



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

**FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO DO PACIENTE EM UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**FACTORS THAT INFLUENCE PATIENT COMFORT IN THE INTENSIVE
CARE UNIT**

Catarina Pimentel Soares da Silva

Lisboa 2021



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

.....

**FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO DO PACIENTE EM UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**FACTORS THAT INFLUENCE PATIENT COMFORT IN THE INTENSIVE CARE
UNIT**

Catarina Pimentel Soares da Silva

Sob orientação de Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa 2021

AGRADECIMENTOS

No momento em que mais uma importante etapa da vida se encontra no fim, não posso deixar de prestar a minha sincera gratidão àqueles que me acompanharam e incentivaram durante este período.

À Professora Patrícia Pontífice Sousa por todas as orientações e disponibilidade demonstrada para a realização deste trabalho. Pela amabilidade e preocupação manifestada durante este período não só pelo meu percurso profissional como pessoal.

Aos meus enfermeiros orientadores e às equipas multidisciplinares que me acolheram nos seus serviços e que partilharam comigo os seus conhecimentos e boa disposição.

Aos meus pais e irmão, que compreenderam todas as ausências, apoiaram, acarinharam e demonstraram o maior orgulho durante todo o percurso.

À restante família, não menos importante, por me ensinarem os mais importantes valores da vida e por me darem apoio incondicional.

Aos amigos, aos que sempre foram e aos que se tornaram, por nunca me deixarem fracassar e por me acompanharem sempre.

Para vocês, o meu maior Obrigado!

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo demonstrar as atividades desenvolvidas e a reflexão sobre o percurso de estágio realizado em três contextos, com 180 horas de contacto cada, analisando criticamente as experiências vividas e o desenvolvimento de competências que caracterizam o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Neste percurso o objetivo geral consistiu em desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e à sua família. O principal foco centrou-se no conforto do paciente e família pelo que foi realizada uma revisão de sistemática da literatura com o tema: “Fatores que influenciam o conforto do paciente em Unidade de Cuidados Intensivos”.

Identificar os modos e formas de confortar permite aos enfermeiros contribuir e dar sentido ao processo de conforto (Sousa, 2020). As qualidades humanas e profissionais para a base da relação confortadora são disposições, atitudes, que se vão assumindo como padrões de estrutura para os enfermeiros, facilitando o processo confortador. Estas qualidades surgem como elementos de competência fundamentais para lidar com manifestações do processo de adaptação do paciente, ao contexto de saúde e de doença, de forma a ajudá-lo não só a aliviar o sofrimento e desconfortos variados, como também a ultrapassar de forma positiva a situação, sendo por isso reconhecido o seu efeito confortador (Sousa, 2020).

Descritores: Enfermagem; Doente crítico; Conforto do paciente;

ABSTRACT

This report arises in the scope of the Master's Degree in Nursing and specialization in Medical-Surgical nursing by the Health and Science Institute of the Portuguese Catholic University. It aims to demonstrate the activities developed and to reflect the clinical placement's path carried out in three contexts, with 180 hours of contact each, critically analyzing the experiences and the development of skills that characterize the specialized nursing care for people in critical situations and their families. The main focus was on patient and family comfort, therefore a systematic review was carried out with the theme: "Factors that influence patient comfort in the intensive care unit".

Identifying the ways and means of comforting allows nurses to contribute to the comfort process (Sousa, 2020). The human and professional qualities for the comforting relationship are dispositions, attitudes, which are assumed as patterns of structure for nurses, facilitating the comforting process. These qualities appear as elements of fundamental competence, to deal with manifestations of the patient's adaptation process, to the context of health and illness, in order to help not only to relieve the various suffering and discomforts, but also to overcome in a positive way the situation, which is where the comforting effect is recognized (Sousa, 2020).

LISTA DE SIGLAS

DAV- Dispositivos de Assistência Ventricular

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICS- Instituto de Ciências da Saúde

NE- Níveis de Evidência

OE- Ordem dos Enfermeiros

QM- Qualidade Metodológica

SO- Serviço de observação

SUG- Serviço de Urgência Geral

TOT- Tubo Endotraqueal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP- Universidade Católica Portuguesa

VM- Ventilação Mecânica

ÍNDICE

RESUMO	7
ABSTRACT	9
LISTA DE SIGLAS	11
ÍNDICE	13
INTRODUÇÃO	15
1. FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO DO PACIENTE EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	17
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	37
2.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2.2 MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	38
2.3 MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA	45
2.4 MÓDULO III- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES..	50
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	63
APÊNDICE I- APRESENTAÇÃO PROJETO DE ESTÁGIO- MÓDULO II.....	65
APÊNDICE II- POSTER SUTURAS	67
APÊNDICE III- APRESENTAÇÃO PROJETO DE ESTÁGIO- MÓDULO III.....	69
.....	70
APÊNDICE IV- POSTER: “FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO EM UCI”	71

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pessoa em situação crítica.

Durante este período foram realizados três estágios, o primeiro decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG), de 15 de Junho a 7 de Agosto de 2020, seguido pelo estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de cirurgia cardiotorácica, de 7 de Setembro a 27 de Outubro de 2020. Por fim, foi realizado estágio em UCI polivalente (UCIP) de 2 de Novembro de 2020 a 14 de Janeiro de 2021. Todos os estágios foram realizados com um total de 180 horas de contato sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Escolhi cada um destes serviços pelas oportunidades únicas que me poderiam dar e as experiências vividas em cada um deles tanto a nível profissional como pessoal. No primeiro, por ser um SUG diferenciado que abrange uma vasta população. A UCI de cirurgia cardiotorácica por ser altamente conceituada e tecnicamente diferenciada. O terceiro e último estágio foi realizado em UCIP por ser uma área em que tenho bastante interesse e o por ser uma unidade polivalente, esta tem uma grande complementaridade ao meu local de trabalho, bloco operatório. A escolha destes locais de estágio foi feita de modo a ir ao encontro do meu desenvolvimento pessoal e profissional assim como ao desenvolvimento de competências e objetivos preconizados pelo Instituto de Ciências da Saúde da UCP.

Os objetivos deste Relatório de Estágio são os de compilar toda a informação recolhida ao longo deste período de formação, descrever actividades realizadas, analisar criticamente as competências e objetivos propostos e adquiridos. A obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica permite a aquisição de competências que contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Este trabalho segue os critérios do guião de estágio “Pessoa em Situação Crítica e Família- Vigilância e Decisão Clínica”, o guia da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” elaborados pelo ICS e as referências bibliográficas estão segundo as normas APA. Encontra-se estruturado em 3 capítulos sendo o primeiro a Revisão Sistemática da Literatura com o tema: “Fatores que influenciam o conforto em unidade de cuidados intensivos”, onde abordo a temática do conforto, identificando os fatores promotores e inibidores encontrados após a revisão de literatura com o objetivo de melhorar a abordagem ao tema por parte dos enfermeiros em UCI. Após este capítulo irei contextualizar os campos de estágio, com a descrição do campo, a descrição do processo de desenvolvimento de competências e com a análise reflexiva das atividades e experiências vividas, assim como o crescimento pessoal e profissional deste período de formação. Por fim irei terminar este Relatório de Estágio com a conclusão das várias temáticas expostas neste trabalho.

Foi escolhido o tema do conforto pois, segundo a literatura, o conforto minimiza a experiência de sofrimento inerente à situação da hospitalização e ao momento de transição experienciado, tornando o paciente mais seguro e confortável (Sousa, 2020). A literatura demonstra que os pacientes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos, superam melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se às limitações, curam-se e reabilitam-se mais depressa relativamente aos pacientes desconfortáveis. O enfermeiro é facilitador do processo de conforto.

As teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem (Ribeiro, Martins, Trochin, e Forte, 2018). Estas permitem aos enfermeiros a análise e interpretação de dados possibilitando o planeamento e implementação do cuidado de forma sistemática e intencional. O paradigma da transformação, onde se situa a Teoria de Conforto por Katharine Kolcaba, surge no contexto de se reconhecer às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito (Ribeiro et al., 2018).

1. FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO DO PACIENTE EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Introdução

Pacientes que precisam de internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) são pacientes em que o cuidado hospitalar regular não é suficiente, o equilíbrio fisiológico e as funções orgânicas estão parcialmente ou totalmente disfuncionais e existe uma alta probabilidade de morte devido a trauma ou cirurgia. Estes pacientes enfrentam situações graves que levam ao stress físico e psicológico necessitando de maior observação e de apoio. Sentem dor e medo, tornam-se dependentes na satisfação das suas necessidades e são separados dos seus familiares/pessoas de referência. Existe maior vulnerabilidade, maior necessidade de se expressar e de ser ouvido, maior sensação de desamparo e solidão (Escudero et al., 2015). De acordo com Pazar e Lyigun (2020), estes problemas e o desconforto geral provocam ansiedade, aumentando o tempo de recuperação. Como resultado do aumento do tempo de recuperação e o tempo de estadia no hospital a probabilidade de possíveis complicações também aumenta.

A UCI pode ser pouco acolhedora, até mesmo hostil, com a sua atividade permanente, o ruído, a luz excessiva e a falta de privacidade (Escudero et al., 2015). A gravidade do estado de saúde dos pacientes faz com que os profissionais priorizem a atenção que lhes é dada, dificultando por vezes a relação entre o profissional de saúde e o paciente. Todavia, são os enfermeiros quem mais frequentemente consegue identificar uma potencial causa de desconforto antes de afetar o paciente e eliminar a mesma, em múltiplos contextos (Nural & Alkan, 2018). O enfermeiro é facilitador do processo de conforto, sendo que, desenvolver práticas de cuidado intencionalmente confortadoras é considerado um propósito relevante, ainda que temporário, para grande parte dos desconfortos vividos pelo paciente (Pinto, Caldeira & Martins, 2016; Sousa, 2020). O conforto é um processo multidimensional, intersubjectivo, revestido de complexidade, que se caracteriza pela exigência perante a unicidade

e singularidade de cada pessoa. Pode ser promovido pelas intervenções de enfermagem através da satisfação das necessidades humanas (Sousa, 2020). É um estado de bem-estar que ocorre em qualquer processo de transição saúde-doença (Góis, Feitas, Kolcaba e Mussi, 2018). Este conceito é caracterizado como dinâmico, integra processos, experiências e outros conceitos complexos como: saúde, crescimento, abertura, qualidade de vida, esperança, controlo e tomada de decisão. O conforto está associado a melhoria da condição física, autoestima, autoconfiança, autoconceito, autocontrolo, maior paz de espírito e maior relaxamento corporal.

Objetivo

Identificar os fatores promotores/inibidores de conforto ao paciente em contexto de UCI.

Aspectos éticos

Esta pesquisa não envolveu seres humanos, pelo que não necessitou de apreciação por parte de uma Comissão de Ética. Porém, asseguram-se as regras de boa condução científica, pautadas pelo rigor na referenciação e respeito pelas perspectivas das autoras.

Metodologia

A presente revisão sistemática da literatura teve por base a metodologia recomendada pelas orientações de Joanna Briggs Institute (2015). Foi orientada pela questão de investigação elaborada através do formato PI[C]O: **P**) paciente em contexto de unidade de cuidados intensivos; **I**) fatores promotores/inibidores de conforto; **C**) não se adequa e **O**) conforto. Deste modo formulou-se a seguinte questão: “Quais os fatores promotores/inibidores de conforto do paciente em contexto de unidade de cuidados intensivos?”.

Foram determinados critérios de inclusão e exclusão, para as diferentes fases de seleção e triagem como representado no fluxograma. Inicialmente para a fase de seleção, os critérios de inclusão foram: horizonte temporal de 10 anos (2010-2020), texto completo disponível e artigos em língua inglesa, espanhola e

portuguesa. Foram selecionados artigos consoante a adequação do título, resumo e removidos artigos repetidos, de população pediátrica e neonatal. Após leitura integral dos artigos foram excluídos os que não responderam à questão de investigação. Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos para as duas pesquisas.

Foram realizadas duas pesquisas, tendo a primeira sido feita no motor de busca da EBSCOhost e a segunda na base de dados da PubMed. Ambas tiveram como objetivo recolher uma amostra relevante e um número de artigos considerável para o estudo do tema. Nas duas pesquisas foram utilizados os mesmos descritores Mesh: Patient's comfort, nurs* e intensive care unit e foi utilizada a pesquisa booleana: Patient's comfort AND Nurs* AND Intensive Care Unit. A presente Revisão Sistemática de Literatura foi guiada pela lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), como guia para atingir os padrões aceites nas revisões sistemáticas.

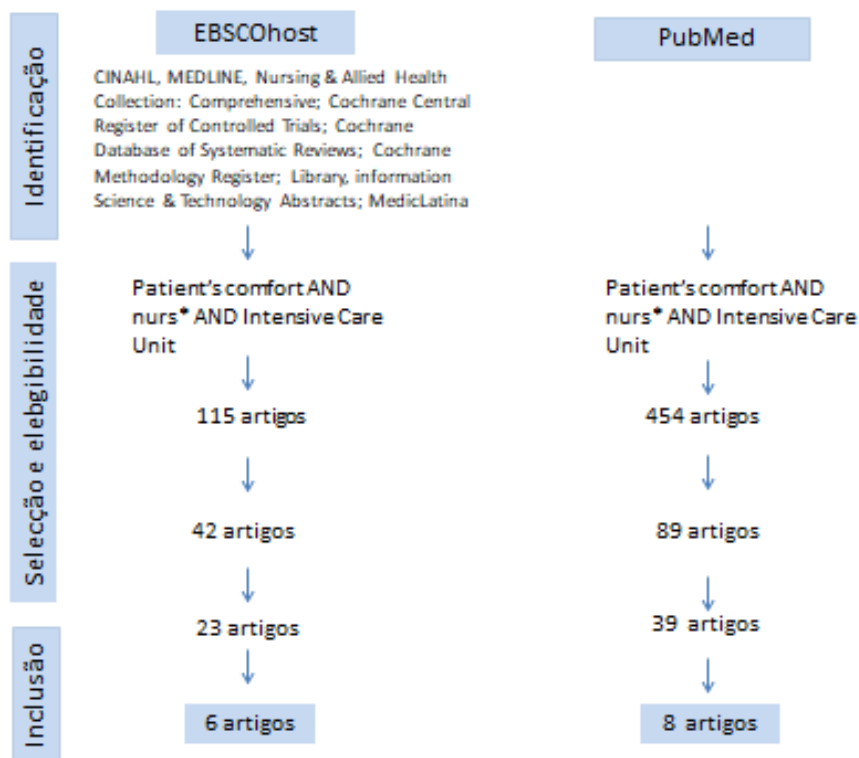
Iniciou-se uma leitura dos títulos, seguida dos resumos e por fim, do texto integral dos artigos obtidos, de forma a selecionar os que respondiam à questão de investigação. Essa leitura, bem como a avaliação da qualidade metodológica (QM) dos estudos, foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, para garantir a avaliação crítica durante o processo de seleção dos artigos. Perante algumas discordâncias entre os pesquisadores foi pedida a avaliação de um terceiro avaliador. A QM dos estudos foi efetuada através dos instrumentos do Joanna Briggs Institute – MASTARI (JBI, 2014; 2017). Foi definido, previamente à realização do estudo por todos os investigadores, que só se incluíam os estudos que demonstrassem QM elevada, ou seja, que apresentassem um score de 8, 9 ou 10 no “MAStARI Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies”(JBI, 2017) (Tabela I).

Resultados

Foram identificados e selecionados na totalidade 14 artigos. Da primeira pesquisa, na EBSCOhost, foram selecionados 6 artigos: dois correspondentes ao ano de 2015, um de 2018 e dois de 2020. Relativamente ao idioma, quatro foram publicados em inglês e dois em espanhol. Da segunda pesquisa, na Pubmed,

foram identificados 8 artigos: tendo dois sido publicados no ano de 2011, um em 2012, um em 2013, um em 2014, dois em 2015 e um em 2018. Sete destes artigos foram publicados em inglês e um em português.

Figura 1- Processo de pesquisa e seleção.



Após análise dos artigos selecionados foi realizada a avaliação dos níveis de evidência, que se encontra no quadro 1, assim como organizados os resultados da pesquisa por autor, título, ano, seguido por objetivo, metodologia e resultados.

Quadro 1- Síntese dos artigos relevantes para análise, da primeira pesquisa.

Autores, ano, título	Objetivos	Metodologia / Nível de evidência (NE)	Resultados
Nural, N., Alkan, S. (2018) Identifying the factors	Identificar os fatores que afetam o conforto e os níveis de conforto dos	Estudo descritivo; 119 participantes (Internados em UCI coronária pelo menos 2 dias; Idade igual ou	Fatores promotores de conforto: Cedência de informações periódicas sobre o estado de saúde;

<p>affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit;</p>	<p>pacientes hospitalizados numa unidade de cuidados coronários;</p>	<p>superior a 18 anos); Aplicado um questionário sobre informação pessoal e aplicado o “General Comfort Questionnaire”. NE: 4C</p>	<p>Informação sobre procedimentos a realizar; Tempo de qualidade que os profissionais passam junto dos pacientes; Fatores inibidores de conforto: As condições da unidade: (equipamentos, ruído, alarmes); Necessidades insatisfeitas; autonomamente; Dor; Distúrbios do sono; Restrição de visitas; Imobilização devido a cateteres; Falta de privacidade;</p>
<p>Góngora, M. I. R., Heredia, L. P.D. (2018) Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular</p>	<p>Descrever o conforto e os fatores que afetam o paciente internado em UCI;</p>	<p>Estudo misto; Pacientes hospitalizados em UCI (internados no mínimo 2 dias); Entrevista semi-estruturada dois dias após o internamento em UCI para compreender as experiências vivenciadas; Aplicado “General Comfort Questionnaire”; NE: 4C</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Acompanhamento e a visita da família; A crença em Deus; Cuidado por parte dos profissionais de saúde; Fatores inibidores de conforto: Incómodo e vergonha por não se poder mexer e cuidar de si mesmo; Dor; Não poder comunicar; Perceção de confinamento; O ruído;</p>
<p>Pazar B., Lyigun E. (2020).</p>	<p>Analisar os efeitos da educação pré-operatória nos</p>	<p>Estudo prospetivo, randomizado, controlado;</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Educação pré-operatória;</p>

<p>The effects of preoperative education of cardiac patients on haemodynamic parameters, comfort, anxiety and patient-ventilator synchrony: A randomized, controlled trial</p>	<p>pacientes sob ventilação mecânica (VM), na hemodinâmica do paciente, conforto e níveis de ansiedade no pós-operatório;</p>	<p>Pacientes em unidade de cirurgia cardiovascular; idade superior a 18 anos; 37 entrevistas semi-estruturadas. Foi cedido ao grupo de intervenção: Um folheto informativo; um quadro para facilitar a comunicação; formação; Utilizadas as escalas: "Tension and anxiety subscale of the Profile of Mood Scale"; Perianaesthesia Comfort Questionnaire (PCQ); Comfort Evaluation Form (CEF); NE: 1C</p>	<p>Educação sobre ferramentas para a comunicação com TOT; Fatores inibidores de conforto: Falta de informação;</p>
<p>Escudero D et al. (2015). Políticas de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.</p>	<p>Analisar aspetos organizacionais e características arquitetónicas das UCI espanholas relacionadas com o conforto;</p>	<p>Realizado um questionário a 131 profissionais de saúde sobre as suas UCIs: horário de visitas; cedência de informação; integração da família nos cuidados; objetos pessoais; NE: 4C</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Visitas dos familiares; Participação da família/pessoa de referência nos cuidados; Política de visitas aberta; Presença de objetos pessoais na unidade do paciente (computador, telemóvel); Luz natural; Boxes individuais;</p>

			Música; Fatores inibidores de conforto: Dor; Ansiedade; Separação da família; Falta de informação cedida à família e paciente; Ruído;
Terzi B., Kaya N. (2015) A planned admission protocol application in an intensive care unit.	Determinar os efeitos da aplicação de um protocolo de admissão em UCI no conforto do paciente e nos seus parâmetros fisiológicos;	Pacientes em UCI após cirurgia planeada, com idades entre os 18 e os 75 anos; Criados 2 grupos. O grupo experimental teve acesso a informação durante uma hora, 24 horas antes da cirurgia sobre: as instalações; procedimentos e estadia na UCI; Exercícios a fazer na UCI; Fornecido um folheto informativo e respondidas questões dos pacientes; Utilizados os instrumentos de avaliação: General Comfort Questionnaire (CGQ); Numerical Rating Scale (NRS); Behavioural Pain Scale (BPS); Acute	Fatores promotores de conforto: A criação de um protocolo de admissão em UCI contribui para a sensação de conforto por parte do paciente. O grupo experimental demonstrou estatisticamente melhores resultados no alívio, relaxamento e superação. O protocolo inclui: Uma descrição sobre as razões pelo que o paciente necessita de UCI; Classificação das UCI; Princípios básicos em UCI, consoante o motivo do internamento;

		Physiology and Chronic Health Evaluation form (APACHE II); Riker Sedation-Agitation Scale (SAS); NE: 1C	
Berntzen H., Bjørk I.T., Storsveen A. M., Wøien H., (2020) “Please mind the gap”: a secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care.	Explorar o desconforto em UCI sentido pelos pacientes e a resposta dos enfermeiros de cuidados intensivos.	Estudo qualitativo composto por 2 partes: Primeira parte- 18 pacientes internados em UCI foram entrevistados na primeira semana após terem alta da UCI. 10 pacientes realizaram uma segunda entrevista após 3 meses, para explorar as experiências vividas; Segundo estudo: Os enfermeiros foram observados durante a prestação de cuidados em 16 ocasiões e entrevistados para explorar a relação com a dor e desconforto do paciente. NE: 4C	Fatores promotores de conforto: Visitas pelos familiares/pessoa de referência; Fatores inibidores de conforto: Dor; Agitação; Dificuldades do sono; Delírium; Estar privado de uma função do corpo - ex: comunicação, compreensão, integridade
Hajiabadi F., Heydari A., Manzari Z.S.	Explicar a experiência de pacientes	Estudo qualitativo; Pacientes submetidos a VM em UCI que se	Fatores inibidores de conforto: Incapacidade de comunicar; Privação

<p>(2018) Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering.</p>	<p>conscientes submetidos a ventilação mecânica em UCI e as causas de sofrimento.</p>	<p>lembram da experiência e capazes de a explicar. Com idades entre os 18 e os 60 anos e tempo mínimo de ventilação de 24h. Realizadas 19 entrevistas semi-estruturadas; Os pacientes foram observados e foram registadas as reações dos pacientes durante 2 a 5 horas por cada paciente. NE: 4C</p>	<p>de sono; Restrição devido a cateteres e tubos; Dor; Ansiedade; Ruído; Sede;</p>
<p>Clurkey L., Weyant R. A., Roberts M., Henderson A. (2014) Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients</p>	<p>Explorar a percepção dos pacientes submetidos a VM a receber medicação analgésica, sedados e contidos.</p>	<p>Estudo qualitativo; Pacientes em UCI submetidos a VM sob sedação e medicação analgésica. Realizadas 14 entrevistas semiestruturadas, após alta da UCI. NE: 4C</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Cedência de informação; Explicar os procedimentos à medida que vão ocorrendo; Responder a questões; Falar com voz calma e confiante; Fatores inibidores de conforto: Percepção de estar entubado; Assunção por parte dos profissionais de saúde que os pacientes apesar de sedados estão confortáveis;</p>
<p>Pott F.S., Stahlhoefer T., Felix</p>	<p>Analisar as ações de cuidado realizadas numa</p>	<p>Estudo qualitativo; Realizada observação sistemática não</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Alterações de decúbito;</p>

<p>J.V.C., Meler M.J., (2013) Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico.</p>	<p>unidade de cuidados intermédios. Avaliar a presença de medidas de conforto e comunicação na realização destas ações.</p>	<p>de participante, à equipa multidisciplinar de um Hospital Universitário. Foi desenvolvido um instrumento para a colheita de dados. As ações por cada profissional foram registadas individualmente. NE: 4C</p>	<p>Evitar aspirações de secreções desnecessárias/longas/traumáticas; Comunicação não verbal: gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, toque; Fatores inibidores de conforto: Não comunicar durante alterações de decúbito, administração de medicação; Não comunicar com doentes sob sedação; Mecanização dos cuidados;</p>
<p>Samuelson K.A.M., (2011) Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients- Findings from 250 interviews”</p>	<p>Descrever as memórias desagradáveis e agradáveis da estadia em UCI em adultos ventilados mecanicamente.</p>	<p>Estudo qualitativo, realizado em duas UCI em simultâneo na Suécia. Pacientes com idade superior a 18 anos, que estiveram entubados por mais de 24 horas. Foram entrevistados 250 participantes após 3 a 5 dias da alta da UCI. Identificadas 5 categorias descritoras de memórias agradáveis e 5 com memórias</p>	<p>Fatores promotores de conforto: Alívio do stress físico: Alívio da dor, da sede; das restrições do corpo; Poder comunicar após a extubação; Bem-estar emocional: Relevância existencial; Segurança emocional; Presença de familiares; Bem-estar percetual: Sentimentos eufóricos; Ambiente confortável: Alívio de distúrbios ambientais; Remoção de restrições; Diminuição de luzes, música relaxante;</p>

		<p>desagradáveis complementares.</p> <p>NE: 4C</p>	<p>Melhorar o posicionamento;</p> <p>A atenção dos profissionais de saúde;</p> <p>Sensação de segurança;</p> <p>Fatores inibidores de conforto: Stress físico: Sensação de falta de ar/dificuldade em respirar; Incapacidade para comunicar; Dificuldade em dormir; Não ser capaz de se mover autonomamente; Sensação de sede; Dor;</p> <p>Stress emocional: Medo, ansiedade, agitação; Confusão; Vulnerabilidade, sensação de perda de controlo;</p> <p>Stress percetual: Distorção da realidade (alucinações, delírium); Ambiente stressante: Distúrbios ambientais: ambiente hostil, pouco familiar, sensação de confinamento; ruído, cores, odores; Frio e calor;</p> <p>Cuidados causadores de stress: Procedimentos stressantes: aspiração</p>
--	--	--	---

			de secreções, punções, colocação de cateteres; Comportamentos insatisfatórios por parte da equipa: desrespeito, falta de atenção;
Aro I., Pietila A.M., Vehvilainen-Julkunen K., (2012) Needs of adults patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey	Descrever as percepções dos pacientes em UCI, sobre a importância das diferentes necessidades e como estas foram satisfeitas nos Hospitais da Estónia. Determinar as correlações entre as percepções dos pacientes e as suas características demográficas e passados.	Estudo qualitativo; Desenvolvimento de um questionário: “The needs of adult patients in ICU” (NAPinICU) para avaliação das necessidades dos pacientes após revisão de literatura. Questionário fornecido no dia da alta da UCI para o internamento. Estudo constituído por 166 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, capazes de comunicar e responder às perguntas. NE: 4C	Fatores promotores de conforto: Sensação de segurança; Ser informado sobre a sua situação; Ser respeitado como um indivíduo; Presença da família; Conforto físico; Suporte emocional; Privacidade; Envolvimento na tomada de decisão; Fatores inibidores de conforto: Dor; Ruído; Imobilização pelos equipamentos; Dificuldade em dormir;
Holm A., Dreyer P. (2015). Intensive care unit patient's experience of	Explorar a experiência de pacientes adultos conscientes submetidos a entubação	Estudo qualitativo. Realizadas entrevistas semiestruturadas 1 a 2 dias após a extubação.	Fatores promotores de conforto: Fornecer conhecimentos sobre o TOT e o porquê do seu uso; Mostrar ao paciente o tubo; Maior

being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation	endotraqueal e ventilação mecânica na UCI.	Foram incluídos no estudo 4 participantes submetidos a VM, com um score entre -1 e +1 na escala: "Richmond Agitation and Sedation Score". NE: 4C	estabilização do TOT; Dar oportunidade ao paciente de participar no planeamento dos cuidados diários; Estar consciente em vez de sedado; Fatores inibidores de conforto: A presença do tubo; Sede; Estar consciente mas sentir-se sedado; Falta de informação; Não poder comunicar devido ao TOT; A percepção que o tempo passa devagar;
Stayt L., C., Seers K., Tutton E. (2015) Patient's experience of technology and care in adult intensive care	Investigar as experiências dos pacientes sobre a tecnologia numa unidade de cuidados intensivos	Estudo qualitativo. Realizadas entrevistas após a alta a 19 participantes que estiveram internados em UCI 4 ou mais dias. NE: 4C	Fatores promotores de conforto: Presença de tecnologia; Providenciar os cuidados de higiene; Suporte emocional; Fatores inibidores de conforto: Sensação de invisibilidade; Solidão; Falta de controlo e capacidade para a tomada de decisão;
Cypress B.S. (2011) The lived ICU experiences of nurses, patients and family members: A	Descrever e compreender a experiência vivida na UCI pelos enfermeiros, pacientes e membros da família durante a	Estudo fenomenológico. Foram incluídos no estudo 5 enfermeiros, 5 pacientes e 5 familiares. Realizadas entrevistas com os	Fatores promotores de conforto: Toque; Cuidados de higiene; Administração de medicação analgésica; Suporte da família; Presença de objetos pessoais; Envolvimento

phenomenological study with Merleau-Pontian perspective	doença crítica.	pacientes e família no internamento. Seguidas pelas entrevistas aos enfermeiros. Houve uma segunda entrevista quatro dias após a primeira. NE: 4C	da família no plano de cuidados; Ser um elemento ativo no plano de cuidados Apoio emocional: encorajar, apoio espiritual; Fatores inibidores de conforto: Incerteza; Incapacidade de satisfação de necessidades básicas; Desorientação; Alteração da imagem;
---	-----------------	--	--

Discussão

Situar a ação confortadora junto do paciente implica identificar quais os fatores que concorrem para promoção do conforto. Assim, decorrente dos achados foram identificados os fatores promotores de conforto que se reportam essencialmente à **intervenção dos profissionais de saúde, intervenção da família, gestão de expectativas/valores/crenças e estrutura e organização do contexto.**

1. Intervenção dos profissionais:

A intervenção dos profissionais de saúde afeta positivamente ou negativamente os pacientes. O cuidado dos mesmos é identificado como um fator importante para a família e pacientes internados, ajudando-os durante o internamento (Góngora & Heredia, 2018). São exemplos de comportamentos positivos o toque, os ensinamentos realizados, a transmissão de segurança e orientação, comunicação com um tom calmo e tranquilizador. Estes pequenos atos que os enfermeiros fazem durante as suas intervenções são referidos como os mais memoráveis (Samuelson, 2011)(Clurkey et al. 2014). As intervenções promotoras de conforto referidas como mais satisfatórias, realizadas pelos enfermeiros, são a remoção das secreções para melhorar a respiração, poder falar após a extubação, receber medicação analgésica para alívio da dor e beber água ou receber gelo, para

aliviar a sede (Samuelson, 2011) (Cypress, 2011) (Pott et al. 2013). Para promoção do conforto ambiental, os pacientes referiram intervenções como o alívio de distúrbios e a remoção de restrições de equipamentos, permitindo aos pacientes desfrutar de algum sossego. Outras intervenções referidas como confortadoras foram a diminuição das luzes, a presença de música relaxante e melhorar os posicionamentos e a posição das almofadas (Samuelson, 2011).

A satisfação dos pacientes aumentou quando os enfermeiros passaram mais tempo de qualidade com eles e ofereceram mais informação sobre a sua doença e sintomas. (Nural & Alkan, 2018) (Clurkey et al., 2014) (Aro et al, 2012). Tanto os pacientes como a família presente referiram que terem sido informados sobre o que estava a acontecer, mesmo sob sedação, foi importante para o alívio da ansiedade (Clurkey et al., 2014). Outro dos estudos revelou a importância da educação pré-operatória, de modo a aumentar a informação dos pacientes sobre o tratamento e aumentar os níveis de conforto, reduzindo a incerteza e o desconhecido. Os pacientes demonstraram após a educação pré-operatória sobre ventilação mecânica menos agitação e medo, tentaram remover menos vezes o tubo endotraqueal e colaboraram mais com os profissionais de saúde (Pazar & Lyiguin, 2020). Ter conhecimento sobre o tubo endotraqueal desmistifica o objeto (Holm & Dreyer, 2015). Os valores encontrados na estatística permitiram concluir que a educação pré-operatória, no grupo de intervenção, foi eficaz (Pazar & Lyiguin, 2020). Aumentar a informação dos pacientes sobre o tratamento irá aumentar os seus níveis de conforto e diminuir os níveis de ansiedade (Pazar & Lyiguin, 2020),

Na literatura encontrada foi possível verificar que os pacientes preferem estar conscientes a sedados (Clurkey et al., 2014). A sensação de estar acordado pode ser mais traumática e dolorosa, mas estar consciente dá uma sensação de participação ativa no cuidado e permite um maior controlo sob a sua vida (Holm & Dreyer, 2015) (Cypress, 2011). Estar acordado permite aos pacientes manter as suas funções cognitivas e mais facilmente interagir e comunicar as suas necessidades e desconfortos (Terzi & Kaya, 2015)(Berntzet et al. 2020). Os estudos demonstram que apesar dos pacientes se encontrarem sedados e aparentemente relaxados, não deve ser assumido pelos profissionais de saúde

que estão confortáveis (Clurkey et al., 2014). As guidelines atuais recomendam estratégias para o tratamento da dor e a diminuição dos níveis de sedação. A sedação profunda na UCI está associada a efeitos adversos a curto e longo prazo (Pazar & Lyiguin, 2020) (Hajjabadi et al., 2018) (Berntzet et al. 2020).

2. Intervenção da família

O fator promotor de conforto, mais frequentemente referido na literatura, relacionado com a intervenção da família, é o acompanhamento do estado de saúde e as visitas por parte da família/pessoa de referência. Esta é identificada como uma fonte de bem-estar, tranquilidade e satisfação. O apoio dos amigos e família facilita a estadia, traz segurança, serenidade, companhia e comodidade, minimizando a experiência traumática da doença (Góngora & Heredia, 2018) (Escudero et al., 2015) (Terzi & Kaya, 2015) (Aro et al, 2012). Optimizar o bem-estar da família, satisfazendo as suas necessidades, permite que o apoio oferecido ao paciente crítico seja eficaz, melhorando os seus resultados. Centrar o paciente nos cuidados implica a inclusão da família ou pessoa de referência na tomada de decisão, fazê-los sentir-se confortáveis na prestação de cuidados e reconhecer as suas necessidades e contribuições melhorando o seu acesso à informação (Stayt et al. 2015).

3. Gestão de expectativas/valores/crenças:

O internamento em UCI promove o processo de reflexão sobre a vida e o seu valor. O bem-estar emocional é proporcionado através de sensações como relevância existencial e segurança emocional. Os pacientes ao acordarem sabendo que sobreviveram, ou que estão a ultrapassar a doença sentiram alívio. O facto de terem ajuda profissional quando necessário, fê-los sentir que estavam a ser cuidados, que se podiam sentir seguros, calmos e relaxados (Samuelson, 2011). A equipa de enfermagem tem grande relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, frequentemente são os profissionais que promovem a esperança, consolam, apoiam, encorajam e praticam um cuidado de qualidade (Pott et al. 2013).

4. Estrutura e organização do contexto

Relativamente à estrutura e organização das UCI, é possível retirar da literatura que um regime livre de visitas em UCI juntamente com um protocolo de admissão permite a proximidade com os familiares, reconhece o direito e a necessidade benéfica do paciente em ter a família presente (Escudero et al., 2015) (Terzi & Kaya, 2015). A família deve ser envolvida no plano de cuidados e ser um elemento ativo na tomada de decisão (Aro et al, 2012) 14 (Cypress, 2011). Existem também fatores ambientais igualmente importantes para a promoção do conforto, como a presença de luz natural para permitir referências temporais e impedir alterações do ritmo circadiano, haver boxes individuais de modo a promoverem a privacidade, a permissão da utilização de objetos pessoais como o telemóvel e o computador. A música é também uma das medidas não farmacológicas para reduzir a ansiedade nos pacientes (Escudero et al., 2015).

Num sentido de maior articulação e complementaridade, o sentido de conforto deverá ser modelizado pela identificação dos fatores inibidores de conforto. No processo de gestão do contexto, dos atores e da estrutura foram identificados **fatores relacionados com o contexto de ação profissional; fatores relacionados com a condição de saúde doença, com a estrutura familiar; gestão de expectativas/valores e crenças e estruturação e organização do serviço.**

1. Fatores relacionados com o contexto de ação profissional:

A obtenção de informação torna-se fator essencial em UCI para diminuir a incerteza, o desconhecido e desse modo reduzir a ansiedade e o desconforto. A necessidade de informação sobre o estado de saúde é uma das principais expressada pelas famílias e pacientes (Escudero et al., 2015). A falta de informação pode ser justificada pela elevada sobrecarga de trabalho e pela dificuldade organizativa que representa para os profissionais de saúde. A maioria da informação ainda é transmitida exclusivamente pela equipa médica e só numa minoria de UCIs é que a informação é dada em conjunto com a equipa multidisciplinar (Escudero et al., 2015).

Apesar da prática de promover o conforto ser inerente à profissão do enfermeiro, imprescindível ao cuidado humano e à qualidade do cuidado, existem procedimentos mecanizados que ocorrem frequentemente como, por exemplo, a administração de medicação, procedimentos junto de tecnologia ou durante momentos complexos (Pott et al. 2013). A administração de medicação, tal como outras intervenções recorrentemente mecanizadas, são da responsabilidade das equipas de enfermagem, contudo não devem ser vistas apenas como uma tarefa mecânica. Ao serem realizadas desse modo provocam sentimentos de invisibilidade para os pacientes (Stayt et al. 2015). As UCIs são um desafio constante para o cuidado humanizado por parte dos profissionais de saúde pela complexidade do doente crítico, pela presença de tecnologias e a necessidade de estabelecimento de prioridades sobre problemas que ameaçam a vida (Stayt et al., 2015).

2. Condição de saúde/doença

O desconforto está relacionado com a experiência de estar criticamente doente, a instabilidade, os tratamentos, os cuidados e os fatores ambientais (Berntzet et al. 2020) (Hajiabadi et al., 2018). Na grande maioria dos estudos a dor é referida como um frequente fator inibidor do conforto físico, assim como os distúrbios do sono e as imobilizações devido aos cateteres, perfusões e monitorização (Nural & Alkan, 2018) (Góngora & Heredia, 2018) (Hajiabadi et al., 2018). Os distúrbios do sono são causadores de delirium e confusão (Nural & Alkan, 2018) (Berntzet et al. 2020) (Escudero et al., 2015). Os pacientes lutam para manter a sua concepção do mundo real durante a sua estadia em UCI, contudo a falta de sentido de realidade, a falta de informação e a incompreensão do que se passa contribui para o estado de confusão e promove o delirium (Berntzet et al. 2020).

3. Estrutura familiar:

A separação da família é uma das principais queixas dos pacientes internados. Nas UCIs o horário de visitas é restrito, na maioria dos casos é assumida uma política fechada, o que não permite à família participar nos cuidados ao paciente (Escudero et al., 2015). As restrições e proibições de visitas podem causar stress e ansiedade, tornando curto o tempo de comunicação e partilha, afetando

negativamente o paciente e família (Nural & Alkan, 2018) (Góngora & Heredia, 2018).

4. Gestão de expectativas/valores/crenças:

O internamento em UCI promove sentimentos de vergonha devido à preocupação com a família, por não se poder mover e cuidar de si nem dos seus. Existe uma incapacidade de manutenção do seu papel na sociedade (Hajjabadi et al., 2018) (Góngora & Heredia, 2018). A admissão de um paciente em UCI resulta em turbulência, conflito de papéis, níveis elevados de ansiedade para o paciente/família e interrupção das rotinas normais. As emoções da família podem afetar negativamente ou positivamente a resposta e a recuperação do paciente internado (Cypress, 2011).

Os pacientes também referem nos estudos que terem de expor os seus corpos a desconhecidos e terem as suas necessidades fisiológicas satisfeitas no leito são impulsadoras do sentimento de vergonha e incómodo (Hajjabadi et al., 2018) (Góngora & Heredia, 2018). Existem vários momentos em que os sentimentos descritos são de ansiedade, raiva e frustração. Os pacientes internados em UCI recordam memórias de sentimentos tristes, solitários, vazios e de isolamento social. Muitos pacientes sentiram incerteza, vulnerabilidade e desamparo, sem saber o que ia acontecer ou o que estava errado, sem terem informações sobre o seu estado de saúde, pela perda de controlo sobre a situação e por não conseguirem tomar conta de si próprios.

5. Estrutura e organização do contexto

As razões pelas quais os pacientes experienciam medo, ansiedade e desconforto dentro da UCI incluem o barulho, as luzes fortes, o espaço claustrofóbico, os equipamentos e os métodos de tratamento (Terzi & Kaya, 2015) (Nural & Alkan, 2018) (Hajjabadi et al., 2018)(Góngora & Heredia, 2018). Os pacientes descrevem o ambiente da UCI como hostil e pouco familiar. Sofrem com as alterações de temperatura (frias e quentes), com os ruídos das equipas, os pacientes em estado grave, as entradas e saídas do serviço e a atividade frequente de grande intensidade (Samuelson, 2011)(Hajjabadi et al., 2018). O espaço físico favorece a

solidão e o pensamento, sem atividades de entretenimento (Góngora & Heredia, 2018).

Considerações finais

A UCI é o local onde a maior parte dos procedimentos *life-saving* são prestados. O seu ambiente e os procedimentos nela realizados têm um efeito negativo nos parâmetros físicos e níveis de conforto, resultando em experiências negativas. A UCI pode afetar negativamente o tempo de recuperação, o tempo de estadia e o dia a dia após a alta (Terzi & Kaya, 2015). As condições que causam preocupação reduzem o nível de conforto do doente. Os enfermeiros são quem consegue mais frequentemente identificar uma potencial causa de desconforto antes de afetar o paciente e eliminar a mesma, são os responsáveis por assegurar os bons resultados do paciente, reduzir a sua ansiedade e permitir uma rápida e eficaz recuperação (Nural & Alkan, 2018). Por esse motivo é essencial abordarmos esta temática e conseguirmos identificar os fatores inibidores e promotores de conforto mais referidos pelos pacientes. As experiências agradáveis têm um papel importante apesar das desagradáveis serem as mais referidas nos estudos. As positivas ajudam a balancear o impacto das negativas reduzindo-o. Aumentar o conforto do paciente permite reduzir o impacto negativo do internamento nas UCI (Samuelson, 2011).

A organização e estrutura da UCI pode ser melhorada, de modo a dar mais conforto e a humanizar os cuidados de quem lá é internado. A introdução de protocolos de admissão e uma política de visitas menos restrita são exemplos de implementações que demonstraram ter efeitos positivos nos níveis de conforto dos pacientes. Todos os pacientes têm o direito de obter os melhores cuidados de saúde possíveis, sendo os profissionais os responsáveis por os providenciar. As intervenções promotoras de conforto estão relacionadas com a abordagem dos enfermeiros na priorização e centralização do paciente na prestação de cuidados.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendo dar a conhecer os objetivos estabelecidos para cada contexto, descrever as atividades desenvolvidas, bem como analisar de forma crítica e reflexiva situações relevantes ocorridas durante os períodos de estágio. Em cada sub-capítulo existirá uma pequena descrição sobre características da instituição, a descrição do serviço/equipa e organização de atividades. Como referido anteriormente, foram realizados três estágios durante este período formativo de modo a desenvolver competências necessárias e a melhorar os cuidados de enfermagem prestados, promovendo a saúde e prevenindo a doença.

2.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante este período de formação, pretendi adquirir o título de enfermeira especialista e com ele um conjunto de competências especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências podem caracterizar-se como comuns, quando aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, ou como competências específicas, da especialidade proposta.

As competências comuns baseiam-se em quatro domínios sendo estes: a Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 do Diário da República, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica são: Cuidar da pessoa, família e cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa, família e cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de

resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Existem ainda competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que são: Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação; Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Toda a aquisição de competências desenvolvida durante este período tem como objetivo o aperfeiçoamento da prestação de cuidados de modo a melhorar a qualidade de vida da pessoa, a detecção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenção de complicações e eventos adversos, tal como a promoção da saúde e a prevenção da doença nos diversos contextos.

2.2 MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro estágio realizado no âmbito da unidade curricular: “A Pessoa em Situação Crítica e Família- Vigilância e Decisão Clínica” decorreu no Serviço de Urgência, de 15 de Junho a 7 de Agosto de 2020.

O Hospital, onde foi realizado este estágio, é uma instituição pública, integrado no Serviço Nacional de Saúde, gerido em regime de parceria público-privada. Envolve a atividade de 1200 colaboradores e possui uma Urgência geral, de pediatria e de ginecologia-obstetrícia. É acreditado pela JointComission International e presta cuidados de saúde diferenciados à população residente nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

A opção de passar pelo serviço de urgência foi propositada pela procura de experiências de aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de serviço de urgência. Durante este estágio tive a oportunidade de trabalhar com uma

equipa multidisciplinar que me integrou no ambiente de prestação de cuidados, criando um clima relacional favorável ao meu desenvolvimento. Pude durante este período colaborar e aprender com a equipa de enfermagem em todos os postos de trabalho do SUG, no entanto a maioria dos turnos realizados foram em contexto de Serviço de Observação (SO). O SO acolhe os pacientes que necessitam de maior vigilância e monitorização permitindo a aquisição e desenvolvimento dos objetivos propostos na prestação de cuidados ao doente crítico.

Para todos os estágios realizados defini um objetivo geral, baseado na aquisição das competências específicas do enfermeiro, no Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em EMC (Enfermagem Médico-cirúrgica). Neste contexto em específico, o objetivo geral foi o de: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no SUG.** Foram também definidos dois objetivos específicos para orientação do meu desenvolvimento e percurso profissional. O primeiro objetivo específico foi o de: **Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados no SUG.** O segundo objetivo específico foi o de: **Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e o conforto do doente em contexto de SUG.**

Para a concretização do primeiro objetivo, iniciei o meu estágio pelo conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço de modo a compreender o seu modo de funcionamento. Tive a oportunidade de ler alguns dos protocolos instituídos. O SUG tem como objetivo receber, diagnosticar e tratar doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração central do sistema de saúde, 2015). É um serviço caracterizado pela sua imprevisibilidade, necessitando de uma gestão pontual e implica uma elevada organização. A presença dos enfermeiros junto dos pacientes por vezes é pontual, tornando o trabalho em alguns dos postos deste serviço à tarefa. É exigido aos enfermeiros uma resposta eficaz, com a necessidade de uma tomada de decisão rápida e uma constante avaliação de prioridades. A equipa de enfermeiros que pude observar possui um grande leque

de conhecimentos e grande destreza técnica. Além das competências técnicas e clínicas estes enfermeiros tem igualmente competências comunicacionais e relacionais, para conseguirem obter a informação pretendida e dar o apoio necessário nesta experiência por vezes traumática para os pacientes e família.

No SUG, todo o paciente é admitido após ser submetido à triagem de Manchester. Este sistema tem como objetivo triar os pacientes por prioridades clínicas, ou seja, identificar critérios de gravidade, de modo objetivo e sistematizado (Amaral, 2017). Após a atribuição da prioridade, o paciente deve ser atendido no respetivo tempo recomendado até à observação médica. O enfermeiro é o profissional responsável por receber o paciente e realizar a triagem, tendo formação específica para a realizar. O desempenho da sua função é essencial no percurso do paciente no serviço (Amaral, 2017). A triagem categoriza por número, nome, cor e tempo alvo, sendo constituída por cinco categorias: (1) Emergente, cor vermelha, 0 minutos; (2) Muito Urgente, cor laranja, 10 minutos; (3) Urgente, cor amarela, 60 minutos; (4) Pouco urgente, cor verde, 120 minutos; (5) Não urgente, cor azul, 240 minutos. Pude durante o tempo em que estive neste posto colaborar com a minha enfermeira orientadora, ouvir as queixas dos pacientes, identificar os fluxogramas mais adequados e avaliar os discriminadores correspondentes. Nem sempre é fácil escolher o melhor fluxograma, sendo a colheita de dados inicial essencial para compreender a queixa primordial do paciente. Exige uma atenção constante e boas capacidades de comunicação para orientar a entrevista e avaliar a situação de modo correto. Ainda pude observar vários pacientes que se dirigem ao SUG para situações crónicas ou de rotina. A sobrelotação do SUG é muito comum, esta afeta a satisfação do atendimento nos pacientes e cria longos períodos de espera, levando por vezes ao abandono do serviço sem atendimento médico (Amaral, 2017). Ainda existe em Portugal, como referido por Amaral (2017), uma grande necessidade de resposta por parte da rede de cuidados de saúde primários, organizada e eficiente, para situações de cronicidade e consultas de rotina.

Após a passagem pela triagem, o paciente é encaminhado para a zona correspondente à sua prioridade e observado pelos médicos, nos vários gabinetes distribuídos aos mesmos. Após os primeiros casos de COVID em Portugal o serviço foi adaptado à realidade e às necessidades atuais. Este encontra-se

dividido em dois, em formato espelho, sendo um para pacientes suspeitos de COVID ou com diagnóstico de COVID positivo e o outro para pacientes com outras patologias. Existem então duas zonas de triagem, duas zonas para pacientes com prioridade de azul e verde, duas zonas de laranjas e amarelos e duas zonas de SO, contudo apenas uma sala de reanimação com 2 unidades. A equipa que está responsável pelo SO, na zona COVID, fica responsável por assumir a sala de reanimação. O rácio de enfermeiros é readaptado a cada seis horas, consoante a afluência à urgência, aquando da troca de equipas entre zonas.

A zona de prioridade de verdes e azuis é onde os enfermeiros mais trabalham à tarefa. A afluência por vezes é tanta que entre administração de terapêutica farmacológica, realização de colheitas de sangue e procedimentos de enfermagem, o enfermeiro muitas vezes privilegia a técnica. Neste estágio, senti a necessidade de dedicar mais tempo de qualidade aos pacientes que cuidei, mostrando disponibilidade para os escutar, criando uma relação de confiança e segurança. Tenho plena consciência de que pude fazê-lo por ser uma enfermeira em aprendizagem, não contando como um elemento ativo para o serviço, pois todos os minutos do turno destes enfermeiros são requisitados para técnicas e é pouco o tempo para criar relações de confiança com os pacientes. Neste posto, aprendi a gerir as circunstâncias e gerir o ambiente, foi onde pude observar mais vezes a agressividade dos pacientes, pela incerteza das situações, pelo medo, ansiedade e pelos longos tempos de espera que estes sofrem.

A área dedicada a pacientes com prioridade amarela e laranja é onde podemos encontrar o maior número de pacientes, devido à não possibilidade da alta clínica e por não haver vagas de internamento no hospital. Esta zona é ampla e rodeia as várias áreas de trabalho de enfermagem. A manutenção da privacidade nos procedimentos nem sempre é fácil, existem vários biombos e cortinas que são utilizados na realização de procedimentos que necessitem de exposição corporal. Pude das vezes que o presenciei alertar a equipa multidisciplinar para este dever do enfermeiro de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la.

Tive a oportunidade de realizar um transporte de um doente crítico. Um senhor de 63 anos, que recorreu ao SUG por dor torácica, tendo-se confirmado o

diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio com indicação para cateterismo cardíaco. Este procedimento não se realiza no hospital e por esse motivo, o paciente teve de ser transferido para outro. O transporte do doente crítico envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível de assistência superior ou para a realização de exames complementares (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Segundo o mesmo autor, é fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do paciente. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve pôr-se em causa a necessidade do transporte. Quando é possível e seguro este envolve três fases: decisão, planeamento e efectivação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Este paciente à entrada foi identificado como uma via verde coronária, este sistema de triagem “via verde” dos hospitais surgiu pelo número crescente de pacientes que recorrem ao SUG (Carapeto, 2012). Este sistema tem como objetivo facilitar a resposta, tornando-a mais eficaz, otimizando os tempos de espera dos pacientes de acordo com a urgência clínica (Carapeto, 2012). Os discriminadores clínicos (sinais, sintomas, história clínica) são indicadores do risco de vida ou alarme (alterações do nível de consciência, alterações hemodinâmicas, tempo de evolução, mecanismo de lesão ou grau de dor) (Carapeto, 2012). Segundo a autora, estes sistemas consistem em protocolos, com o objetivo de reduzir a mortalidade e morbilidade devido a atrasos no diagnóstico e tratamento. A intervenção imediata nestes casos traz ganhos em saúde. À chegada ao SO, o paciente foi monitorizado, puncionado com um acesso venoso periférico e foi colhido sangue para análise. Foi realizado um ECG de 12 derivações, exame fundamental para mostrar a localização e extensão da lesão miocárdica. Foi administrada após confirmação do diagnóstico dose de carga de ticagrelor (180mg) e para controlo da dor foi administrada morfina em bólus, pelo seu efeito analgésico e sedativo ligeiro. Participei no planeamento e preparação para o transporte, juntamente com a minha enfermeira orientadora, realizámos registos em sistema informático, preenchemos uma checklist de transporte para confirmação da presença de todo o equipamento necessário (monitorização, mala de transporte, medicação de urgência, material de

entubação endotraqueal e ressuscitador manual). Pude observar a avaliação médica e de enfermagem antes do transporte, procedimento fundamental para garantir a segurança do paciente e a sua estabilidade durante o transporte. Foi possível durante este episódio estabelecer uma relação de confiança com o paciente, informando-o do que estava a acontecer, do que estávamos a planear, transmitindo calma e segurança durante todos os momentos.

Durante todo o estágio fui reforçando os meus conhecimentos estudando individualmente, sobre as problemáticas que fui encontrando no SUG de modo a poder debater os temas no turno a seguir com a minha enfermeira orientadora. Não sendo este o meu local de trabalho e ao não lidar tão frequentemente com as situações que presenciei, foi importante ir revendo as temáticas e ao poder associar às situações na prática permitiu-me uma melhor assimilação dos temas. O estudo e o debate foi essencial para a minha aprendizagem, consegui através deste demonstrar e mobilizar conhecimentos para intervir nas situações seguintes semelhantes.

Compreendi durante o meu estágio no serviço de urgência, a importância dos enfermeiros nesta situação tão intensa para os pacientes. Existe uma transição súbita de um estado de saúde para doença, deixando a ansiedade e o medo dominarem neste contexto. O SUG traz aos pacientes sentimentos de vulnerabilidade e perda de controlo da sua vida, fatores que como referidos na revisão sistemática de literatura, são inibidores do conforto. Os profissionais de saúde do SUG prestam cuidados avançados e específicos com necessidade de por vezes sacrificar o conforto dos pacientes (Hajjabadi et al., 2018).

Este estágio foi o primeiro a ser realizado após o primeiro confinamento em Portugal devido à covid-19. Existia tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes um clima de grande incerteza. Estamos a assistir como profissionais de saúde a uma fase nos cuidados, em que o isolamento dos pacientes é acentuado pelas restrições dos Hospitais às visitas familiares. Os pacientes ficam negados de poderem ter consigo os seus familiares/pessoa de referência participantes nos cuidados e com um papel ativo na tomada de decisão, contrariando tudo o que é revisto como positivo na literatura. A abordagem holística de envolvimento do paciente e família teve de ser repensada

neste último ano. Pela preocupação e inquietação que este tema me causou durante este estágio, defini o meu segundo objetivo e defini a minha temática para a revisão sistemática da literatura sobre o conforto do paciente: quais os fatores promotores e os inibidores. As intervenções promotoras de conforto criam respostas positivas, reduzindo tensões negativas, promovendo resultados globais positivos da pessoa (Sousa, 2020). As intervenções promotoras de conforto contribuem para a construção de comportamentos de saúde, comportamentos do fenómeno de interesse da enfermagem (Sousa, 2020). Como referido acima, criei então como segundo objetivo específico o de: **Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de serviço de urgência.** A realização da revisão sistemática da literatura sobre o tema permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos, alertando-me para pormenores que no meu dia-a-dia não estava tão desperta.

O facto de termos a oportunidade de estagiar noutros serviços fora do nosso permite-nos observar práticas e dedicar tempo a temas que no nosso dia a dia, pelos baixos rácios, grandes fluxos de trabalho e pelas condições de trabalho que nos são dadas não conseguimos disponibilizar. Os profissionais de saúde que observei demonstraram o maior interesse na partilha de experiências e aprendizagens. Referiram a falta de recursos humanos, um cansaço geral na equipa em virtude da exigência do serviço e a acumulação de horas extraordinárias como uma grande sobrecarga. Este serviço despertou a minha atenção, pelo seu elevado risco de síndrome burnout nos enfermeiros, ainda mais aumentado pelas necessidades atuais do país e a própria exigência do serviço. Este síndrome define-se como um estado de exaustão física, emocional e mental, é causado pelo envolvimento por longos períodos de tempo, no local de trabalho, de situações de elevada exigência emocional (Nobre, Rabiais, Ribeiro e Seabra, 2019). O Burnout destaca sentimentos de frustração, frieza e indiferença, o que provoca consequências negativas nos pacientes e nos próprios profissionais (Nobre et al. 2019). Após ter feito uma pesquisa na literatura atual sobre o tema apercebi-me que esta refere os profissionais do SUG como os mais suscetíveis a este síndrome. Como referido por Nobre et al., (2019), estes têm como missão cuidar de pacientes com quadros agudos, expostos a trauma, em situações de *life saving*, tendo de gerir o sofrimento, a incapacitação e até por vezes a morte do

paciente. Este problema deveria ser considerado como coletivo e institucional, e não só como individual.

Tive a oportunidade de passar um turno com o enfermeiro responsável. Este tem um papel importante na harmonia da sua equipa e agiliza as situações de grande stress. Durante o turno fica responsável de gerir prioridades, gerir recursos materiais e humanos e gerir conflitos possibilitando à sua equipa o melhor ambiente para a prestação de cuidados com qualidade. Tem um papel essencial na organização da equipa e um papel importante na observação dos seus pares, verificando o cansaço, as relações com os pacientes e colegas.

Inicialmente senti algumas dificuldades na integração no SUG por ser um ambiente que me era desconhecido e muito exigente em termos técnicos e científicos. A grande afluência ao SUG e a quantidade de pessoas que são atendidas pela equipa é exigente, contudo considero a experiência na sua globalidade bastante positiva e consegui estabelecer uma boa relação com a equipa multidisciplinar e com a minha enfermeira orientadora de modo a tirar o maior proveito da oportunidade dada.

2.3 MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA

O segundo módulo de estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio final e relatório”, este decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de cirurgia cardiotorácica, de 7 de Setembro a 27 de Outubro de 2020, com um total de 180 horas de contacto. O Hospital onde foi realizado o estágio está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Foi escolhido este local de estágio pelo trabalho que desenvolvem na área de cirurgia cardiotorácica e pelas possibilidades de aprendizagem e competências a adquirir.

As pessoas internadas neste serviço são maioritariamente pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, ou que estão à espera da mesma, com necessidade de internamento em UCI. Neste hospital existem 13 camas de UCI, 10 de adultos e 3 pediátricas e 2 salas de bloco operatório activas. As cirurgias prevalentes são correções de doenças valvulares, doenças coronárias e malformações

congénitas. Na nossa actualidade existe uma prevalência da patologia valvular, destacando-se a estenose aórtica como a mais frequente, devido à doença ser degenerativa e estar associada ao envelhecimento da população (República Portuguesa, 2017). A transplantação cardíaca é também um dos motivos pelos quais os utentes necessitam de internamento nesta unidade. Este hospital foi pioneiro em Portugal, tendo realizado o primeiro transplante de coração em fevereiro de 1986. Além da patologia cardíaca associada a estes pacientes, a diabetes representa o segundo antecedente pessoal mais comum. É um reconhecido factor de risco das doenças cardiovasculares e está presente num em cada quatro pacientes submetidos a cirurgia de revascularização coronária, associada a uma taxa de mortalidade mais elevada (República Portuguesa, 2017).

Para orientar este percurso defini com objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos. Como objetivos específicos foram definidos: **Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados a pacientes submetidos a cirurgia cardiorácica** e mantive o segundo objetivo específico de modo a complementar a minha aprendizagem e manter o tema da revisão sistemática da literatura: **Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do paciente em contexto de unidade de cuidados intensivos.**

Durante a realização do meu projeto de estágio defini também um conjunto de competências de modo a direcionar as minhas aprendizagens: Monitorização, vigilância, antecipação e prevenção de complicações e eventos adversos recorrentes de doenças agudas ou intervenções médico/cirúrgicas; Identificação das necessidades de conforto do paciente em situação crítica e da sua família; Reflexão sobre as aprendizagens e vivências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica; Desenvolver capacidades para resolução de problemas em situações novas e não familiares em contexto de UCI.

Nas primeiras semanas de estágio pude assistir às dinâmicas do serviço e aos vários papéis da equipa multidisciplinar. O contexto de cuidados intensivos é um

local privilegiado na abordagem do doente crítico, pela exigência de um domínio alargado de competências. Pude observar, durante este tempo, a importância do enfermeiro em UCI focado para as necessidades dos pacientes, a organização e o espírito de equipa. O rácio enfermeiro-paciente é de 1:1 ou 1:2 consoante a avaliação dos pacientes pelo enfermeiro responsável de cada equipa antes de cada turno. Os registos de enfermagem são realizados em folha própria diária, desenvolvida no serviço. Como protocolo do serviço, os sinais vitais dos pacientes são registados à chegada do bloco operatório com uma frequência de 15 em 15 minutos na primeira hora, nas duas horas seguintes de 30 em 30 minutos e de hora a hora após a extubação. Posteriormente, quando o paciente se encontra clinicamente estável são avaliados de duas em duas horas. Nesta folha são também registadas todos os tipos de perdas (drenagem vesical, perdas hemáticas) e é registado tudo o que é administrado ao paciente de modo a poder ser realizado um balanço hídrico. Esta folha permite também o registo de valores gasimétricos, sempre que é realizada uma gasimetria e os valores analíticos diários. Os enfermeiros desta unidade são autónomos e tem conhecimentos teórico-práticos para alterar os parâmetros ventilatórios consoante a sua interpretação destes valores gasimétricos. Alteram ritmos de perfusões, avaliam os balanços hídricos e contactam o médico de serviço se existirem alterações significativas para tal. A autonomia profissional traduz-se do reconhecido profissionalismo que toda a equipa multidisciplinar percebe na equipa de enfermagem. A autonomia de enfermagem traduz-se num acréscimo da qualidade dos cuidados prestados. Através deste estágio, adquiri conhecimentos sobre avaliação e interpretação de sinais e sintomas de alerta, focos de instabilidade e como agir nesses casos. Pude também aprofundar conhecimentos de monitorização hemodinâmica, estado neurológico, alterações hidroeletrólíticas pela interpretação de resultados gasimétricos e analíticos. Tive nesta unidade a oportunidade de desenvolver competências de comunicação com o paciente com TOT, através da utilização de linguagem clara, simples e objetiva, que transmita tranquilidade, facilitando este momento pós-cirúrgico de elevado stress. O olhar, o toque, a escuta ativa, a empatia e o uso de incentivos positivos são também benéficos na humanização do cuidado para que este momento seja mais facilmente ultrapassado. A humanização do cuidado visa um desenvolvimento do potencial da pessoa (Oliveira, 2020). A inclusão da família é considerada um

elemento chave para a humanização do cuidado, contudo neste momento de pandemia, em que vivemos, a presença física dos familiares e pessoas de referência encontra-se limitada, há por isso um foco adicional, por parte das equipas de enfermagem, em não isolar os pacientes internados, sendo muitas vezes o enfermeiro a ponte para a família.

Uma das possíveis complicações da cirurgia valvular ou de bypass é o de não haver drenagem suficiente por presença de coágulos nos drenos e desse modo provocar tamponamento cardíaco. Nessas situações um dos procedimentos *life saving* é o de abertura do tórax imediata. Apesar de não ter presenciado nenhuma, foi-me abordada a necessidade de formação sobre suturas, para estes momentos de grande stress, esporádico, em que é necessário ajudar a equipa cirúrgica. Realizei, por esse motivo, um póster sobre o tema, que coloco em anexo neste documento (Apêndice I), de modo a facilitar a consulta dos enfermeiros sempre que considerarem necessário ou que tenham dúvidas. Considerei essencial saberem os tipos de agulha a utilizar nos diferentes tecidos do corpo e algumas características das suturas essenciais para produzirem o efeito desejado.

Um dos grandes benefícios em estagiar em UCIs tão específicas como esta é a possibilidade de se experienciar contextos de prestação de cuidados de enfermagem que noutra contexto não seriam possíveis. Tive a oportunidade de prestar cuidados a um paciente submetido a transplante cardíaco. Os cuidados pós-operatórios do paciente transplantado são no sentido de restauração do equilíbrio, estabilização hemodinâmica, suporte nutricional, início da medicação imunossupressora, controlo da eliminação e o conforto do doente. O enfermeiro de UCI é quem inicia os ensinamentos feitos ao paciente e à família/cuidador. Existe uma importância acrescida na obtenção de rotinas por parte do paciente, de modo a que a administração de medicação seja num horário fixo, já feito em meio hospitalar, como irá fazer em casa. É necessário que os pacientes possuam também conhecimentos para a prevenção de infeções e que a alimentação e o confeccionamento da mesma também sejam adequados e adaptados. O enfermeiro, nos casos de transplantação cardíaca, ajuda o paciente e a família no processo de transição, contribuindo positivamente com estratégias de promoção

de saúde para que haja um bem estar do indivíduo e da sua família. Nestes pacientes a importância do prolongamento da vida está associada a uma melhor qualidade de vida pós-transplante, que vai depender da sua adesão ao tratamento. Uma boa relação entre profissionais e família/paciente influencia directamente o sucesso do tratamento (Pio, 2016).

Neste estágio tive também a oportunidade de lidar com utentes com dispositivos de assistência ventricular (DAV), que ajudam a manter o débito cardíaco de um coração que não funciona eficazmente. Como a necessidade de transplante cardíaco é superior à existência de dadores, estes dispositivos podem fazer toda a diferença na promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida, prevenção do agravamento do estado de saúde e prevenção de complicações. Segundo Cestari et al (2017), apesar dos altos custos deste procedimento, este pode ser uma ponte para transplante ou um tratamento definitivo. Os DAV preservam a função cardíaca e podem substituir parcial ou totalmente a função do coração. O enfermeiro tem um papel fundamental nos ensinamentos realizados ao paciente/cuidador, para que este saiba funcionar com o dispositivo, que esteja atento a potenciais situações de perigo e deve capacitar para que saiba os cuidados a ter com as incisões, pele e pensos. Apenas capacitando o paciente e familiar de referência/cuidador é possível obter benefícios deste tipo de tecnologia.

A oportunidade de nos integrarmos numa equipa multidisciplinar permite uma evolução pessoal e profissional através do trabalho em equipa, troca de conhecimentos, experiências, organização de planos de trabalho e do próprio funcionamento do serviço. Considerei esta experiência extremamente enriquecedora. Pude me integrar numa equipa multidisciplinar especializada para o contexto, com um conhecimento vasto teórico e excelentes competências técnicas e relacionais. Esta experiência irá me acompanhar no meu futuro profissional e pessoal, como um exemplo a seguir para a aquisição de excelência na prestação de cuidados.

2.4 MÓDULO III- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

O terceiro e último estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, de 1 de Novembro de 2020 a 14 de Janeiro de 2021. O Hospital onde foi realizado este último estágio, é um hospital privado. Tive a oportunidade de enquanto estagiava no serviço, presenciar a mudança de instalações para um novo edifício. Foi escolhido este local de estágio pelo complemento que tem ao meu local de trabalho, bloco operatório, pela oportunidade de prestar cuidados ao paciente crítico no pós-operatório e pela diversidade de cuidados possíveis de serem prestados por ser uma UCI polivalente. Uma mais valia para complementar este percurso de crescimento profissional e pessoal.

A UCI assume a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em pacientes que apresentam falência orgânica de uma ou mais funções vitais (Paiva et al. 2016). A importância destas unidades continua a crescer pois estas abordam de forma multidisciplinar, pacientes complexos e graves com grandes necessidades de especialização de conhecimento (Paiva et al. 2016). Os pacientes internados nesta unidade são maioritariamente pacientes cirúrgicos, transferidos do bloco operatório, seguido por angiografia e Atendimento Permanente (AP). Existem casos espontâneos de pacientes com complicações clínicas, que são transferidos de outras unidades da mesma rede hospitalar. Nas primeiras instalações existiam 13 camas de UCI, na actual unidade existem 15, sendo que duas destas são quartos de isolamento.

Por bons resultados no desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos nos estágios anteriores, decidi definir do mesmo modo o objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalentes, e definir dois objetivos específicos: **Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados em contexto de UCIP; Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de unidade de cuidados intensivos.**

Nas primeiras semanas comecei por me integrar e observar o trabalho da equipa multidisciplinar. Conheci a estrutura do serviço, a sua dinâmica de funcionamento,

podendo posteriormente focar me no meu desenvolvimento e nas competências propostas a desenvolver no projeto de estágio. Senti necessidade no início em compreender e dominar certas temáticas, que até então não tinha tido contato, realizei por isso pesquisa e pude rever alguns dos conteúdos abordados na parte teórica do curso, o que me ajudou a aumentar conhecimentos teóricos e desse modo melhorar a minha prestação de cuidados. Através deste estágio reforcei conhecimentos sobre avaliação e interpretação de sinais e sintomas de alerta, focos de instabilidade e como agir nalguns destes casos. Aprofundei conhecimentos de ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, estado neurológico, alterações hidroeletrólíticas pela interpretação de resultados gasimétricos e analíticos.

Nesta unidade foi possível observar as diferentes necessidades de monitorização e assistência a cada paciente. Existe a integração, no mesmo serviço, de camas de nível III (camas de UCI), que deverão ser destinadas a pacientes com duas ou mais disfunções agudas de órgão vital, que potencialmente ameaçam a vida, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al. 2016), e camas de nível II (consideradas camas de unidades de cuidados intermédios) que devem ser destinadas a pacientes que necessitem de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não necessitando de ventilação mecânica invasiva (Paiva et al. 2016).

Durante o período de estágio realizei um turno de observação na angiografia. Considerei pertinente a visita a este serviço pela complementaridade que tem à UCIP e porque sou da opinião que quanto mais conhecermos o trabalho dos outros serviços mais facilmente poderemos dar continuidade aos cuidados e prestá-los com melhor qualidade. A continuidade dos cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e é considerada uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra e Casas-Novas, 2016). Durante este turno pude observar cinco cateterismos cardíacos, um deles com angioplastia com colocação de balão e stent. Observei na angiografia a importância dos ensinamentos ao paciente: abordagem à anticoagulação, à aquisição de estilos de vida saudáveis, cuidados após cateterismo (consoante o local da incisão do cateter, a necessidade do repouso nas horas seguintes, não efectuar grandes esforços nos

dias posteriores, a importância da compressão no local de inserção para prevenir hematomas). Pude também aprender que os enfermeiros deste serviço devem estar preparados para actuar em casos de alergia ao contraste, hematomas/hemorragias no local da punção, trombo após angioplastia, acidente vascular cerebral; enfarte agudo do miocárdio; rotura de artéria coronária e arritmia cardíaca.

Neste período de estágio tive a oportunidade única de acompanhar a transferência de uma unidade para outra, de como as alterações de espaço e a necessidade de reorganização afectam as equipas e o trabalho individual de cada um. Apercebi-me da importância de haver um líder na equipa que consiga guiar e traçar linhas orientadoras para a mesma. A equipa deve sempre manter união, apesar das adversidades e trabalhar para objetivos comuns como a qualidade do serviço e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Das situações mais marcantes vividas, a prestação de cuidados a um paciente em morte cerebral foi uma delas. Pude observar a sua verificação e a preparação para a transplantação. Segundo a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2017) a morte cerebral corresponde à cessação de todas as funções do cérebro incluindo tronco cerebral. Pude observar a verificação de coma irreversível, ausência de reflexos do tronco cerebral e a ausência de estímulo respiratório, condições pré-definidas para se poder fazer a declaração da morte cerebral. Foram executados vários exames por dois médicos que não fazem parte da equipa de transplante. “É necessário assegurar que a cessação das funções cerebrais é irrecuperável, esclarecendo a causa do coma, excluindo condições médicas que possam estar a mascarar o quadro clínico” (Associação Portuguesa de Insuficientes renais, 2017). Após declarada a morte cerebral os cuidados ao paciente mantêm-se na sua totalidade de modo a que atingir a homeostasia. O papel dos enfermeiros é essencial para a manutenção destes cuidados, e na prestação de apoio à família.

Na última semana de estágio, prestei cuidados a um paciente sem possibilidades terapêuticas, devido a falência orgânica multissistémica. Os profissionais de saúde nas UCIs trabalham para a preservação da vida e têm meios para o fazer a qualquer custo. A morte apesar de ser considerada um fracasso para as equipas

intensivistas, está presente e requer um cuidado e preparação para que a mesma ocorra sem sofrimento para o paciente e família (Fernandes, 2017). Como profissionais e seres humanos que somos existem grandes dicotomias de pensamento nestas situações. Existe uma importância acrescida para que estes profissionais detenham preparação, sensibilidade e predisposição para o outro, de modo a melhorar as suas competências na prestação de cuidados a pacientes terminais (Fernandes, 2017). Apesar da dificuldade de terem de lidar com estas situações esporádicas e difíceis, são os enfermeiros que vão participar no processo de morte e presenciar o sofrimento humano. Desse modo devem realizar o controlo da sintomatologia e promover o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual possível.

Após a realização da revisão da literatura, compreendi que são vários os fatores que influenciam o conforto, facilitam a recuperação e reduzem os níveis de ansiedade dos pacientes internados. Desse modo quis ao longo do meu estágio, alertar os profissionais desta unidade para esta temática, que por vezes é desvalorizada. A equipa foi sempre receptiva às intervenções, estabelecendo uma relação mútua promotora de aprendizagens. Pude deixar no serviço um póster (Apêndice IV) de modo a partilhar com toda a equipa os resultados obtidos na revisão sistemática de literatura.

Os objetivos por mim delineados neste estágio foram cumpridos. Consegui em contexto de estágio prestar cuidados especializados em contexto de UCIP e pude contribuir para o aumento do conhecimento da equipa ao abordar o tema do conforto dando-lhes ferramentas para melhorar a qualidade dos seus cuidados.

CONCLUSÃO

O relatório de estágio apresenta-se como uma ferramenta no final deste percurso, para reflexão das experiências vividas e do percurso realizado, assim como percepção das aprendizagens e competências adquiridas. Todo o curso possibilitou momentos ricos de aprendizagem, não só pela diversidade das experiências vividas, como pela partilha de saberes entre os colegas durante o período de aulas e com as equipas multidisciplinares em contexto de estágio. Todos os momentos vividos permitiram melhorar o meu desempenho.

O enfermeiro especialista tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas, concebendo, implementando e avaliando planos de intervenção com resposta às necessidades dos pacientes e famílias alvo dos seus cuidados. Este profissional deve ser uma pessoa de referência nas equipas, que promova a mudança positiva e que preste cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Este percurso é sem dúvida um desafio, com necessidade de grande organização em termos de vida pessoal e profissional. Consegui ultrapassar as dificuldades sentidas com o apoio da professora Patrícia e dos enfermeiros orientadores que me acompanharam ao longo deste processo. Em todos os serviços onde estagiei existem exigências técnicas e científicas, que por não serem vividas no meu dia-a-dia necessitaram de maior esforço da minha parte. Para essas situações foi essencial a partilha e o debate das mesmas juntamente com a sua análise reflexiva. Experimentar outros contextos de prestação de cuidados de enfermagem alertou-me para algumas temáticas. No SUG a grande afluência de pacientes, as longas horas de trabalho e as condições das equipas, fizeram-me criar estratégias para reduzir a possibilidade de erro. Esta realidade alertou-me para a segurança dos pacientes e como as condições de trabalho podem afetar um pilar fundamental da qualidade dos cuidados.

Apesar das dificuldades, reconheço que houve também conquistas e que estes serão os primeiros passos num processo de transformação e crescimento profissional. Ter explorado o conforto nos cuidados de saúde permitiu-me

descobrir um tema com o qual me identifico e que quero continuar a desenvolver e a trabalhar no futuro. Quero ainda terminar o último objetivo proposto no meu projecto de estágio com a publicação da revisão sistemática de literatura realizada. Espero por onde ter passado, ter conseguido partilhar do meu entusiasmo pela enfermagem e pela busca de conhecimento constante que tenho e quero continuar a ter.

Considero o terminar deste período não como um fim, mas como um início, de modo a atingir a excelência na prestação de cuidados. A formação é a base do crescimento, tanto pessoal como profissional e é essencial para a excelência do exercício da profissão de enfermagem. A evolução da ciência e da saúde é constante e por esse motivo é fundamental também haver uma atualização contínua por parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, P. M. F, (2017). *Qualidade da triagem de Manchester e fatores que influenciam* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Aro, I., Pietila, A. M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). *Needs of adults patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey*. Journal of Clinical Nursing (21) 1847-1858. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x.

Berntzen H., Bjørk I. T., Storsveen A. M., & Wøien H., (2020). *“Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care*. Journal of Clinical Nursing 2020;00:1-14. doi: 10.1111/jocn.15260.

Carapeto, S. C. S. (2012). *Via verde coronária e enfarte agudo do miocárdio: tempo médio entra a admissão no Serviço de Urgência Central e a reperfusão por angioplastia primária* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, Portugal.

Cestari, V.R.F, Pessoa, V.L.M.P, Moreira, T.M.M, Florêncio, R.S, Barbosa, I,V, & Ribeiro, S.B. (2017). Dispositivos de assistência ventricular e cuidados de enfermagem. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0980016.pdf>. doi: 10.1590/0104-07072017000980016.

Clurkey L., Weyant R. A., Roberts M., & Henderson A. (2014). *Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients*. American Journal of Critical Care. doi:10.4037/ajcc2014943.

Cypress, B.S. (2011). *The lived ICU experiences of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective*. Intensive and Critical Care Nursing (27) 273-280. doi:10.1016/j.iccn.2011.08.001

Diário da República nº26, 2ª série. Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República nº135, 2ª série. Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho.
Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Escudero D., Martín L., Vina L., Quindós B., Espina M.J, Forcelledo L., López-Amor L., García-Arias B., Busto C., Cima S., & Fernández-Rey E. (2015). *Políticas de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas*. Revista de Calidad Asistencial, 30(5), 243-250.

Fernandes, B.S.S.C., (2017). O fim de vida nas unidades de cuidados intensivos-mapeamento das práticas assistenciais em fim de vida (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Góis J., Freitas K.S., Kolcaba K., & Mussi F.C. (2018). *Cross-cultural adaptation of General Comfort Questionnaire to Brazilian patients with myocardial infarction*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(6), 2998-3005.

Góngora, M. I. R., & Heredia, L. P.D. (2018). *Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular*. Artículo de Investigación. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.65833.

Hajjabadi F., Heydari A., & Manzari Z.S. (2018). *Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering*. Electronic Physician Volume 10 (6697-6706). doi: 10.19082/6697.

Holm, A., & Dreyer, P. (2015). *Intensive care unit patient's experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation*. Nursing in Critical Care. doi: 10.1111/nicc.12200.

The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual, (2014). *The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence*. Universidade de Adelaide, Austrália.

Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing(19)1178-1184. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7930099/>

Mendes, F. R. P., Gemito M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C., & Casas-Novas, M. V., (2016). *A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes*.

Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015.

Ministério da Saúde. Administração central do sistema de saúde (2015). *Recomendações técnicas para Serviços de Urgência*. Departamento de gestão da rede em serviços e recursos em saúde- Unidade de instalações e equipamentos. Lisboa, Portugal.

Nobre, D.F.R, Rabiais I.C.M, Ribeiro, P.C.P.S.V., & Seabra, P.R.C., (2019). *Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral*. Revista Brasileira de Enfermagem 72(6), 1457-1463. Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1457.pdf doi: 10.1590/0034-7167-2017-0870

Nural, N., & Alkan, S. (2018). *Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit*. Holistic Nursing Practice. doi: 10.1097/HNP.0000000000000245

Oliveira I., (2020). *Humanizar os cuidados: Norma de Orientação clínica para uma Unidade de Cuidados Intensivos*. Relatório de estágio. Universidade de Trás-os-Montes, Portugal.

Paiva, J., A., Fernandes A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho P., (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Pazar B., & Lyigun E. (2020). *The effects of preoperative education of cardiac patients on haemodynamic parameters, comfort, anxiety and patient-ventilator synchrony: A randomized, controlled trial*. Elsevier: Intensive & Critical Care Nursing. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102799.

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J.C. (2016). *A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort*. Wolters Luwer Health, Inc. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000126.

Pio, F.S.C.G., Azevedo D.M, Marques L.F, & Santiago L.C (2016). *Assistência de enfermagem no transplante cardíaco: revisão integrativa*. Recuperado de: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/13566-34690-1-PB.pdf>. Doi: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201635

Pott, F.S., Stahlhoefer T., Felix, J.V.C., & Meler M.J. (2013). *Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico*. Revista Brasileira de Enfermagem. 66(2) 174-179.

Ramoo, V., Abdullah K. L., Tan P.S., Wong L. P., Chua Y.P., & Tang L.Y. (2015). *Sedation scoring and managing abilities of intensive care nurses post educational intervention*. Nursing in Critical Care. Doi: 10.1111/nicc.12180.

República Portuguesa (2017). *Cirurgia cardiotorácica: Rede nacional de especialidade hospitalar e referência*. Lisboa, Portugal.

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Trochin, D. M. R., & Forte E.C.N., (2018). *O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem 27(2). Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3970016.pdf>. doi: 10.1590/0104-070720180003970016.

Samuelson, K.A.M. (2011). *Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients- Findings from 250 interviews*. Intensive and Critical Care Nursing (27), 76-84. doi:10.1016/j.iccn.2011.01.003.

Serviço Nacional de Saúde (2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-beatriz-angelo/>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Ordem dos médicos*


Sousa, P.P. (2020). *O conforto da pessoa idosa (2ª ed.)*. Lisboa, Portugal. Universidade Católica Portuguesa.

Stayt, L., C., Seers, K., Tutton, E. (2015). *Patient's experience of technology and care in adult intensive care*. JAN: Original research: empirical research. doi: 10.1111/jan.12664.

Terzi B., & Kaya N. (2015). A planned admission protocol application in intensive care units. *Nursing Critical Care*. Doi: 10.1111/nicc.12194.

APÊNDICES

APÊNDICE I- APRESENTAÇÃO PROJETO DE ESTÁGIO- MÓDULO II


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

PROJECTO DE ESTÁGIO


Curso de Mestrado em Enfermagem
 Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Catarina Pimentel Soares da Silva
 Sob orientação: Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2020

Contextualização

Unidade de Cuidados Intensivos de cardiotorácica
 7 de Setembro a 27 de Outubro de 2020



Objectivo geral

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Objectivos específicos:

Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica.

Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de unidade de cuidados intensivos;

Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica

Indicadores de processo:

- Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família;
- Tomada de decisão com base nos resultados de prática baseada na evidência, com fundamentação teórica e com a responsabilidade social e ética associada à profissão;

Indicadores de resultado:

- Integra e colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados;
- Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;

Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de unidade de cuidados intensivos

Indicadores de processo:

- Realizar uma revisão integrativa da literatura: "Identificar as Necessidades de conforto do doente em situação crítica"
- Divulgar os resultados junto da equipa
- Partilhar com a comunidade científica

Indicadores de resultado:

- Publicação do artigo;
- Constituição do ponto 1 do relatório de estágio;


Competências a atingir

- Monitorização, vigilância, antecipação e prevenção de complicações e eventos adversos recorrente de doenças agudas ou intervenções médico/cirúrgicas;
- Identificação das necessidades de conforto do doente em situação crítica e da sua família;
- Reflexão sobre as aprendizagens e vivências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica;
- Desenvolvimento de capacidade para resolução de problemas em situações novas e não familiares em contexto de UCI;

Revisão sistemática da literatura

Tema:
"O conforto do paciente em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão sistemática de literatura"

Questão de investigação:
Quais os fatores promotores/inibidores de conforto ao paciente em contexto de unidade de cuidados intensivos?


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

Obrigada pela vossa atenção!

Curso de Mestrado em Enfermagem
 Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Catarina Pimentel Soares da Silva
 Sob orientação: Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2020

APÊNDICE II- POSTER SUTURAS

FIOS DE SUTURA

Cateina Pimental Soares da Silva

Definição de sutura: Material estéril usado para aproximar tecidos auxiliando o processo de cicatrização

Características de uma sutura:

- **Força tênsil:** Valor de tensão que um fio suporta antes de partir; é expresso em relação à sua força inicial e o número de dias relativamente ao dia de utilização;
- **Absorção do fio de sutura:** Perda de massa de um fio de sutura, dura para além da perda total de força tênsil eficaz;
Existem dois tipos de absorção:
 - ✓ Reação enzimática tissular (suturas naturais);
 - ✓ Hidrólise nos líquidos corporais (suturas sintéticas);
- **Calibre:** entre 5 e 11/0 – quanto maior o número de zeros de um fio de sutura menor será o seu calibre;
- **Comprimento:** espesso em centímetros.



Agulha: Constituída por: ponta, corpo e orifício;

Ponta:

- **Ponta cilíndrica:** atraumática, corpo cilíndrico utilizada em tecidos delicados;
- **Ponta lanceolada:** arestas cortantes, utilizada em tecidos mais densos;
- **Ponta tapercut:** ponta lanceolada, corpo cilíndrico, é atraumática;
- **Ponta romba:** ponta arredondada, utilizada na dissecação de tecidos fráveles;



Corpo:

- **Agulha recta:** para suturar a pele;
- **Agulha semi recta (1/4 a 3/8 de círculo):** utilizada mais superficialmente;
- **Agulha curva (1/2 a 5/8 de círculo):** curvatura acentuada, utilizada em tecidos profundos. Permite melhor manipulação.

Classificação de suturas:

Origem		Permanência		Estrutura	
Natural	Sintético	Absorível	Não absorível	Monofilamento	Multifilamento
<ul style="list-style-type: none"> • Mais fácil de manusear; • Maior segurança dos nós; • Mais económica; • Maior probabilidade de reação; • Tempos de absorção imprevisíveis; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais fortes; • Tempos de suporte e absorção previsíveis; • Pouca reação tecidual; • Fios de monofilamento apresentam manuseio mais difícil; 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminados pelo organismo: desaparecimento do corpo estanho; • Tempo de suporte poderá ser insuficiente para garantir a cicatrização total; 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte permanente de ferida; • Permanece o corpo estanho • Probabilidade de reação orgânica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor traumatismo de tecidos; • Menor probabilidade de infecção; • Difícil manuseio; • Menor segurança nos nós; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais fortes; • Melhor manuseio; • Maior segurança dos nós; • Maior propensão à infecção; • Traumatismo por amassamento de tecidos;

Sutura	Características	Força tênsil	Utilização
Vicryl	<ul style="list-style-type: none"> • Sintético; • Absorível; • Multifilamento; 	75% aos 14 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomoses; • Pele;
Vicryl rapide	<ul style="list-style-type: none"> • Sintético; • Absorível; • Multifilamento; 	50% aos 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomias; • Mucosa da Cavidade oral; • Pele;
Monocryl	<ul style="list-style-type: none"> • Sintético; • Absorível; • Monofilamento; 	50% aos 7 dias; 20% aos 14 dias;	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomoses; • Pele;
PDS II	<ul style="list-style-type: none"> • Sintético; • Absorível; • Monofilamento; 	60 a 80% 2 semanas; 35-60% 6 semanas;	<ul style="list-style-type: none"> • Parede abdominal;
Prolene	<ul style="list-style-type: none"> • Sintético; • Não absorível; • Monofilamento; 	Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia cardiovascular; • Fecho da parede abdominal;

Período de cicatrização dos tecidos:

- Pele: 5-7 dias;
- Mucosa: 5-7 dias;
- Tecido Subcutâneo: 7-14 dias;
- Peritônio: 7-14 dias;
- Fascia: 14-28 dias;

Sutura ideal:

- Estéril;
- Fácil de manusear;
- Mínima reação tecidual e trauma;
- Retenção de tensão consoante o período de cicatrização;
- Absorção após objectivo;
- Não desencadear infecção;

APÊNDICE III- APRESENTAÇÃO PROJETO DE ESTÁGIO- MÓDULO III

PROJECTO DE ESTÁGIO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Catarina Pimentel Soares da Silva
Sob orientação: Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2020

Contextualização

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

1 de Novembro de 2020 a Janeiro de 2021

Objectivo geral

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Objectivos específicos:

Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados a doentes em unidade de cuidados intensivos polivalentes.

Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de unidade de cuidados intensivos;

Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica

Indicadores de processo:

- Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família;
- Tomada de decisão com base nos resultados da prática baseada na evidência, com fundamentação teórica e com a responsabilidade social e ética associada à profissão;

Indicadores de resultado:

- Integra e colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados;
- Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;

Contribuir para as boas práticas, promovendo a segurança e conforto do doente em contexto de unidade de cuidados intensivos

Indicadores de processo:

- Realizar uma revisão sistemática da literatura: "Fatores que influenciam o conforto em Unidade de Cuidados Intensivos"
- Divulgar os resultados junto da equipa
- Partilhar com a comunidade científica

Indicadores de resultado:

- Publicação do artigo;
- Constituição do ponto 1 do relatório de estágio;

Competências a atingir

- Monitorização, vigilância, antecipação e prevenção de complicações e eventos adversos recorrente de doenças agudas ou intervenções médico/cirúrgicas;
- Identificação das necessidades de conforto do doente em situação crítica e da sua família;
- Reflexão sobre as aprendizagens e vivências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica;
- Desenvolvimento de capacidades para resolução de problemas em situações novas e não familiares em contexto de UCI;

Revisão sistemática da literatura

Tema:

"Fatores que influenciam o conforto em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão sistemática de literatura"

Questão de investigação:

Quais os fatores promotores/inibidores de conforto ao paciente em contexto de unidade de cuidados intensivos?

Obrigada pela vossa atenção!

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Catarina Pimentel Soares da Silva
Sob orientação: Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2020

**APÊNDICE IV- POSTER: “FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO EM
UCI”**

FATORES QUE INFLUENCIAM O CONFORTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

FATORES INIBIDORES DE CONFORTO

FATORES RELACIONADOS COM O CONTEXTO DE AÇÃO PROFISSIONAL:

- Falta de informação;
- Procedimentos mecanizados;

ESTRUTURA FAMILIAR:

- Separação da família;
- Horário de visitas restrito;

CONDIÇÃO SAÚDE/DOENÇA:

- Dor;
- Distúrbios do sono;
- Imobilizações por cateter, perfusões e monitorização;

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO CONTEXTO:

- Barulho constante;
- Luzes fortes;
- Espaço claustrofóbico;
- Equipamentos;
- Métodos de tratamento;
- Alterações de temperatura;
- Sem atividades de entretenimento;

GESTÃO DE EXPECTATIVAS/VALORES/CRENÇAS:

- Sensação de vergonha por não poder cuidar de si;
- Incapacidade de manutenção de papéis familiares e pessoais;
- Exposição corporal, vulnerabilidade;
- Ansiedade, raiva e frustração;
- Solidão e isolamento social;
- Perda de controlo da situação;

FATORES PROMOTORES DE CONFORTO

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS:

- O toque, comunicar com tom calmo e tranquilizador;
- Ensinos realizados, informação cuidada;
- Transmissão de segurança, orientação;
- Promoção do conforto ambiental: alívio dos distúrbios, remoção de restrições de equipamentos; Diminuição das luzes; Presença de música;
- Alteração de decúbitos;

INTERVENÇÃO DA FAMÍLIA:

- Acompanhamento por parte da família/pessoa de referência;
- Visitas;
- Apoio da família na segurança, serenidade, companhia.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO CONTEXTO:

- Um regime livre de visitas na UCI permite a proximidade com a família;
- Protocolo de admissão;
- Fatores ambientais promotores de conforto: Presença de luz natural; Boxes individuais; Permissão para a utilização de objetos pessoais;

GESTÃO DE EXPECTATIVAS/VALORES/CRENÇAS:

- O bem-estar emocional é proporcionado através de relevância existencial e segurança emocional;
- Terem ajuda profissional quando necessário, faz com que os pacientes se sintam seguros, calmos e relaxados.

Considerações finais:

A UCI é o local onde a maior parte dos procedimentos life-saving são prestados. O seu ambiente e os procedimentos nele realizados têm um efeito negativo nos parâmetros físicos e níveis de conforto, resultando em experiências negativas. A UCI pode afetar negativamente o tempo de recuperação, o tempo de estadia e o dia a dia após a alta. Os enfermeiros são quem consegue mais frequentemente identificar uma potencial causa de desconforto antes de afetar o paciente e eliminá-la, são os responsáveis por assegurar os bons resultados do paciente, reduzir a sua ansiedade e permitir uma rápida e eficaz recuperação. (Nural & Alban, 2018).