massage and Therapeutic Touch on Comfort and Anxiety Living in a Nursing Home in Turkey: A Randomized Controlled Trial. In *Journal of Religion and Health*. Acedido a 09 de fevereiro de 2020 em <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00813-x>.

APÊNDICE II – Formação Apresentada À Equipa Da VMER

ENQUADRAMENTO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, realizou-se parte do estágio Final numa VMER. Sendo um local de estágio onde se realizam cuidados de saúde no extra-hospitalar, encontram-se muitas situações de urgência e emergência médicas.

Assim sendo, encontrar um acesso venoso aos utentes torna-se por vezes difícil, pois é necessário atuar com alguma rapidez e se houver dificuldade em obter um acesso venoso periférico, por estes não apresentarem condições, tem de se partir para outro tipo de acesso.

A colocação de acessos venosos intraósseos [IO] ainda é, de alguma forma, uma prática pouco recorrente, pelo que se achou por bem realizar um trabalho sobre esta temática.

Para a realização deste trabalho fez-se uma pesquisa em motores de busca e bases de dados – Ebsco e B-on – com o descritor “Intraosseous access” e colocou-se data a partir de 2015 inclusive.

Foram selecionados artigos nos idiomas inglês, espanhol, francês e português, e que fossem “full text”.

Obteve-se um total de 47 artigos, sendo que 14 artigos foram excluídos por leitura do resumo e do texto, ficando com um total de 33 artigos para analisar.

Procedeu-se à análise de conteúdo dos mesmos para a realização deste trabalho expositivo, que tem como objetivos abordar o que é um acesso venoso IO, quais os tipos de dispositivos existentes, sua colocação e locais de inserção, indicações, contraindicações, complicações, terapêutica que se pode administrar e cuidados a ter com o mesmo.

A apresentação foi disponibilizada por e-mail e deixada no computador do serviço, por forma a que todos tivessem acesso, esta opção foi tomada em acordo com o enfermeiro orientador e com a coordenadora da VMER, dado estar-se a atravessar um período de pandemia, para evitar aglomerados. Foi distribuído um questionário de avaliação (Apêndice III), onde se podem observar as respostas obtidas (Apêndice IV).



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

ACESSO VENOSO INTRAÓSSEO

ENF^ª BÁRBARA CORREIA

OUTUBRO 2020



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO: VMER SFX

SOB A ORIENTAÇÃO
DO ENFERMEIRO NUNO SÁ
E PROFESSORA DOUTORA FILIPA VELUDO

SUMÁRIO

Introdução	3
Acesso IO	5
Locais de Inserção	10
Indicações	11
Tipos de Dispositivos	12
Colocação	13
Cuidados a ter	15
Complicações	16
Contra-indicações	17
Variáveis que afetam o sucesso da colocação do acesso IO	18
Terapêutica que se pode administrar	19
EZ-IO®	21
Acesso IO na tíbia proximal	28
Acesso IO na tíbia distal	33
Acesso IO no úmero	34
Quem pode colocar o acesso IO?	36
Curiosidades	37
Conclusão	38
Bibliografia	39

INTRODUÇÃO

NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, REALIZOU-SE PARTE DO ESTÁGIO FINAL NA VMER DE SÃO FRANCISCO XAVIER. SENDO UM LOCAL DE ESTÁGIO ONDE SE REALIZAM CUIDADOS DE SAÚDE NO EXTRA-HOSPITALAR, ENCONTRAM-SE MUITAS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÉDICAS.

ASSIM SENDO, ENCONTRAR UM ACESSO VENOSO AOS UTENTES TORNA-SE POR VEZES DIFÍCIL, POIS É NECESSÁRIO ATUAR COM ALGUMA RAPIDEZ E SE HOVER DIFICULDADE EM OBTER UM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, POR ESTES NÃO APRESENTAREM CONDIÇÕES, TEM DE SE PARTIR PARA OUTRO TIPO DE ACESSO.

A COLOCAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS INTRAÓSSEOS [IO] AINDA É, DE ALGUMA FORMA, UMA PRÁTICA POUCO RECORRENTE, PELO QUE SE ACHOU POR BEM REALIZAR UM TRABALHO SOBRE ESTA TEMÁTICA.

PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO FEZ-SE UMA PESQUISA EM MOTORES DE BUSCA E BASES DE DADOS – EBSCO E B-ON – COM O DESCRITOR “INTRAOSSEOUS ACCESS” E COLOCOU-SE DATA A PARTIR DE 2015 INCLUSIVE.

FORAM SELECIONADOS ARTIGOS NOS IDIOMAS INGLÊS, ESPANHOL, FRANCÊS E PORTUGUÊS, E QUE FOSSEM “FULL TEXT”.

OBTEVE-SE UM TOTAL DE 47 ARTIGOS, SENDO QUE 14 ARTIGOS FORAM EXCLUÍDOS POR LEITURA DO RESUMO E DO TEXTO, FICANDO COM UM TOTAL DE 33 ARTIGOS PARA ANALISAR.

PROCEDEU-SE À ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS MESMOS PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO EXPOSITIVO, QUE TEM COMO OBJETIVOS ABORDAR O QUE É UM ACESSO VENOSO IO, QUAIS OS TIPOS DE DISPOSITIVOS EXISTENTES, SUA COLOCAÇÃO E LOCAIS DE INSERÇÃO, INDICAÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES, TERAPÊUTICA QUE SE PODE ADMINISTRAR E CUIDADOS A TER COM O MESMO.

ACESSO IO

- O acesso venoso IO surgiu na década de 1920, e foi o acesso venoso mais utilizado na primeira e segundas guerras mundiais, devido à sua facilidade de uso.
- Esteve alguns anos em desuso mas na década de 80 surgiu a indicação para ser utilizado em pediatria. Em 2005 a American Heart Association defendeu a utilização em ressuscitação cardiopulmonar e urgências cardiovasculares.
- O Conselho Europeu de Ressuscitação [ERC] e o protocolo ATLS [Advanced Trauma Life Support] também preconizam a utilização desta via.

7

- Os dispositivos IO infundem medicação diretamente na medula óssea, levando menos de 20 segundos para atingir a circulação sistêmica, dado que a cavidade medular é composta por medula óssea e uma extensa rede de capilares que convergem para um seio venoso central, fazendo com que os fármacos administrados por esta via atinjam rapidamente a circulação sistêmica.
- São acessos utilizados em situações de emergência, em adultos, pediatria ou situações militares. São também uma opção para quando a obtenção de acesso IV [intravenoso] não é bem sucedida.
- É uma técnica de fácil execução, atingido sucesso em 90-95% das vezes que é executada.
• Leva cerca de 20 a 40 segundos a ser obtida.

8

Segundo Mason *et al.* (2020) o não uso do dispositivo IO deve-se a problemas relacionados: com a inserção (local errado), problemas técnicos (não funcionamento do dispositivo ou cateter dobrado), e extravasamentos.

A obtenção de um acesso IO pode ser difícil, especialmente em pacientes desidratados, em choque, com edema, obesos ou durante PCR [paragem cardiorrespiratória].

A obtenção de acesso IO é mais rápida comparativamente à obtenção de acesso IV.



INDICAÇÕES

Quando o acesso IV não for rapidamente estabelecido

PCR

Choque

Grandes queimados

Politraumatizados

Desidratação severa

Overdoses de drogas

Cetoacidose diabética

Arritmias

Estado de mal-estar epiléptico

No recém-nascido o acesso pela veia umbilical deve ser preferencial ao acesso IO, no entanto quando acesso IV não se consegue obter este deve ser a alternativa

11

TIPOS DE DISPOSITIVOS

Agulhas de colocação manual – agulhas de Cook (tem um trocar em forma piramidal) ou Jashmidi (com agulha biselada)

Sistema de infusão IO FAST (First Access for Shock and Trauma) – utilizado maioritariamente em situações de emergência em trauma, e apenas pode ser colocado na parte superior do esterno

Dispositivo de colocação mediante disparo – pistola de injeção IO (BIG – Bone Injection Gun)

Conjunto de perfuração IO motorizado – EZ-IO®

12

COLOCAÇÃO

O procedimento de colocação deve ser realizado sob condições estéreis, a pele deve ser desinfetada segundo as indicações de desinfecção para acesso vascular.

Se o paciente estiver consciente deve-se administrar anestésico local.

13

PARA SABER SE O ACESSO IO ESTÁ COLOCADO NO LOCAL CORRETO:

A agulha deve permanecer em posição reta sem suporte

Ao aspirar conteúdo terá de vir conteúdo da medula óssea

A infusão de bólus não pode ter resistência nem apresentar edema nos tecidos

Deverá existir um bom débito gravitacional da solução colocada em perfusão

14

CUIDADOS A TER

Registrar no historial do paciente a via escolhida, calibre, local da punção, data e hora de colocação, fármacos administrados

Imobilização adequada do membro

Vigiar pulsos distais do membro, cor, aspeto e temperatura

Confirmar que a via está permeável e mantê-la com soroterapia em curso

Infundir 10ml de soro após administrar terapêutica em bólus no adulto e 5ml em crianças

Retirar assim que se conseguir um acesso venoso permeável

Não deixar colocado mais de 24h

Assim que se retirar deve-se desinfetar a zona e realizar pressão durante aproximadamente 5 minutos

15

COMPLICAÇÕES DO ACESSO IO

Infeção ou celulite no local de inserção

Hemorragia

Lesões ósseas – osteomielite, fratura e lesões da placa de crescimento

Síndrome compartimental

Abrasão dérmica ou queimadura de fricção

Dobra ou quebra de agulhas durante a inserção

Extravasamento de fluido

Hematoma local

Dor

Embolia gordurosa ou gasosa

Artrite séptica (mais raro)

Sépsis

16

CONTRAINDICAÇÕES DO ACESSO IO

- Fratura no osso a ser puncionado
- Presença de dispositivo ortopédico ou prótese no membro
- Infecção da pele ou partes moles adjacentes
- Doenças ósseas (osteopenia, osteogênese, osteoporose, osteomielite)
- Cirurgia prévia
- Queimaduras
- Celulite localizada no local de inserção
- Tentativa falhada de colocação de acesso IO no mesmo osso
- Incapacidade de localizar o local correto de inserção
- Pacientes com traumatismo abdominal grave (deve-se eleger um local diferente para estabelecer o acesso, por exemplo membros superiores)

17

VARIÁVEIS QUE AFETAM O SUCESSO DA COLOCAÇÃO DE ACESSO IO

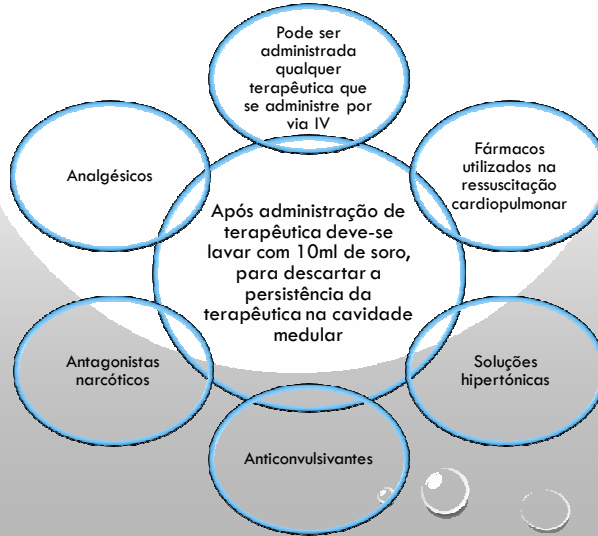
NÍVEL DE TREINO DO
PROFISSIONAL

HABILIDADE PRÁTICA

TIPO DE DISPOSITIVO IO
COLOCADO

18

TERAPÊUTICA QUE SE PODE ADMINISTRAR



19

SEGUNDO PETITPAS ET AL. (2016) OS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS E FLUÍDOS ADMINISTRADOS POR VIA IO SÃO:

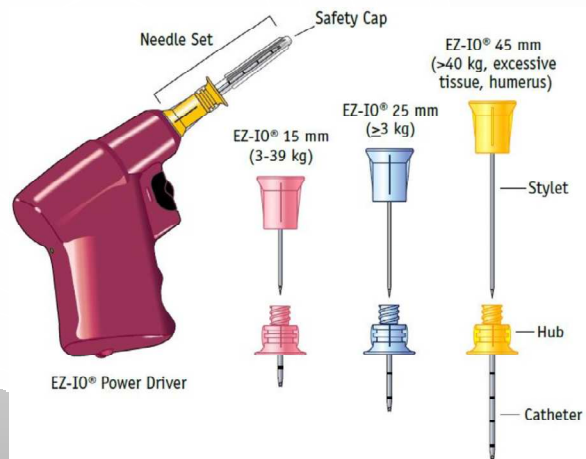


20

EZ-IO®

- É o único dispositivo alimentado por bateria no mercado e requer menos força para inserir em comparação com outros dispositivos.
- A agulha rosa de 15mm é a mais curta, e está indicada para crianças com peso corporal entre 3-39kg. É utilizada quando há muito pouca profundidade do tecido sobre o osso, por exemplo, numa criança saudável e gordinha de 6 meses, poderá não ser suficiente para aceder à tibia.
- A agulha azul de 25mm é utilizada nos acessos à tibia, quer em acessos proximais ou distais. Para doentes com peso superior a 39kg.
- A agulha amarela de 45mm é utilizada quando a agulha azul não é suficientemente longa, para peso superior a 39kg, existência de tecido excessivo (edema, musculatura grande e obesidade), fémur e no úmero.

21



CONJUNTO DE PERFURAÇÃO MOTORIZADO
E AGULHAS EZ-IO

IMAGEM RETIRADA DE WWW.TERREX.COM

22

DICAS DE SELEÇÃO DE CONJUNTO DE AGULHAS

IMAGEM RETIRADA DE WWW.TELEFLEX.COM

Needle Set Selection Tips

With the tip of the needle set touching bone, at least 1 black line must be visible above the skin

Black lines

23

O local comum do acesso IO, mais relatado em adultos, é o úmero e a tíbia distal.

A colocação de acesso IO é caracterizado por uma curva de aprendizagem rápida e uma equivalência efetiva à do acesso venoso periférico.

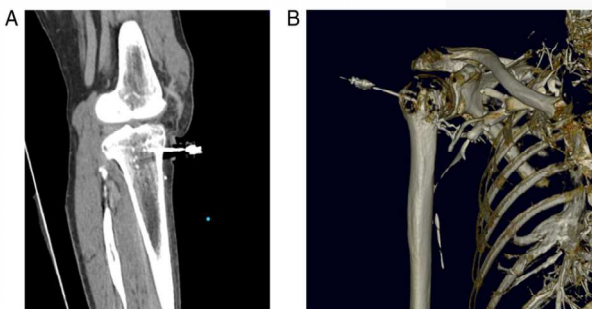
24

A – TAC EXEMPLIFICATIVO DE LOCAL CORRETO DE COLOCAÇÃO DE ACESSO IO NA TÍBIA.

B – TAC EXEMPLIFICATIVO DE LOCAL CORRETO DE COLOCAÇÃO DE ACESSO IO NO ÚMERO.

IMAGEM RETIRADA DE

[HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/L.AJEM.2015.11.013](http://dx.doi.org/10.1016/l.ajem.2015.11.013)



25

A razão mais comum para a falha nos acessos IO em pediatria, é a escolha da agulha errada, escolha da agulha de 15mm quando a de 25mm é a indicada, dado a profundidade dos tecidos.

O acesso IO tibial é considerado mais fácil e rápido que o umeral, pois tem menos tentativas mal sucedidas e menos deslocamentos.

Por sua vez o acesso IO umeral é essencial em situações de trauma dos membros inferiores e queimaduras.

26

Segundo Helm *et al.* (2015) o acesso venoso IO EZ-IO® provou ser viável e com uma taxa de sucesso alta em pacientes adultos e pediátricos, em contexto de emergência.

Por sua vez, Feinstein *et al.* (2017) defendem que o acesso IO é cada vez mais praticado no extra-hospitalar, dado a sua facilidade de uso. Bem como, o uso do membro inferior em comparação com o membro superior, pode produzir níveis de medicação mais lentos ou mais baixos.

É a única alternativa ao acesso IV em contexto de PCR, no adulto.

Permite fornecer uma administração rápida e um grande volume de fluídos, podendo atingir 150ml/min na via umeral e tibial.

27

ACESSO IO NA TÍBIA PROXIMAL

Para encontrar o local de referência na tíbia proximal, estende-se o membro inferior, depois tem de se localizar a patela para descer cerca de 2 dedos de largura (3cm) abaixo desta e ao longo do plano medial da tíbia

Nas crianças o local correto encontra-se a cerca de 1 dedo de largura (1cm) abaixo da patela e ao longo do plano medial da tíbia

Deve-se iniciar com a introdução da agulha na pele a um ângulo de 90°, redirecionando depois para 10° em direção caudal

Após sentir atravessar a primeira cortical deve-se conter a pressão efetuada para que não perfure a segunda cortical

28





ACESSO IO NA TÍBIA DISTAL

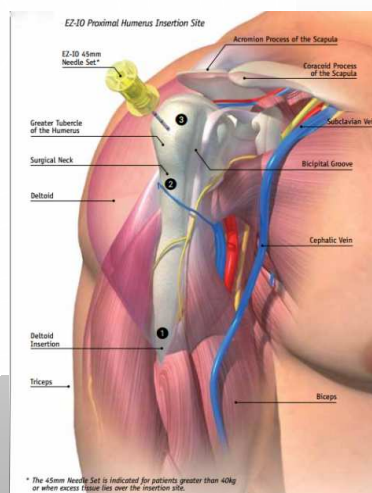
Para encontrar o local de inserção do acesso IO na tíbia distal em adulto deve-se localizar o maléolo medial, seguidamente deslocar-se cerca da largura de 2 dedos (3cm) para a parte plana do osso, e encontra-se aí o local correto.

Nas crianças o local correto determina-se exatamente da mesma maneira, dando que o local de inserção encontra-se a cerca da largura de 1 dedo.

33

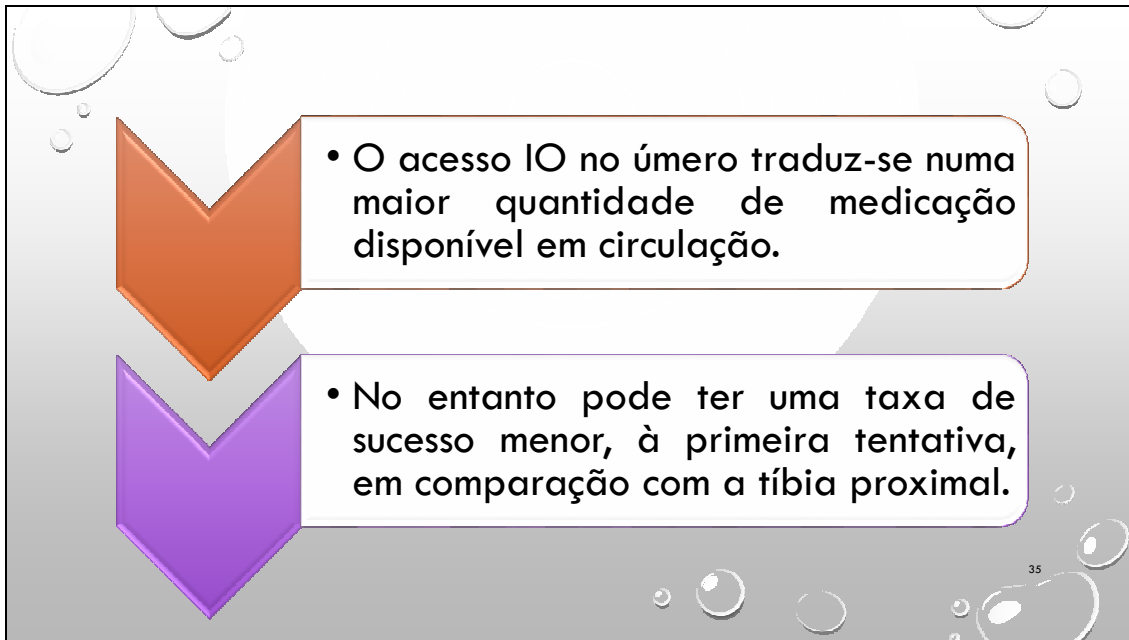
ACESSO IO NO ÚMERO

- PARA ENCONTRAR O LOCAL CORRETO DO ACESSO IO UMERAL O PACIENTE DEVE ESTAR DEITADO EM DECÚBITO DORSAL. O BRAÇO DO PACIENTE DEVE SER COLOCADO EM POSIÇÃO FLETIDA A 90° COM A MÃO POUSADA NO ABDÔMEN E UMBIGO.
- DESLIZAR O POLEGAR AO LONGO DO ÚMERO ATÉ ENCONTRAR O TUBÉRCULO MAIOR



34

IMAGEM RETIRADA DE [HTTP://ALGUIS.COM.BR/MEDICINA/MEDICA/UMA-UMERAL-NEEDLE-100101101/](http://alguis.com.br/medicina/medica/uma-umeral-needle-100101101/)



- O acesso IO no úmero traduz-se numa maior quantidade de medicação disponível em circulação.
- No entanto pode ter uma taxa de sucesso menor, à primeira tentativa, em comparação com a tibia proximal.

35

QUEM PODE COLOCAR O ACESSO IO ?

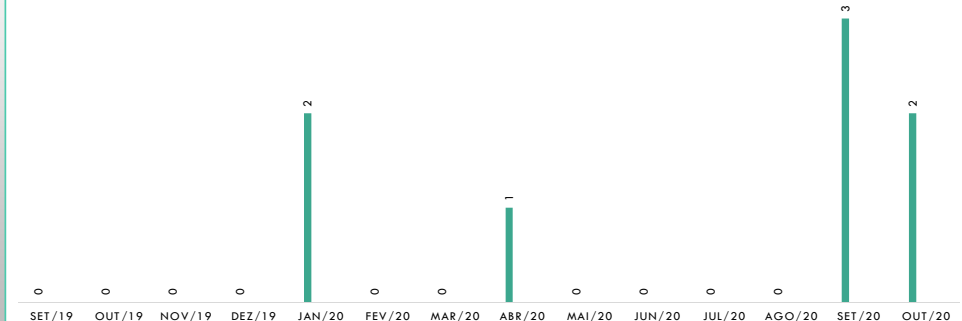
Um profissional que esteja treinado e habilitado para o procedimento.

Devem ser seguidas as recomendações dos protocolos institucionais.

36

CURIOSIDADES

COLOCAÇÃO BEM SUCEDIDA DE ACESSOS VENOSOS IO NA VMER SFX NO ÚLTIMO ANO



37

CONCLUSÃO

A COLOCAÇÃO DE UM ACESSO IO É UMA TÉCNICA DE FÁCIL EXECUÇÃO E QUE ATINGE SUCESSO EM 90-95% DAS VEZES QUE É EXECUTADA.

É DE RÁPIDA EXECUÇÃO, POIS LEVA CERCA DE 20 A 40 SEGUNDOS A SER OBTIDA. O QUE TORNA A OBTENÇÃO DE ACESSO IO MAIS RÁPIDO COMPARATIVAMENTE À OBTENÇÃO DE ACESSO IV.

ASSIM, É CADA VEZ MAIS PRATICADA E INDICADA PARA O EXTRA-HOSPITALAR.

NO ENTANTO O SEU SUCESSO DEPENDE DO NÍVEL DE TREINO DO PROFISSIONAL E DA SUA HABILIDADE PRÁTICA.

38

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (2018). ATLS® - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT®: STUDENT COURSE MANUAL (TENTH EDITION). UNITED STATES OF AMERICA: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://VIAAREARCP.FILES.WORDPRESS.COM/2018/02/ATLS-2018.PDF](https://viaarearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf).
- CARLOS, ED., IBARROLA, L.U. & GURPEGI, N.B. (2018). ACCESOS INTRAÓSEOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=D7f8DD0A-22E8-427A-9406-ED85800CEA5E%40PDC-V-SESSMGRO6](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=D7f8DD0A-22E8-427A-9406-ED85800CEA5E%40PDC-V-SESSMGRO6).
- CHALOPIN, T., LÉMAIGNEN, A., GUILLON, A., GEFFRAY, A., DEROT, G., BAHUAUD, O., AGOUT, C., ROSSET, P., CASTELLIER, C., DE PINIEUX, G., VALENTIN, A., BERNARD, L., BASTIDES, F. & CENTRE DE RÉFÉRENCE DES INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES DU GRAND-OUEST. (2018). ACUTE TIBIAL OSTEOMYELITIS CAUSED BY INTRAOSSEOUS ACCESS DURING INITIAL RESUSCITATION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1186/S12879-018-3577-8](https://doi.org/10.1186/s12879-018-3577-8).
- CLEMENCY, B., TANAKA, K., MAY, P., INNES, J., ZAGROBA, S., BLASZAK, J., HOSTLER, D., COONEY, D., MCGEE, K. & LINDSTROM, H. (2017). INTRAVENOUS VS. INTRAOSSEOUS ACCESS AND RETURN OF SPONTANEOUS CIRCULATION DURING OUT OF HOSPITAL CARDIAC ARREST. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2016.10.052](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.10.052).
- DEBOER, S., CHANCEY, J., RUSHING, M., DEBOER, L. & SEAVER, M. (2020). INTRAOSSEOUS INSIGHTS: TIPS AND TRICKS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2019.10.004](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.10.004).
- DORNHOFFER, P. & KELLAR, J.Z. (2020). INTRAOSSEOUS VASCULAR ACCESS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/BOOKS/NBK554373/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554373/).
- DROZD, A. & MADZIALA, M. (2016). NURSES' ATTITUDES AND BELIEFS CONCERNING INTRAOSSEOUS ACCESS IN PEDIATRIC PATIENTS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2016.06.064](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.064).
- DYMOND, M., O'DOCHARTAIGH, D. & DOUMA, M.J. (2019). INSIGHTS FROM A TERTIARY CARE INTRAOSSEOUS INSERTION PRACTICE IMPROVEMENT REGISTRY: A 2-YEAR DESCRIPTIVE ANALYSIS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JEN.2018.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.013).
- ELLIOTT, A., DUBE, P., COSSSETTE-CÔTE, A., PATAKALVI, L., VILLENEUVE, E., MORRIS, M. & GOSSELIN, S. (2017). INTRAOSSEOUS ADMINISTRATION OF ANTIDOTES – A SYSTEMATIC REVIEW. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/15563650.2017.1337122](https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1337122).
- FEINSTEIN, B.A., STUBBS, B.A., REA, T., KUDENCHUK, P.J. (2017). INTRAOSSEOUS COMPARED TO INTRAVENOUS DRUG RESUSCITATION IN OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2017.08.071](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.08.071).
- GENDRON, B., CRONIN, A., MONTI, J. & BRIGG, A. (2018). MILITARY MEDIC PERFORMANCE WITH EMPLOYMENT OF A COMMERCIAL INTRAOSSEOUS INFUSION DEVICE: A RANDOMIZED, CROSSOVER STUDY. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2018.04.042](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2018.04.042).

39

- HELMA, M., HAUNSTEINA, B., SCHLECHTRIEMENC, T., RUPPERTB, M., LAMPLA, L. & GÄBLERB, M. (2015). EZ-IO® INTRAOSSEOUS DEVICE IMPLEMENTATION IN GERMAN HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.RESUSCITATION.2014.12.015](http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.015).
- HOPP, A.C., LONG, J.R., FOX, M.G. & FLUG, J.A. (2020). IATROGENIC HUMERAL ANATOMIC NECK FRACTURE AFTER INTRAOSSEOUS VASCULAR ACCESS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S00256-020-03462-4](https://doi.org/10.1007/s00256-020-03462-4).
- JOHNSON, M., INABA, K., BYERLY, S., FALSGRAF, E., LAM, L., BENJAMIN, E., STRÜMWASSER, A., DAVID, J., DEMETRIADES, D. (2016). INTRAOSSEOUS INFUSION AS A BRIDGE TO DEFINITIVE ACCESS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=8C9FA88B-DECD-4232-88D6-C66997D925F2%40SESSIONWCR10](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=8C9FA88B-DECD-4232-88D6-C66997D925F2%40SESSIONWCR10).
- KEHRL, T., BECKER, B.A., SIMMONS, D.E., BRODERICK, E.K. & JONES, R.A. (2016). INTRAOSSEOUS ACCESS IN THE OBESE PATIENT: ASSESSING THE NEED FOR EXTENDED NEEDLE LENGTH. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2016.06.055](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.055).
- KELEKIS, A. & SCHALLER, L. (2015). SYSTEM, APPARATUS AND METHOD FOR ESTABLISHING INTRAOSSEOUS VASCULAR ACCESS. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://PATENTS.GOOGLE.COM/PATENT/US20150314118A1/EN](https://patents.google.com/patent/US20150314118A1/en).
- KHANA, M.N.H., JAMALB, A.B. & ANJUMA, S.N. (2020). COMPLICATIONS OF INTEROSSEOUS INFUSION RESULTING IN A DIAGNOSTIC DILEMMA. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.TCB.2020.100289](https://doi.org/10.1016/j.tcb.2020.100289).
- MASON, M.F., WALLIS, M., LORD, B. & BARR, N. (2020). PREHOSPITAL USE OF PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS AND INTRAOSSEOUS DEVICES: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW OF CURRENT PRACTICES AND ISSUES. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2020.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.004).
- MIRANDA, J.M.G., FRANCO, M.D.L., VALENZUELA, S.C. & ASENSIO, J.G. (2017). PROCEDIMIENTO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA COMO SEGUNDA VÍA DE ELECCIÓN. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=E88436C9-F37E-4121-8E41-5C0C0A89088P%40PDC-V-SESSMGRO6](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=E88436C9-F37E-4121-8E41-5C0C0A89088P%40PDC-V-SESSMGRO6).
- MORI, T., TAKI, H., SASAOKA, Y., NOMURA, O. & IHARA, T. (2020). SEMI-AUTOMATIC INTRAOSSEOUS DEVICE (EZ-IO) IN A PAEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM DOI:10.1111/JPC.14940.
- OVERBEY, J.K. & KON, A.A. (2016). DERMAL ABRASION EXPERIENCED AS AN ADVERSE EFFECT OF THE EZ-IO®. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.JEN.2015.09.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.09.005).
- PEGUET, O., BEISEL, A., CHASSERY, C., GUEUGNAUD, P. & BOUCHUT, J. (2019). INTRAOSSEOUS DEVICES IN SMALL CHILDREN: THE NEED FOR A CLEARLY DEFINED STRATEGY. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2019.04.011](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.04.011).

40

- FENKETH, J., MCDONALD, M. & KELLY, F.E. (2016). EZ-IO® INTRAOSSEOUS ACCESS TEACHING IN THE WORK-PLACE USING A MOBILE 'TEA TROLLEY' TRAINING METHOD. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.RESUSCITATION.2015.11.016](http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.11.016).
- PETIPAS, F., GUNEZAN, J., VENDEUVRE T., SCEPI, M., ORIOT, D. & MIMOZ, O. (2016). USE OF INTRA-OSSEOUS ACCESS IN ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM DOI 10.1186/S13054-016-1277-6.
- PIGNATARO, C. (2015). INTRAOSSEOUS ACCESS: WHAT'S OUT THERE?. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://WEB.EBSCOHOST.COM/EHOST/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=1C52050F-8038-4CC0-94A4-1114DF7B1621%40SDC-V-S&SMSG02](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1c52050f-8038-4cc0-94a4-1114df7b1621%40SDC-V-S&SMSG02).
- POZO, M.C.A., ORTIZ, A.M.L. & PÉREZ, C.A. (2018). LA VÍA INTRAÓSEA: ACTUACIÓN Y MANEJO EN SITUACIONES DE URGENCIA. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=99828800-EDS2-466A-9312-488B0EB20D4C%40PDC-V-SESSMAG05](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=99828800-eds2-466a-9312-488b0eb20d4c%40PDC-V-SESSMAG05).
- PREIS, L.C. (2018). CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL INTERDISCIPLINAR DE PUNÇÃO INTRAÓSEA EM PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS. DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, FLORIANÓPOLIS.
- RECHE, L.M., DA ROSA, G.A. & JUNQUEIRA, N.S.T. (2018). RESPALDO LEGAL E IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE A PUNÇÃO INTRAÓSEA. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://WWW.JCPCSC.COM.BR/OJS/INDEX.PHP/GEPEVIDA](http://www.jcpcsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida).
- SCHUMAHER, M.L.N., JARA, C.P., BÓBBO, V.C.D., GALLASCH, C.H. & FERREIRA, L.R.C. (2018). LIMITAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO ACESSO INTRAÓSSO: ASPECTOS DA ENFERMAGEM E DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=5093DA6E-2D8A-4879-A821-94494D37796C%40SDC-V-S&SMSG02](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=5093da6e-2d8a-4879-a821-94494d37796c%40SDC-V-S&SMSG02).
- SCHUMMER W. (2020). INTRAOSSEOUS ACCESS UNDER ADVERSE CIRCUMSTANCES. ANNALS OF CLINICAL AND MEDICAL CASE REPORTS. 2(4): 1-2. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://WWW.ACMCASEREPORT.COM/PDF/ACMCR-V2-1173.PDF](https://www.acmcasereport.com/pdf/acmcr-v2-1173.pdf).
- SUOMINEN, P. K., NURMI, E. & LAUERMA, K. (2015). INTRAOSSEOUS ACCESS IN NEONATES AND INFANTS: RISK OF SEVERE COMPLICATIONS – A CASE REPORT. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM DOI: 10.1111/AAS.12602.
- SZARPAK, L., KUROWSKI, A., ADAMCZYK, P., CZYZEWSKI, L., TRUSZEWSKI, Z. & ZAŚKO, P. (2016). ARE JUNIOR DOCTORS TRAINED TO USE TO USE INTRAOSSEOUS ACCESS?. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.AJEM.2015.10.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.10.020).
- SZARPAK, L., TRUSZEWSKI, Z., RUDALEJ, M. & KRAJEWSKI, P. (2016). THE INTRAOSSEOUS ACCESS DEVICES AS A METHOD OF VASCULAR ACCESS DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=781153CB-0A82-459F-8348-30F126C%40PDC-V-SESSMAG05](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=781153cb-0a82-459f-8348-30f126c%40PDC-V-SESSMAG05).
- ZASKO, P., SZARPAK, L., KUROWSKI, A., TRUSZEWSKI, Z. & CZYZEWSKI, L. (2016). SUCCESS OF INTRAOSSEOUS ACCESS PROCEDURE IN SIMULATED ADULT RESUSCITATION. ACEDIDO A 11 DE OUTUBRO DE 2020, EM [HTTPS://EDS.B.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIEWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=781153CB-0A82-459F-8348-30F126C%40PDC-V-SESSMAG05](https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=781153cb-0a82-459f-8348-30f126c%40PDC-V-SESSMAG05).

**APÊNCICE III – Questionário Para Avaliação Da Formação Apresentada
À Equipa Da VMER**

Avaliação da Formação "Acessos Venosos IO"

Este formulário destina-se à avaliação da ação de formação sobre o tema "Acessos Venosos IO", realizada para os funcionários da VMER [REDACTED] no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Com base nas respostas obtidas pretende-se introduzir melhorias para futuras ações de formação.

***Obrigatório**

1. Email *

2. De 1 a 5, em quanto avalia a utilidade prática e profissional desta ação de formação? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

3. De 1 a 5, quanto acha que esta ação de formação leva à sensibilização a novas atitudes? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

4. De 1 a 5, em quanto classifica a metodologia utilizada? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

5. De 1 a 5, em quanto classifica a duração da ação de formação? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

6. De 1 a 5, em quanto classifica a qualidade dos conteúdos? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

7. Indique sugestões ou opiniões sobre a ação de formação. *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE IV – Avaliação Da Formação Apresentada À Equipa Da
VMER**

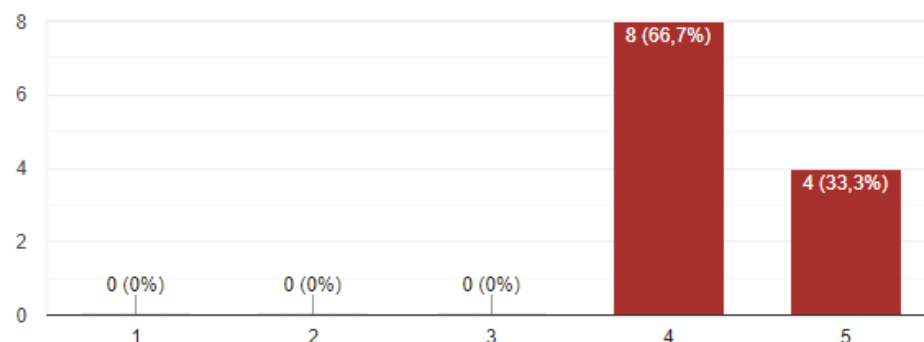


- ✓ Na primeira questão do questionário de avaliação da ação de formação efetuada na VMER, 66,7% dos inquiridos considera a que esta ação de formação foi “muito útil” e 33,3% considera que esta ação de formação foi “útil”.

De 1 a 5, quanto acha que esta ação de formação leva à sensibilização a novas atitudes?

 Copiar

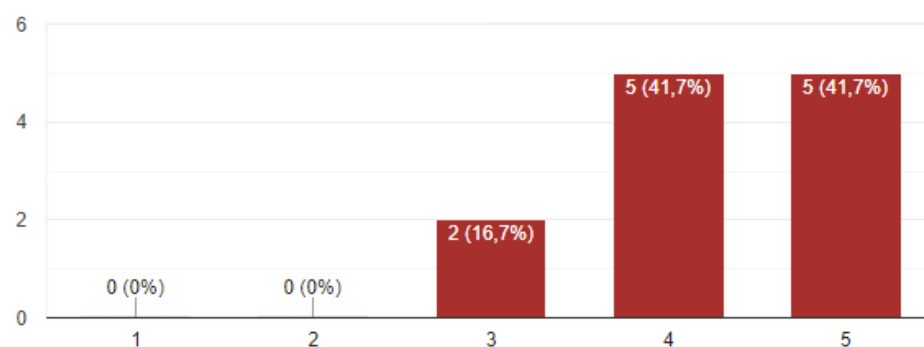
12 respostas



De 1 a 5, em quanto classifica a metodologia utilizada?

 Copiar

12 respostas

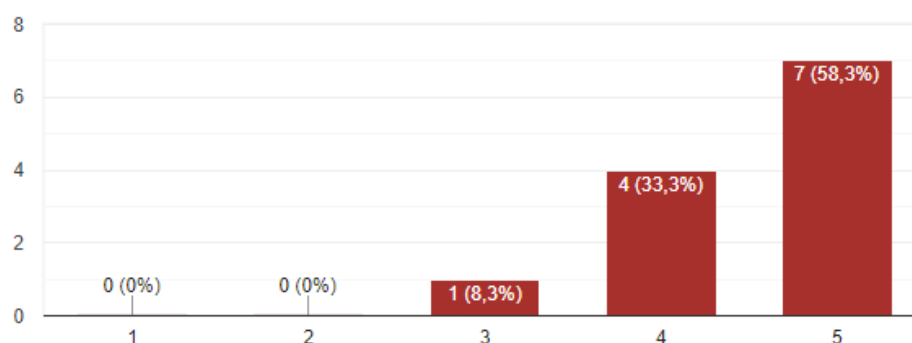


- ✓ Na segunda questão do questionário intitulada “quanto acha que esta ação de formação leva à sensibilização a novas atitudes”, dos inquiridos 66,7% selecionou “bom” e 33,3% dos inquiridos selecionou “muito bom”. Ou seja 33,3% acham que efetivamente esta ação de formação vai levar à sensibilização de novas atitudes e 66,7% acham que pode levar a essa sensibilização.
- ✓ Na terceira questão intitulada “quanto classifica a metodologia utilizada”, 41,7% dos inquiridos classificou de “muito bom” e de “bom”, 16,7% classificou de “satisfaz”. Atenda-se que o facto de se estar a passar uma pandemia Covid-19 restringiu a apresentação presencial.

De 1 a 5, em quanto classifica a duração da ação de formação?

 Copiar

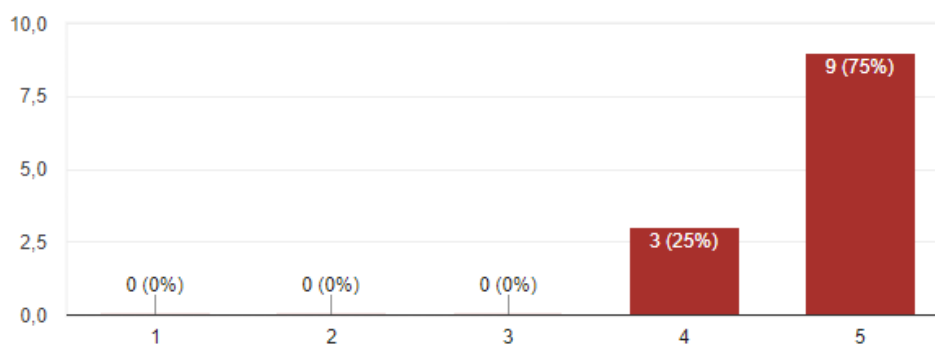
12 respostas



De 1 a 5, em quanto classifica a qualidade dos conteúdos?

 Copiar

12 respostas



- ✓ Na quarta questão intitulada “em quanto classifica a duração da ação de formação”, 58,3% dos inquiridos classifica de “muito bom”, 33,3% dos inquiridos classifica de “bom” e 8,3% dos inquiridos classifica de “satisfaz”.
- ✓ Na quinta questão intitulada “em quando classifica a qualidade dos conteúdos”, 75% dos inquiridos classifica de “muito bom” e 25% dos inquiridos classifica de “bom”.

Indique sugestões ou opiniões sobre a ação de formação.

12 respostas

treino prático é fundamental

Um ótimo tema para rever.

Muito útil

Formação muito pertinente para a prática dos operacionais. Só não pontuei 5 a tudo porque, do meu ponto de vista, é uma formação que carece de uma componente prática para a aquisição de conhecimentos e competências em pleno.

Útil

Efectuar bancas de treino

Muito pertinente e um "refreshment" sempre bem vindo.

Muito prática e bem construída

Abordares diderentes dispositivos de IO

Foi muito útil

Seria importante, para os elementos mais jovens da equipa, terem a possibilidade de realização de treino em manequim.

Colocar um vídeo/link demonstrativo da colocação da IO na apresentação

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

- ✓ Na sexta questão foi colocado um campo de resposta aberta em que os inquiridos poderiam efetuar sugestões ou opiniões relativas à apresentação.

APÊNDICE V – Certificado De Participação E Apresentação Do Poster Intitulado “Implicações Da Musicoterapia No Pós-Operatório Em Clientes Adultos E Idosos” Nas VIII Jornadas Nacionais De Enfermagem Da Católica e VI Jornadas Internacionais De Enfermagem Da Católica – Enfermagem Ao Serviço Do Bem Comum

ENFERMAGEM

AO SERVIÇO

DO BEM COMUM



VIII JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
E VI JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA - PORTUGAL


CERTIFICADO

Certifica-se que o Poster

Implicações da Musicoterapia no Teótipo Operatório em doentes adultos e idosos

elaborado por *Casinha, A. Correia, B. Lima, E. João, M. Sequeira, T. Siqueira, V. Ferreira, C.*

foi apresentado nas VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica e VI Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica - **Enfermagem ao Serviço do Bem Comum**, organizadas pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do ICS da Universidade Católica Portuguesa que decorreu no dia 27 de junho de 2019 em Lisboa.


Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice Sousa
(Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP)


Prof. Doutor Sérgio Deodato
(Diretor da EEL-ICS-UCP)