



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: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA AO DOENTE COM HIPOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO

Marta Filipa Carvalho Lucas

Lisboa, julho de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA AO DOENTE COM HIPOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO

Marta Filipa Carvalho Lucas

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, julho de 2022

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.” (José de Alencar)

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho pela ausência, mas pela presença constante em todos os momentos,
conquistas e pensamentos.

À minha família pela dedicação e paciência ao longo de todo este percurso.
À Professora Patrícia Pontífice de Sousa, pela orientação pedagógica ao longo deste
percurso, o estímulo contínuo, as indicações sempre rigorosas e necessárias, pela
disponibilidade, interesse, carinho e ajuda.

A todos os orientadores de estágio, pelos momentos de aprendizagem, incentivo,
esclarecimento e de partilha.

A todos o meu... MUITO OBRIGADO!

RESUMO

A formação de adultos constitui uma mais-valia na nossa profissão, a aquisição de competências e habilidades específicas, permitem ao Enfermeiro atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando cuidados de qualidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na assistência à pessoa e família, ambos a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, presta cuidados de alta complexidade científica, técnica e humana. Para isto, é importante que o Enfermeiro desenvolva a sua autonomia na procura de novos conhecimentos e a capacidade de desenvolver competências específicas aos contextos com que se depara.

O presente relatório reflete o percurso nos módulos de estágio para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. O seu objetivo é descrever as atividades realizadas em contexto de estágio, no sentido de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista, estes, desenvolveram-se em contexto de bloco operatório de urgência e unidade de cuidados intensivos. Carrapiço (2001) vai de encontro com esta afirmação reconhecendo um relatório como um documento cujo intuito é apresentar os resultados de um determinado projeto, pesquisa ou evento, apresentando-se como um descritor de atividades ou factos, promotor da reflexão e análise, tornando-se parte integrante de quem faz um projeto.

É em contexto de estágio que o estudante tem a possibilidade de transferir e mobilizar conhecimentos, num ato contínuo, acompanhado por um processo crítico-reflexivo de todas as suas experiências na prática clínica (Bouso et al, 2000 citando Buriolla, 1995). De forma a garantir a melhor prestação de cuidados de enfermagem, cumprindo as recomendações para a garantia dos padrões de qualidade, é fundamental que o Enfermeiro especialista suporte as suas ações em ferramentas científicas e investigacionais para que a sua prática seja baseada em evidência.

Palavras-chave: cuidado especializado, enfermagem, hipotermia, pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Adult training is an asset in our profession, the acquisition of specific skills and abilities, allows the Nurse to act autonomously and in a multidisciplinary team, providing quality care.

The specialist nurse in medical-surgical nursing, namely in assisting the person and family, both experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure, provides care of high scientific, technical and human complexity. For this, it is important that nurses develop their autonomy in the search for new knowledge and the ability to develop skills specific to the contexts they face.

This report reflects the path in the internship modules to obtain a master's degree in nursing, with a specialization in Medical-Surgical Nursing for the Person in Critical Situation, from the Institute of Health Sciences, of the Portuguese Catholic University of Lisbon. Its objective is to describe the activities carried out in the internship context, in the sense of acquiring specific skills of specialist nurses, these were developed in the context of an emergency operating room and intensive care unit. Carrapiço (2001) goes against this statement by recognizing a report as a document whose purpose is to present the results of a particular project, research or event, presenting itself as a descriptor of activities or facts, promoting reflection and analysis, becoming an integral part of who makes a project.

It is in the context of an internship that the student has the possibility of transferring and mobilizing knowledge, in a continuous act, accompanied by a critical-reflexive process of all their experiences in clinical practice (Bousso et al, 2000 citando Buriolla, 1995). To guarantee the best provision of nursing care, complying with the recommendations to guarantee quality standards, it is essential that the specialist nurse supports his actions with scientific and investigational tools so that his practice is based on evidence.

Keywords: specialized care, nursing, hypothermia, person in critical condition.

LISTA DE SIGLAS

AESOP	Associação de Enfermeiros das Salas Operatórias Portuguesas
BO	Bloco Operatório
BOC	Bloco Operatório Central
BUC	Bloco de Urgência Central
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation
EV	Endovenosa
JBI	Joanna Briggs Institute
OE	Ordem dos Enfermeiros
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCINT	Unidade de Cuidados Intermédios
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1. SCOPING REVIEW: “ HIPOTERMIA NO DOENTE DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO”	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	32
2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SEUS FAMILIARES EM CONTEXTO DE BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA	Erro! Marcador não definido.
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SEUS FAMILIARES EM CONTEXTO DE UCI.....	47
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1 – Critérios de inclusão e exclusão	20
Tabela 2 - Organização, sumarização e categorização dos artigos	21
Tabela 3 - Resultados da investigação.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos.....	21
-------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A inovação tecnológica, na área da Saúde, é cada vez mais célere e abrangente. Os enfermeiros, como elementos fundamentais de uma organização de saúde, têm vindo a consciencializar-se da necessidade de uma contínua atualização de saberes e de competências, em prol de uma prestação de cuidados com qualidade. De facto, segundo o REPE (1998), o título de enfermeiro especialista “*preconiza, reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade*”. A enfermagem tem registado, no decurso dos últimos anos, “*uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional*”, tal como é referido pelo REPE (1998). Deste modo, é imprescindível reconhecer o valor significativo do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, assim como a qualidade dos cuidados prestados por este profissional.

Com este objetivo em mente, foram criadas especialidades em diferentes domínios da enfermagem, assumindo as mesmas um papel preponderante na prestação de cuidados diferenciados. Segundo as premissas dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o exercício profissional da enfermagem (OE, 2001) “*centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)*”, acrescentando ainda que todos os envolvidos possuem um quadro de valores e crenças individuais que devem ser respeitadas (OE, 2001: 8).

Segundo o regulamento das competências específicas do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**, preconizadas pela OE (OE, 2010), “*Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato . . . tendo em vista a sua recuperação total*” (OE, 2010:2).

O Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, vem dar resposta à necessidade de uma formação aprofundada e atualizada em Enfermagem, assim como ao preconizado pela formação de Enfermeiro Especialista. De acordo com o plano de estudos do Curso, é proposto um Estágio, composto por três Módulos. O Estágio tem o objetivo de proporcionar a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e de competências

específicas ao Enfermeiro Especialista, no que diz respeito à Pessoa em Situação Crítica. Relativamente ao Módulo I do estágio, tive equivalência pelo facto de exercer enfermagem há 4 anos num Bloco Operatório. O Módulo II – Bloco Operatório de Urgência Central – decorreu no período entre 3 de maio a 30 junho de 2021 (180 horas), num hospital central da região de Lisboa, a escolha deste local, deveu-se ao facto de querer desenvolver competências em contexto de urgência no perioperatório, sendo esta a minha área profissional. O Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos – decorreu no período de 6 de setembro a 27 de Outubro de 2021, no SMI de um hospital publico privado dos arredores de Lisboa, a escolha do local, deveu-se ao facto de querer desenvolver competências na minha área de especialização.

O relatório tem por base descrever e refletir, sobre as experiências vivenciadas, as competências desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso, sendo complementado com evidência científica atual, através de pesquisa bibliográfica, partilha de experiências e saberes adequados a cada contexto.

Relativamente aos objetivos, este Relatório tem o objetivo geral, dar a conhecer o percurso desenvolvido, no âmbito dos Estágios, ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. E como objetivos específicos, enunciar os objetivos propostos a alcançar em cada Ensino Clínico, descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo em conta os objetivos, refletir de forma critica, sobre questões complexas da prática profissional, relacionadas com o contexto onde foi realizado o estágio e identificar as competências adquiridas, com vista à atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No que diz respeito à estrutura, o presente Relatório encontra-se organizado da seguinte forma: no primeiro ponto, surge uma scoping review, que procura dar resposta à problemática identificada: *Hipotermia no doente durante o período perioperatório*, em segundo, apresentamos uma caracterização sumária de cada um dos locais de estágio e uma análise crítica das atividades e das competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, e posteriormente uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo dos Estágios. Para finalizar, é apresentada uma conclusão que representa uma análise e uma apreciação final de todo o caminho percorrido, mostrando como o mesmo contribuiu para o entendimento da Enfermagem como *“uma profissão que tem a responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar*

e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro”
(Watson, 2002, p. 61).

Por último são apresentadas as referências bibliográficas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA6th) e apêndices.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Dado que o cuidado faz parte da essência de Enfermagem, não é difícil identificar que os Enfermeiros têm como missão assumida cuidar do doente crítico quer seja em internamento, urgência, UCI ou qualquer outro tipo de local e contexto, ajudando na promoção do conforto e alívio do sofrimento. Segundo Pontífice (2012), “*o processo de conforto é direcionado pela relação enfermeiro-doente e sua família onde a atuação do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados*”. O conforto é muito mais que o alívio da dor, é o assegurar as necessidades de comunicação, de alimentação ou de eliminação, entre outras, pelo que os Enfermeiros devem responder às necessidades dos doentes no sentido de os ajudar a suportar o desconforto que advém da situação saúde/doença que vivenciam (Kolcaba, 2003).

A teoria do conforto de Kolcaba é uma das teorias de enfermagem de médio alcance, que se caracterizam por menor abstração, dirigem-se a fenómenos ou conceitos específicos e refletem a prática. As teorias de médio alcance são concretas, adaptáveis e fáceis de usar. Também dirigem as questões e facilitam resultados positivos (Kolcaba, 2001). À luz desta teoria de Katharine Kolcaba (2003), o conforto “*é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)*”. No desenvolvimento da sua teoria a mesma autora viria a acrescentar que conforto “*é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos*” (Kolcaba, 2009). O conforto é visto como um conceito holístico e multidimensional, é o resultado dos cuidados de enfermagem competentes, com recursos adequados e apropriados e que influenciam o processo de tomada de decisão sobre os indivíduos doentes.

De acordo com a teoria do Conforto da Kolcaba, existem 4 contextos diferentes em que a experiência do conforto se pode desenvolver, e que são o contexto físico, que diz respeito às sensações corporais e inclui aspetos como o descanso, relaxamento, níveis de eliminação, hidratação, oxigenação, dor e posicionamentos. O contexto psico-espiritual, que abrange a consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida. O contexto sociocultural, que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, e que inclui aspetos financeiros e informacionais da vida social. E finalmente o contexto ambiental, que engloba as

condições do meio, como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio. Com base nesta teoria do Conforto, Kolcaba refere que qualquer situação que possa requerer cuidados de saúde é um estímulo para o indivíduo. Esta necessidade de cuidados de saúde, associado às intervenções de enfermagem, e tendo em conta as variáveis intervenientes leva a um aumento do estado de conforto, que por sua vez origina comportamentos de procura de saúde. Existem três estados de conforto que são alívio, tranquilidade e transcendência definidos por Kolcaba.

Assim, e de uma forma muito sucinta posso dizer que o alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio (Kolcaba, 2003). A tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais duradouro que o estado de alívio e não implica que haja desconfortos prévios (Kolcaba, 2003). Finalmente o estado de transcendência, é o estado em que o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas, pelo que mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, ele consegue suprir as suas próprias necessidades, através de um desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afetar, e tudo isto é feito com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar envolvendo um conjunto de ações confortantes (Kolcaba, 2003).

1.1. SCOPING REVIEW: “HIPOTERMIA NO DOENTE DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO”

No sentido de sintetizar e mapear a evidência científica sobre os cuidados de enfermagem para prevenir e controlar a hipotermia perioperatória no doente cirúrgico, bem como as consequências adjuvantes à hipotermia perioperatória, uma vez que esta temática se baseia no conforto, levou-se a cabo um trabalho de scoping review com base nas orientações de JBI.

A hipotermia é definida como a temperatura corporal menor do que 36°C, na qual o corpo é incapaz de gerar calor suficiente para a realização das suas funções. Esta pode ser classificada em não intencional e terapêutica, sendo que a primeira ocorre principalmente em doentes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos ou em

vítimas de trauma, podendo advir de vários fatores isolados ou associados, como perda excessiva de calor, inibição da termorregulação fisiológica, ou falta de cuidados adequados para sua prevenção. Já a hipotermia terapêutica, também chamada de “provocada”, é instituída, conscientemente, pela equipa médica, tendo como objetivo o tratamento (Souza et al, 2019).

Segundo a literatura, 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia podendo esta complicação ocorrer em qualquer fase do período perioperatório. Fatores que assumem um papel fulcral também no desenvolvimento desta complicação são: a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associadas a anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente as baixas temperaturas no bloco operatório (Clínica et al, 2017). Segundo os mesmos autores *“A criação de guidelines, torna-se crucial e imperativo com o objetivo de: (i) sintetizar a evidência científica sobre a importância da normotermia perioperatória na população adulta, no que diz respeito à identificação dos fatores de risco para hipotermia perioperatória, das complicações clínicas e das medidas preventivas para a hipotermia perioperatória; (ii) desenvolver recomendações para fomentar a normotermia perioperatória onde se inclui a monitorização da temperatura no período perioperatório, a avaliação e conduta no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório”*.

“A sala de operações constitui um contexto fortemente indutor de exposição física à temperatura ambiente” (AESOP, 2017). O grupo populacional com maior risco de desenvolvimento da hipotermia perioperatória, apresenta por norma, características que aumentam a probabilidade da mesma, tais como: “Baixa temperatura no pré-operatório (<36°C); baixo peso corporal; escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA)>1” (Alves et al, 2021).

Ainda de acordo com um estudo da Association of periOperative Registered Nurses (AORN), os enfermeiros, devem atender aos fatores demográficos - idade e género, e fatores cirúrgicos - tipo de cirurgia. Além disso, anemias, sépsis e mortalidades pós-operatórias são fatores significativamente associados à hipotermia (Alves et al, 2021). Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), o diagnóstico de enfermagem “risco de hipotermia perioperatória” foi aprovado em 2013, sendo revisto em 2017, publicado em diversos países e em vários idiomas, demonstrando a importância

de comprovar a validade do diagnóstico na prática clínica de enfermagem. Este diagnóstico define-se como a *“suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde”* (Alves et al, 2021). Tal, leva-nos a refletir sobre a importância dos cuidados que os enfermeiros deverão ter antes, durante e após o ato cirúrgico, sendo estes os momentos mais suscetíveis para o risco de hipotermia (Poveda et al, 2011). Segundo a AESOP (2017): *“A prevenção da hipotermia perioperatória está associada a melhores resultados e benefícios em saúde, onde se inclui para além de uma maior satisfação do doente, uma diminuição a diversos níveis: ansiedade, perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, tempo de estadia na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), custos totais da anestesia, necessidade de internamento em UCI, risco de Enfarte do Miocárdio, necessidade de ventilação mecânica, infeção do local cirúrgico, extubação mais precoce em doentes com ventilação mecânica e uma redução global da mortalidade”*.

Para evitar estas consequências decorrentes da hipotermia, os enfermeiros, na admissão do doente, devem desenvolver um plano de cuidados ajustado, intencionalmente dirigido à minimização do risco de hipotermia, garantindo um ambiente de cuidado terapêutico propício ao estado confortador e à manutenção da vida. É importante uma resposta atempada da equipa de saúde, concretamente dos enfermeiros, pelo que a aquisição de competências especializadas é determinante, dando resposta às necessidades do doente cirúrgico, traduzindo-se numa melhoria dos resultados e ganhos em saúde (Branco et al, 2020). Como tal, devemos ter a autonomia profissional para desenvolver protocolos de cuidados direcionados para a prevenção ou tratamento da hipotermia no período perioperatório, cuidados estes que passam pelo pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, como se pode verificar nos algoritmos da AESOP.

Desta forma formulou-se uma questão de investigação, com base na mesma metodologia que constituiu o centro do desenvolvimento de toda a revisão, desde a organização até à discussão dos resultados: *Quais os cuidados de enfermagem na prevenção e controlo da hipotermia perioperatória no doente cirúrgico? Quais as principais consequências que advêm da hipotermia perioperatória?* Este tipo de pesquisa não envolveu seres humanos, não sendo necessário passar por uma apreciação de uma comissão de ética. Contudo, seguiu-se as regras da boa condução científica, pautadas pelo rigor na referenciação e respeito pela perspetiva dos autores.

Tratou-se de uma scoping review, que procurou estabelecer um contacto entre o que existe sobre o tema e o pesquisador, de forma sistemática e ampla, favorecendo a caracterização e a disseminação do conhecimento produzido. A sua construção é constituída por: escolha do tema e seleção da questão de investigação, pesquisa em base de dados, estabelecimento dos critérios de exclusão e inclusão, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese de conhecimento.

Para Fortin (2003), *“A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica que guia a prática dos cuidados⁸. A prática baseada na evidência consiste na utilização da melhor evidência disponível para tomar as decisões sobre os cuidados a prestar a cada doente “.*

Após a escolha do tema a formulação da questão de investigação foi realizada pelo método PCC (população - adulto, conceito – hipotermia peri operatória e contexto – bloco operatório). A identificação e seleção inicial dos estudos foram realizadas com recurso às palavras-chave pesquisadas e validadas no MeSH e no DeCS. Posteriormente, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, com o intuito de obter um número de artigos com relevância para o estudo do tema. Na tabela 1, segue-se o processo de amostragem, na qual são estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão.

TABELA 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1ª fase de pesquisa (aplicação de critérios no motor de busca)	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos disponíveis online de forma integral; • Artigos em português e inglês. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos anteriores a 2006.
2ª fase de pesquisa (adequação do título e resumo)	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes Cirúrgicos; • Hipotermia perioperatória; • Cuidados de enfermagem no doente com hipotermia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos repetidos; • Documentos escritos numa língua diferente à dos critérios de inclusão; • Contexto de bloco operatório.
3ª fase de pesquisa (leitura integral)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo responde às questões de investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo não responde às questões de investigação.

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2021, em bases de dados como: MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL, utilizando como descritores Cuidados de Enfermagem, Hipotermia, Enfermagem Perioperatória, os mesmos foram confirmados no MESH. Numa primeira fase, foram identificados 480 artigos, após a primeira exclusão ficaram 38, com a segunda 27, e por último, após leitura e análise integral, foram selecionados 8, com datas de publicação de 2006 a 2021.

Posteriormente procedeu-se à organização, sumarização e categorização dos artigos apresentada na Tabela 2. Relativamente à classificação do nível de evidência, a mesma foi realizada através do New Joanna Brigs Institute (JBI) Levels of evidence, que permite fazer um julgamento preliminar da qualidade metodológica e do rigor da evidência. Para além deste método realizou-se ainda uma leitura e avaliação cuidadosa e raciocínio clínico.

TABELA 2

Título/Ano/País	Delineamento / Amostra	Objetivos	Nível de evidência JBI⁽⁹⁾
Nurses' Knowledge of Inadvertent Hypothermia 2009, Irlanda	Estudo quantitativo descritivo	Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção da hipotermia perioperatória	5
Hipotermia no período intraoperatório: é possível evitá-la? 2011, Brasil	Estudo com delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo-exploratório, prospetivo	Identificar as medidas adotadas para a prevenção de hipotermia no período intraoperatório	6
Hipotermia em doentes no período Perioperatório 2012, Brasil	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa	Identificar os fatores que desencadeiam a hipotermia em doentes em sala operatória e as manifestações em sala de recuperação anestésica	5

Complicações da hipotermia terapêutica: diagnósticos e intervenções de enfermagem 2014, Brasil	Revisão Sistemática da Literatura	Conhecer a prática dos enfermeiros na assistência ao doente com hipotermia terapêutica.	4.a
Frequência de hipotermia não intencional no perioperatório de cirurgias eletivas 2016, Brasil	Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa	Identificar precocemente a ocorrência de hipotermia, pelos enfermeiros, com a finalidade de oferecer uma assistência qualificada e segura aos doentes.	5
Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória 2019, Brasil	Estudo de coorte retrospectivo	Desenvolver ações de prevenção e controle da hipotermia intraoperatória visando uma melhor recuperação do doente no período de pós-operatório.	3.c
Cuidados de enfermagem no período Intraoperatório para manutenção da Temperatura corporal 2019, Brasil	Estudo descritivo, transversal	Descrever os cuidados de enfermagem para a manutenção da temperatura corporal adequada e a prevenção de hipotermia durante o intraoperatório.	4.b
Risco de hipotermia perioperatória: Revisão integrativa 2021, Brasil	Revisão integrativa	Identificar precocemente a ocorrência de hipotermia, reconhecendo os fatores de risco inerentes a cada doente e identificando quais os cuidados a aplicar.	4.a

Por fim, para a análise dos dados, procedeu-se à avaliação e à interpretação dos estudos incluídos, evidenciando os principais resultados que dão resposta às questões de investigação como se pode verificar na Tabela 3. Posteriormente, foram apresentados os

resultados e a discussão dos mesmos, terminado com uma síntese do conhecimento sobre o agir de todos os profissionais mediante a ocorrência de hipotermia no doente cirúrgico, atuando de forma preventiva, contribuindo para o conforto e bem-estar do doente como um todo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nesta pesquisa, foram selecionados 9 artigos que representam a amostra para a execução desta revisão bibliográfica, sendo que todos correspondem à base de dados EBSCO (FIGURA 1).

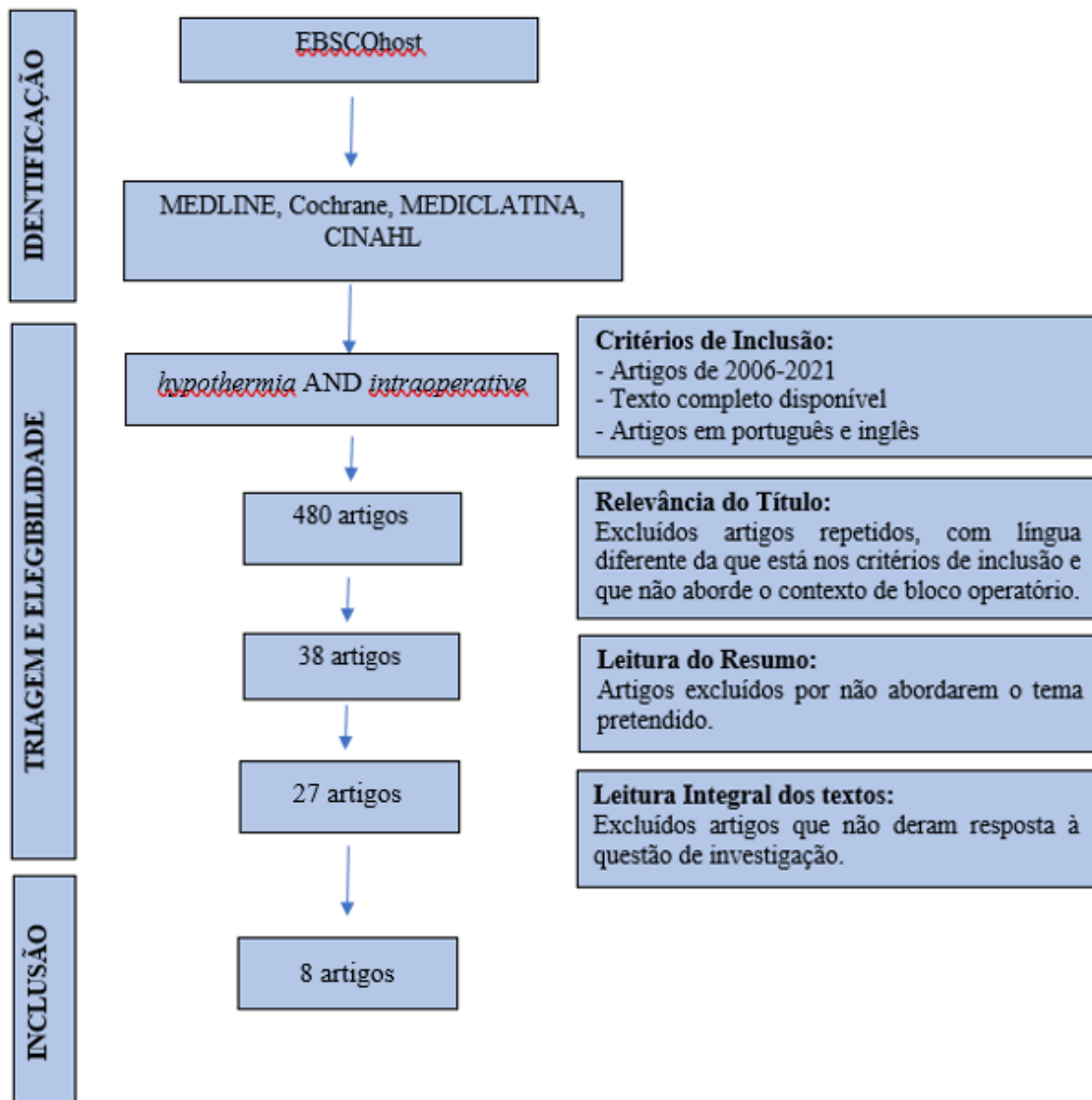


FIGURA 1 – Diagrama do processo de seleção dos artigos

Tabela 3

Artigo	Resultados
Artigo 1 Boutabba, M. - Inadvertent hypothermia	<ul style="list-style-type: none">- O aquecimento de ar forçado foi a intervenção mais utilizada, bem como o uso de fluídos aquecidos;- O controle da temperatura ambiente é uma medida preventiva no desenvolvimento da hipotermia.
Artigo 2 Poveda, V. - Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la?	<ul style="list-style-type: none">- Necessidade de implementação de protocolos de cuidados direcionados para intervenções mais eficazes na prevenção da hipotermia;- O método passivo de aquecimento (como o uso de lençóis quentes) é muito mais utilizado do que o método ativo (ar forçado);- A segurança do doente bem como a redução de complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico são metas de cuidado.
Artigo 3 De Mattia, A.L. - Hipotermia em pacientes no período perioperatório	<p>O enfermeiro exerce um papel importante na implementação de medidas preventivas de hipotermia, evitando complicações que ela pode ocasionar para os doentes, aumentando a sua segurança, conforto e diminuição de custos hospitalares.</p> <ul style="list-style-type: none">- Os métodos preventivos de hipotermia utilizados foram a infusão aquecida (20%) e a manta térmica (40%);- Em todos os doentes foi utilizado o lençol como método de manutenção de privacidade;- Todos os doentes que receberam métodos preventivos de hipotermia saíram com temperaturas de 35,1°C e 35,9°C, os que não receberam mantiveram-se hipotérmicos por mais de 30 minutos;- Os métodos de aquecimento mais usados foram o cobertor e a manta térmica;- A manifestação clínica da hipotermia mais frequente foi a hipoxémia, seguida de tremores, palidez e hipertensão arterial;
Artigo 4 Waldrigues, M. C. - Complications in	<ul style="list-style-type: none">- Os doentes pós-parada cardiorrespiratória submetidos ao tratamento da hipotermia terapêutica apresentam um melhor prognóstico, no entanto apesar da eficácia da hipotermia em reduzir a extensão dos danos neurológicos, a sua utilização não é tão ampla na prática, principalmente pela falta de estrutura

<p>therapeutic hypothermia: diagnosis and interventions</p>	<p>dos hospitais e falta de aprimoramento dos profissionais a respeito de sua utilização;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um plano de cuidados condizente com as reais necessidades de cada doente; - Aplicação de um processo de enfermagem, que proporciona uma ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo o instrumento que ajuda o enfermeiro a tomar as decisões, prever e avaliar as consequências.
<p>Artigo 5</p> <p>Ribeiro, E. - Frequência de hipotermia não intencional no perioperatório de cirurgias eletivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É importante desenvolver mecanismos que possam auxiliar na detecção precoce deste quadro, bem como instruir a equipa, oferecendo uma assistência com maior qualidade; - A taxa de incidência da hipotermia nos doentes cirúrgicos é alta; - A grande maioria apresentou hipotermia leve com queda da temperatura a partir dos 30 minutos de ato cirúrgico, sendo que a queda acentua com o passar do tempo, levando muitos doentes hipotérmicos para o quarto;
<p>Artigo 6</p> <p>Pereira, N. - Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O sexo feminino é o que tem mais propensão para a hipotermia; - As complicações operatórias são muito comuns em doentes hipotérmicos, maior tempo de internamento, maior probabilidade de desenvolver dor, náusea, infecção da ferida operatória. - Mediante as complicações encontradas, é importante desenvolver ações de prevenção e controle da hipotermia pré e intraoperatória, para uma melhor recuperação dos doentes.
<p>Artigo 7</p> <p>Souza, É.D. - Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os métodos mais utilizados foram a infusão de líquidos aquecidos e o uso de lençol de algodão, no entanto não foram suficientes para prevenir a hipotermia; - Necessidade de os profissionais de saúde realizarem um planeamento mais efetivo da assistência ao doente cirúrgico, voltado para a prevenção da hipotermia, incorporando novas tecnologias e protocolos baseados em evidências, de modo a garantir maior segurança e conforto ao doente no procedimento anestésico-cirúrgico.
<p>Artigo 8</p> <p>Alves Mendes, M, - Risco de hipotermia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os fatores de risco e a ocorrência de hipotermia foram determinantes para desenvolver o diagnóstico de enfermagem – Risco de Hipotermia perioperatória;

perioperatória: revisão integrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Os fatores mais relacionados com a ocorrência de hipotermia nos doentes cirúrgicos são: Idade avançada, IMC baixo e o tempo cirúrgico prolongado; - O controle da hipotermia diminui a ocorrência de efeitos cardíacos adversos, complicações infecciosas, sangramentos e traz maior conforto ao doente; - É necessário promover o conhecimento dos enfermeiros no que tange à identificação de fatores de risco, sendo indispensável que este saiba agir quando um quadro de hipotermia se instalar, utilizando as medidas necessárias para redução desta complicação cirúrgica tão frequente.
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mediante a análise dos artigos selecionados, todos os estudos apontam para o sexo feminino com maior propensão para desenvolver hipotermia, uma vez que a mulher possui menor quantidade de massa muscular e maior índice de superfície corporal, propiciando maior perda de calor para o ambiente. Além deste, outros fatores de risco são citados, tais como, a idade avançada, a baixa temperatura no pré-operatório e o tempo de cirurgia prolongado.

Em todos os estudos, pudemos verificar, que os métodos utilizados para manutenção da temperatura corporal são descritos como aquecimento cutâneo ativo ou passivo. Os métodos ativos incluem o uso de colchões térmicos com circulação de água, infusão de soluções aquecidas, aquecimento e humidificação dos gases administrados. No passivo, os doentes são aquecidos com colocação de lençóis, cobertores ou mantas.

Em alguns estudos onde se fez uma comparação entre os doentes normotérmicos e hipotérmicos em relação às complicações apresentadas, a maioria aponta para um maior período de internamento, aumento de dor e desconforto no pós-operatório imediato, maior risco de infecção da ferida operatória. Durante o procedimento cirúrgico, a temperatura da sala operatória, o tipo/ tempo de cirurgia, os agentes anestésicos, bem como os cuidados prestados, são fatores que podem influenciar o desenvolvimento da hipotermia. O enfermeiro deve recorrer a mecanismos de aquecimento, monitorizando a temperatura do doente de modo intermitente e identificando precocemente a hipotermia.

Vários estudos reforçam a ideia de que o doente deverá começar o aquecimento no período que antecede a cirurgia, esta medida é importante para a redistribuição da temperatura corporal durante todo o procedimento cirúrgico, uma vez que aumenta a

temperatura do corpo nas regiões periféricas e também causa vasodilatação. Num dos estudos foram identificadas como manifestações clínicas da hipotermia: a hipoxémia, os tremores, a palidez cutânea e a hipertensão arterial. Concomitantemente, o sistema de ar forçado aquecido é referido como um método efetivo na prevenção ou tratamento da hipotermia do doente cirúrgico já que este sistema tem demonstrado ser mais efetivo que o uso de métodos passivos, contribuindo para o aumento do conforto do doente, melhores saturações de oxigênio no sangue e decréscimo do aparecimento de tremores.

Em relação às medidas mais usadas para manutenção da temperatura corporal, foram consideradas: o uso da manta térmica e do lençol aquecido (método passivo) e a infusão de solução aquecida via endovenosa (método ativo). A manutenção da temperatura corporal no perioperatório, é importante para a segurança e satisfação do doente e para obter resultados cirúrgicos positivos. Um doente que refere frio, é um doente que se sente desconfortável, ou seja, não está no seu estado completo de bem-estar, sente desconforto pelo que se torna necessário prevenir e controlar esta situação.

Apesar da escassa informação sobre a temática, a evidência é consensual no que respeita à importância da manutenção da temperatura corporal no doente no período perioperatório. Como enfermeiros temos um papel fundamental na prevenção da hipotermia, devendo focar os nossos cuidados sempre numa prática baseada na evidência, de modo a promover um maior bem-estar e conforto aos doentes cirúrgicos.

Apresenta-se como uma limitação deste estudo a possibilidade de não ter esgotado todos os artigos publicados sobre este assunto. Além disso, a literatura sobre o tema ainda está com baixo grau de evidências, o que mostra a necessidade de estudos mais aprofundados. Os resultados deste estudo contribuem para a melhoria do cuidado em saúde, no que respeita à importância do controle da temperatura bem como os cuidados a adotar em caso de hipotermia, uma vez que esta pesquisa revela os avanços, concretamente, na intervenção de enfermagem em prol da promoção de maior conforto e maior bem-estar dos doentes cirúrgicos.

A sensibilização dos enfermeiros e restante equipa para o conhecimento constitui um contributo favorável à segurança e satisfação do doente. Conscientes da importância de estratégias promotoras da segurança do doente, os estudos observados mostram que a taxa de ocorrência de hipotermia perioperatória é elevada, tornando-se essencial orientar enfermeiros e restante equipa para a importância do controle da temperatura durante o ato

cirúrgico, bem como para as medidas a ser adotadas na diminuição da hipotermia no doente. Desta forma, a criação de projetos de formação contínua e de protocolos de cuidados direcionados para intervenções eficazes, deveriam ser implementados a fim de evitar as complicações adjacentes à hipotermia e de aumentar a segurança e conforto do doente.

Percebemos que não só são várias as causas de hipotermia perioperatória, como o tipo de doentes em risco também varia. Todos os doentes estão em risco de hipotermia na sala operatória, no entanto existem fatores de risco que levam ao aumento da probabilidade de ocorrência da mesma, sendo, da responsabilidade do enfermeiro providenciar medidas de aquecimento ativas ou passivas.

No que diz respeito às intervenções propostas, os enfermeiros perioperatórios devem, juntamente com a restante equipa cirúrgica determinar a conveniência de aumentar a temperatura da sala operatória, utilizar fluidos aquecidos e instituir ventilação aquecida.

A cirurgia por si só já é encarada como fonte de ansiedade, criando necessidades a todos os níveis físico, psíquico, social, cultural, espiritual e ambiental, enquanto enfermeiros devemos criar medidas específicas de conforto adaptadas a cada pessoa, família e situação, pois o conforto, o bem-estar e a segurança do doente devem ser encarados como prática indispensável dos nossos cuidados.

A existência de estudos sobre esta área ainda é escassa. No entanto, para que haja uma ação efetiva na prevenção e controlo da hipotermia, é necessário que o enfermeiro saiba agir mesmo antes da hipotermia se instalar, reconhecer precocemente os fatores de risco inerentes a cada doente e quais os cuidados a aplicar, assumindo um comportamento humanizado com condutas que valorizem sempre o outro.

Mediante os resultados, pode-se verificar que o enfermeiro deve começar a atuar ainda no pré-operatório, de modo a minimizar ou até mesmo evitar as consequências da hipotermia, contribuindo de forma significativa para o conforto e segurança do doente.

A hipotermia gera, não só desconforto para o doente, como também acarreta complicações, sendo o enfermeiro responsável por as prevenir. Numa área tão complexa, como a do bloco operatório, todos os profissionais devem atuar de forma preventiva, com vista à segurança do doente, melhorando, assim, o bem-estar e conforto do mesmo. Torna-

se evidente a necessidade de sensibilização e educação dos atores de cuidados perioperatórios para as consequências e métodos de prevenção da hipotermia no pós-operatório, tendo por base um olhar integral da pessoa, o que se traduz numa atitude holística de cariz humanista.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Enquanto enfermeira especialista, é fundamental que me suporte em bases científicas e investigacionais para que a minha prática seja baseada em evidência, e deste modo assegurar a prestação de cuidados de enfermagem que cumpram as recomendações dos padrões de qualidade. A componente prática do curso permite desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assim, como desenvolver um espírito crítico-reflexivo que implica a aquisição, mobilização e atualização de conhecimentos para a adaptação e resolução de novas situações que vão surgindo.

A Pessoa em Situação Crítica é o foco dos cuidados do enfermeiro da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e define-se como: *“aquela, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018. p.19362). Segundo Correia (2012, p.173), *“a competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades, descritos com maior ou menor pormenor, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente.”*

Assim, o presente capítulo assentará nas competências desenvolvidas durante o ensino clínico, nomeadamente, as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, justificadas à luz do conhecimento científico. De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, da Ordem dos Enfermeiros (OE), que regula as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO E SEUS FAMILIARES EM CONTEXTO DE BUC

A escolha do estágio em contexto de BUC, deveu-se ao facto de querer desenvolver competências em contexto de urgência no perioperatório, sendo esta a minha área profissional, e deste modo desenvolver competências na minha área de especialização de acordo com o artigo 2º do Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), uma vez que o alvo de cuidados da equipa multidisciplinar é a pessoa e família que vive um processo cirúrgico resultante de uma doença aguda, permite que o enfermeiro otimize o ambiente e processo terapêutico para o alvo de cuidados e ainda participe na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018). E com o artigo 5º do mesmo Regulamento, em que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica cuida da pessoa em situação peri operatória e respetiva família/ pessoa significativa, maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O BO apresenta-se como uma ameaça à pessoa na sua identidade, particularmente nas intervenções cirúrgicas de urgência que significam para o indivíduo modificações abruptas dos seus hábitos de vida, no sentimento de si e da sua autonomia tornando assim o processo mais complexo. Salientando LEITÃO (1992) *“a cirurgia programada ou não, surge na vida do indivíduo como um factor desfavorável, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sócio-familiares”*. A enfermagem peri operatória tem a responsabilidade de tornar os momentos do doente crítico em situação de intervenção cirúrgica menos dolorosos, reunindo competências técnicas e relacionais, e construindo estratégias que permitem melhorar as vivências do doente no bloco operatório.

O estágio no BUC foi escolhido como campo de formação por possuir características próprias no atendimento cirúrgico a doentes de médio e alto risco em situação de urgência e emergência, e ainda, assistir um elevado número de doentes intervencionados em cada 24h, permitindo assim a oportunidade de contactar com doentes de níveis diferentes de complexidade e de várias áreas de especialidade. Sendo uma área de grande interesse para mim, tendo em conta o meu percurso profissional, e permitindo-me aperfeiçoar e aprofundar conhecimentos na área de urgência em bloco operatório, assumindo-se um desafio.

O BOC e o BUC, situam-se no piso 5 do hospital, estando atribuído a cada um deles salas específicas e equipas distintas. Em termos físicos existem 4 blocos, cada um deles com 2 salas (salas A e B). O BUC ocupa o bloco 4, e encontra-se contínuo a mais 3 blocos operatórios, os blocos 1, 2 e 3 direcionados para as cirurgias eletivas, mais especificamente para as especialidades de ortopedia (bloco 1), cirurgia geral (bloco 2), vascular (bloco 3 sala A) e urologia (bloco 3 sala B). Dadas as contingências atuais da pandemia por Sars-Cov-2, o hospital destinou uma sala operatória a utentes com necessidade de intervenção cirúrgica, que tenham resultado positivo ao teste ou ainda não conhecido (e, portanto, considerado suspeito) no piso 3.

O BUC recebe utente de vários pontos do país, e a equipa de enfermagem presta cuidados a doentes provenientes das várias especialidades. O acesso é fácil a todos os serviços de apoio e internamento e principalmente acesso rápido para os doentes que vêm do serviço de urgência central. Cada bloco está equipado com os recursos materiais necessários ao desenvolvimento da sua atividade cirúrgica e à sua área de especialidade, sendo que o bloco de urgência tem de estar preparado tecnicamente para prestar cuidados em todas as áreas de especialidades. A atividade cirúrgica programada funciona das 8h às 20h e o bloco de urgência 24h.

Cada sala operatória tem comunicação com uma sala central, que tem o respetivo circuito de sujos e limpos, onde se procede à lavagem e desinfeção dos instrumentos cirúrgicos e respetivo empacotamento e acondicionamento para posteriormente ser enviado à central de esterilização. Esta sala serve ainda de apoio às salas operatórias no reabastecimento de consumíveis e comunicação com os assistentes operacionais e é onde se encontram as estufas de aquecimento de roupa e de soros, e onde são guardadas matérias importantes para alguns procedimentos cirúrgicos (soros, ligaduras, compressas, gessos, ...). Adjacente a cada sala existe também uma sala de desinfeção, onde se encontram as rampas de lavagem, as escovas e os desinfetantes para a lavagem cirúrgica das mãos.

Tem como Missão primordial, à semelhança de todos os restantes serviços do Centro Hospitalar, cumprir os objetivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e dos profissionais. Na sua gestão operacional, ambos têm um Diretor de Serviço, um

Administrador e uma Enfermeira Gestora. Serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar da qual fazem parte: enfermeiros, médicos, farmacêutica, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de radiologia, entre outros.

A equipa de enfermagem no total é constituída por 73 enfermeiros. Destes 73 enfermeiros, 32 desempenham funções no Bloco Operatório Central (cirurgia eletiva) e 41 no Bloco de Urgência. No Bloco Operatório Central, as equipas estão alocadas a cada área de especialidade (bloco 1, 2 e 3), tendo desenvolvido a sua formação nessa área e tornando-se peritos. Este facto não é impeditivo para que, sempre que necessário, sejam mobilizados entre especialidades e deem o apoio necessário a todos os blocos. Na equipa de urgência, os 41 enfermeiros encontram-se distribuídos por cinco equipas, sendo que cada equipa possui três chefes de equipa, habitualmente os elementos mais antigos. Estes enfermeiros formam equipas de 7 elementos. Cada sala operatória conta com 3 enfermeiros, com as respetivas funções. O 7º elemento assume a função de chefe de equipa no turno. Todos os enfermeiros realizam um horário rotativo, com exceção do elemento coordenador.

Relativamente às funções dos enfermeiros em sala operatória, cada um possui funções específicas características da atividade que está a desempenhar, seja ela de anestesia, circulação ou instrumentação. Esta especificidade permite ao enfermeiro desenvolver competências e conhecimentos em cada área, tornando a sua prática mais segura e aperfeiçoada. A atividade no BO depende do correto desempenho de cada profissional, pelo que cada qual deve conhecer quais as suas funções e a forma mais correta de as executar.

Enfermeiro de Anestesia - o enfermeiro de anestesia é o enfermeiro que estabelece o primeiro contacto com o doente. Este deve confirmar a sua identidade, data de nascimento, se o doente tem conhecimento do procedimento que irá realizar e explicar alguns dos procedimentos, de forma a diminuir o grau de ansiedade do doente e esclarecer algumas dúvidas. Este tem também a função de preparar o material e fármacos a serem usados, tendo em conta o tipo de anestesia, bem como verificar monitores, ventiladores e material adjacente, antes da cirurgia, e durante a mesma proceder a monitorização e vigilância do doente, assistir o médico anestesista, vigiar a permeabilidade das vias EV, documentar todos os registos de enfermagem do ato anestésico, transferir o doente para a UCPA.

Enfermeiro Circulante – tem a responsabilidade de criar um ambiente seguro ao doente, gerindo as atividades fora da área esterilizada e prestando cuidados de enfermagem ao doente. Cabe a este a função de preparar, organizar e gerir a sala para a cirurgia, desde verificar a iluminação, preparar todo o material necessário à cirurgia, preparar o doente para a cirurgia, assim como a manutenção das regras básicas de assepsia, executar registos intraoperatórios, acondicionar e rotular as amostras de tecidos para posterior análise patológica ou bacteriológica, colaborar e dar resposta às solicitações da equipa médica e do enfermeiro instrumentista, durante o ato cirúrgico.

Enfermeiro Instrumentista – este tem a função mais tecnicista, desenvolvendo a sua prestação de cuidados juntamente com a equipa cirúrgica, conhece a técnica cirúrgica utilizada para colaborar com os cirurgiões na passagem de instrumentos, garante a correta funcionalidade dos mesmos bem como a manutenção da assepsia, prepara todo o instrumental e material necessário para a realização da cirurgia, prevê, organiza, gere e controla toda a preparação dos campos operatórios, mesas cirúrgicas e ato cirúrgico.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente em estado crítico e sua família, constituiu um dos objetivos específicos do estágio, sendo o meu contexto em urgência e emergência no bloco operatório. Apoiando-me nas competências propostas para este estágio, propus-me a integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções ou que as condicionem, desenvolver uma prática de cuidados ao doente e família que vivencia processos complexos de doença grave, especialmente em estado crítico, bem como a promover um ambiente terapêutico e seguro, colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde.

Consciente que o enfermeiro de perioperatório é *“responsável pelos cuidados individualizados que presta em unidades de serviço onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder efetivamente às necessidades de cada doente, e às suas expectativas relacionadas com as suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores”*, de acordo com a Associação de Enfermeiros de Salas Operatórias Portuguesa (AESOP) (2006, p.7), e tendo presente que o nível de exigência que se espera de um enfermeiro numa sala de operações é bastante elevado, na minha opinião é essencial desenvolver uma prática baseada na atualização teórica contínua, aprofundando conhecimentos em áreas

específicas com as quais não estou habituada a lidar na minha prática profissional diária, tais como cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica reconstrutiva e algumas noções anestésicas no âmbito da pediatria. Para tal, procedi á pesquisa bibliográfica em manuais e internet, e esclareci dúvidas com a enfermeira orientadora.

Uma das primeiras etapas do estágio passa pelo reconhecimento e integração na equipa multidisciplinar e conseqüente percepção das dinâmicas dos serviços. A integração faz parte da nossa vida profissional. Temos novas experiências, conhecemos vários locais e pessoas, vão surgindo obstáculos e novas situações, às quais temos de nos adaptar e integrar, permitindo organizar melhor o trabalho e tendo um bom desempenho, aumentando assim a nossa segurança, autonomia, e por sua vez a segurança do doente.

Durante o estágio integrei a equipa de urgência tendo oportunidade de assumir funções de enfermeiro de anestesia e de enfermeiro circulante. O facto de ter realizado turnos nestas áreas de cuidados permitiu uma maior compreensão do funcionamento e dinâmica do serviço desde muito cedo, o que contribuiu para perceber as estratégias adotadas pela mesma na tomada de decisão e na prestação de cuidados. Foi um exercício especialmente importante na medida em que me ofereceu novas perspetivas e orientações para o cuidar do doente crítico.

Uma vez que a minha experiência profissional já é em contexto de bloco, o período de adaptação demonstrou-se rápido, progressivo e responsável na medida em que fui demonstrando peculiaridades pessoais, como o interesse, a comunicação assertiva, a disponibilidade, a iniciativa, e a interajuda, que foram promotores da criação de boas relações profissionais. Em serviços como este, os cuidados de enfermagem, habitualmente, são vistos e associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, gerando ansiedade tanto no doente como nos enfermeiros que aí desempenham funções.

Ao longo do estágio senti necessidade de colocar questões em determinadas especialidades e contextos com a qual não estou habituada na minha prática profissional, questões estas direcionadas à Enf^ª. Orientadora, oportunas e de modo sistemático, relacionadas não só com o doente crítico, mas também com a prática de cuidados e com tecnologia diversa. Uma dessas situações foi com um doente de Cirurgia Vascular, o Sr. Manuel (nome fictício), de 70 anos de idade. Que deu entrada no BUC

numa noite, para realizar a colocação de stent e balão para dilatar o estreitamento dos vasos, por cirurgia Endovascular. A cirurgia endovascular é um procedimento cada vez mais utilizado, pois é minimamente invasivo, não sendo necessário fazer grandes incisões na pele, como nas cirurgias convencionais. Esta é feita a partir da inserção de um cateter nos vasos sanguíneos do doente, os cateteres são controlados por meio de equipamentos de Hemodinâmica, permitindo a visualização das veias e artérias com Raios – X e contraste.

A grande vantagem é poder tratar os doentes com um procedimento de menor risco, conseguir aceder a zonas do corpo de difícil acesso, menor risco de complicações e infeções e alta precoce. Este método pode ser realizado com anestesia local, mas para conforto do doente, e para minimizar a ansiedade é feita sedação. O senhor à chegada estava nervoso e com dúvidas que foram esclarecidas ainda no acolhimento na zona do transfer, tentado deste modo transmitir segurança e minimizando o seu stress. Na prática dos cuidados, os enfermeiros deverão centralizar as suas intervenções na complexa interdependência pessoa/ambiente, e ajudar o doente a tender para o equilíbrio. Ora, a existência dum momento onde a pessoa possa colocar as suas dúvidas e, expressar os seus medos é essencial.

Na minha opinião o momento do acolhimento deve ser considerado único, pois é o início de um processo de inter-relação entre enfermeiro-pessoa, em que a comunicação é encarada como um elemento fundamental. Este aspeto é tido em conta no BUC, pela equipa de enfermagem, onde o primeiro passo é apresentarmo-nos ao doente e explicar quem somos, este primeiro contato é considerado de grande relevância, pelo que, estes momentos devem transmitir confiança à pessoa para conseguirmos comunicar com ela, tendo em conta que o modo como se processa este acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher.

A comunicação é definida por Travelbee como *“um processo que pode permitir à enfermeira estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e, conseqüentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, nomeadamente, assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentido nestas experiências”* (Travelbee in Tomey, 2004:469). Durante o estágio, pude refletir de forma contínua que o nosso papel consiste num conjunto de

atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

Relativamente ao cuidar posso enumerar algumas atividades desenvolvidas, tais como, as que se relacionam com a segurança e a prevenção de infecção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação nos posicionamentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis através de resultados, e estão relacionadas com a tomada de decisão. E as que se relacionam com a relação de ajuda, nomeadamente: a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta, a assertividade, a unicidade do doente, o encorajamento, a motivação e o estímulo, entre outros, que embora não sejam observáveis nem mensuráveis no imediato, refletem-se no cuidar do doente, na forma como são ajudados a ultrapassar a situação de crise que vivenciam e na satisfação e reconforto que verbalizam pelos cuidados prestados.

Devemos garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress. Mas, o “saber” e o “saber-fazer”, também têm que estar presentes nas competências do enfermeiro. Este deverá possuir capacidades cognitivas ou conceptuais e capacidades técnicas ou instrumentais.

Durante o estágio tive oportunidade de desempenhar funções de enfermeiro de anestesia e circulante. Para tal, prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida à cirurgia e à sua família, encarando a pessoa como um ser único, indissociável do seu universo, e que necessita ser tido em consideração na prática dos cuidados para que estes sejam humanizados e holísticos. O enfermeiro perioperatório tem um papel crucial no acompanhamento da pessoa que vai ser sujeita a uma cirurgia, devendo desenvolver competências nas áreas da **comunicação/relação e informação/educação**, para a saúde.

Como enfermeira de anestesia, desempenhei todas as funções inerentes, nomeadamente, validei a operacionalidade da sala (temperatura, humidade, ventilação e higienização da sala), preparei o material / fármacos necessários para a indução

anestésica, verifiquei e testei a funcionalidade de todos os equipamentos (aspirador, módulos de monitorização, compressor térmico, bombas infusoras), verifiquei o stock de fármacos do carro de anestesia, preparei os fármacos para a indução e manutenção anestésica, de acordo com a indicação do anestesiológista e preparei módulos e kits de monitorização. Ao receber o doente no transfer e levá-lo para a sala de operações, para além de me apresentar e confirmar dados do doente, tentava esclarecer dúvidas existentes, com o objetivo de deixar o doente menos ansioso. Ao entrar na sala enquanto o monitorizava, tinha o cuidado de ir explicando todos os passos. Durante o processo anestésico, explicava-lhe que iria adormecer de forma gradual e no final da cirurgia estava presente no momento da reversão anestésica, por forma a transmitir segurança à pessoa no momento de acordar. Durante toda a cirurgia procedi á avaliação hemodinâmica do doente, bem como, à manutenção do seu conforto (avaliação e manutenção da temperatura, avaliação da dor, posicionamento correto, ...). Por último, levava o doente à UCPA, entregava a folha cirúrgica impressa e o restante processo do doente, e passava à colega todas as informações relevantes sobre o mesmo.

No que concerne à função de enfermeira circulante, considero que esta tem um papel fundamental no desempenho do seu cargo de segurança do doente, pois através dos seus conhecimentos e competências e da observação direta, garante a manutenção da técnica asséptica. Esta, é um elemento-chave no que diz respeito à **prevenção da infeção** e de todos os riscos que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica, competindo-lhe a função de preparar, organizar e gerir a sala para a cirurgia. A OE (2004) define enfermeiro circulante como o *“profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”* (OE, 2004:1).

Posto isto, como enfermeira circulante desempenhei funções que consistiram em: efetuar o acolhimento do doente, colaborar na preparação do material necessário para o ato cirúrgico, verificar a iluminação da sala bem como a funcionalidade do restante material (canivete elétrico, garrote, ...), manter as regras básicas de assepsia, dar apoio ao Enfermeiro de anestesia, colaborar no posicionamento do doente, dar apoio ao Enfermeiro instrumentista e à restante equipa cirúrgica, inspecionar a manutenção da sala limpa e organizada, participar na realização de triagem de resíduos, proceder à contagem

das compressas e otimizar um ambiente confortável para o doente. Por fim, executei registos intraoperatórios, acondicionei e rotulei as amostras de tecidos para análise patológica, colaborei na preparação do material e dei resposta às solicitações da equipa médica e da instrumentista, durante o ato cirúrgico. O desempenho das atividades que são da responsabilidade da enfermeira circulante permitiu-me adquirir competências nas **normas de boa prática e de segurança atribuídas** a esta função.

A área de prestação de cuidados especializada foi a mais trabalhada ao longo do estágio. Pois os cuidados, devem ser baseados numa evidência científica, implicando mobilizar saberes adquiridos durante o percurso profissional e fundamentados durante o curso, bem como a partilha de conhecimentos com os elementos da equipa.

Colaborei com a equipa cumprindo as normas e protocolos do serviço, contribuindo para a **melhoria da qualidade dos cuidados prestados**, articulando as atividades de pesquisa bibliográfica, com a consulta de normas e protocolos, conhecimento da dinâmica e funcionamento do serviço e do circuito do doente, e a integração na equipa (onde fui considerada elemento integrante da mesma), de prestação direta de cuidados, procedi à elaboração de reflexões críticas em torno das práticas observadas ou protagonizadas e das aprendizagens alcançadas que, muitas vezes, partilhei com a enfermeira e, com a professora orientadora deste campo de estágio.

Relativamente às **competências comunicativas**, na minha opinião têm por base o crescimento e o desenvolvimento humano do enfermeiro para bem cuidar do doente. É através da comunicação que estabelecemos um elo entre o enfermeiro/utente/família, como resposta à satisfação das necessidades humanas básicas. Pela diversidade de situações vivenciadas ao longo do estágio, recebi contributos e mais-valias que me permitiram desenvolver este tipo de competência, tais como, respeitar os Princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem, comunicar com doente e família, de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda e respeitar os valores e crenças do doente, encarando-o como um ser biopsicossocial, tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas e respeitando a dignidade e individualidade, crenças e cultura.

Na grande maioria dos turnos admitimos muitas crianças, situações que foram para mim enriquecedoras, pois permitiram o meu aprofundamento de conhecimentos

nesta área, quer como circulante quer como enfermeira de anestesia. Uma criança num bloco é sempre geradora de ansiedade quer para a própria quer para os familiares, cabe-nos a nós enquanto enfermeiros acolhê-los e esclarecer dúvidas que possam existir, tranquilizando-os. Estas situações foram promotoras na aquisição de competências e para demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.

Uma das situações que experienciei, foi com um menino de 5 anos que deu entrada para ser submetido a uma apendicectomia. Este recusava-se a falar com qualquer uma das enfermeiras e quando questionamos a mãe ela disse que ele estava zangado porque lhe vestiram um pijama cor-de-rosa. Então, para se resolver esta situação, cortou-se um fato azul de circulação do bloco e adaptou-se à criança, para que quando ele acordava da anestesia, ver que o pijama não era o mesmo, uma vez que não tínhamos pijamas de Pediatria no BUC. O enfermeiro que ajuda, tem como objetivo promover a capacidade do outro enfrentar as mudanças que estão a ocorrer, de colocar o doente à vontade, de ser útil, ser simpático, visando não só a promoção do bem-estar como o estabelecimento de uma relação de ajuda que minimize o desconforto e a ansiedade perante as situações vivenciadas.

Outra situação vivenciada foi com uma criança de 16 anos, que estava internada ainda para estudo, mas com suspeita de Doença de Crohn, e devido ao internamento prolongado decidiram colocar um CVC. Esta questionava tudo desde a anestesia, o porquê de ter de colocar um cateter, como era o procedimento e mais importante, não queria que lhe tocássemos de maneira nenhuma, “Não me toque” (sic), eram estas as palavras dela.

A comunicação não é um fenómeno isolado, é influenciada pelo ambiente, pela personalidade de cada interveniente, pelos seus valores, pela sua cultura assim como pela sua personalidade. O toque é um comportamento não-verbal com significado, através da qual transmitimos o sentido das nossas mensagens para além das próprias palavras.

Contudo, e como podemos ver neste caso, por vezes surgem ambiguidades, ou seja, para certas pessoas é difícil aceitar o toque, sentem-se pouco à vontade com a proximidade da mão do outro, não sabendo muitas vezes como reagir, pois, ao tocar estamos a entrar na zona íntima da pessoa, o que pode levar ao desenvolvimento de

sentimentos como o medo, ter atitudes de rejeição e de resistência. Como enfermeiros devemos estar atentos a estas situações e adequar o nosso comportamento à reação do doente.

No que concerne a estes aspetos, Silva (2003) alerta para a importância de prestar atenção aos sinais não-verbais do doente, os quais podem transmitir o que este está a sentir, se existe consentimento para o toque ou se, pelo contrário pode ser considerado uma invasão, o que se pode observar na direção do olhar ou na expressão facial, de rigidez muscular. Além disso, nas diversas culturas varia a forma como é expressa a necessidade de estimulação tátil, assim como a forma de a satisfazer, apesar de ser uma necessidade universal pode variar de acordo com o tempo, o lugar e a forma como é satisfeita.

Quem cuida depara-se com vários tipos de pessoas, cada uma na sua singularidade. Neste sentido Hesbeen (2004) considera que todas são respeitáveis, apesar das diferenças morais, religiosas ou culturais. Apesar da sua maneira de ser, feitos e atitudes diferentes, a sua dignidade tem sempre que ser respeitada, quem cuida não pode ver só a doença, a qual é o fator determinante desta relação, mas tem que cuidar, tem que se ocupar da pessoa com respeito e profissionalismo, aprender a observar, a escutar e a compreender, sem exercer sobre ela o poder.

A cirurgia de urgência é um acontecimento inesperado em que uma criança não preparada pode desenvolver comportamentos negativos associados a esta situação. No entanto, uma preparação pré-operatória orientada de forma correta permite à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel. No período que antecede a cirurgia, quando possível, devem ser fornecidas à criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo, explicações honestas, curtas e simples. O papel do enfermeiro no contexto pediátrico é imprescindível na realização de uma preparação pré-operatória consistente, onde é englobada a criança e a sua família. No período pré e pós-operatório estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais, sendo um processo de crescimento e desenvolvimento.

Estes foram alguns momentos onde tive a oportunidade de ver e desenvolver a relação terapêutica nunca esquecendo a unicidade de cada pessoa e recorrendo a várias estratégias - empatia, respeito, compreensão, escuta ativa, silêncio, assertividade, motivação e estímulo. Tive sempre presente a situação que cada doente vivenciava,

tentando contribuir para o minimizar de medos e de receios, para a sua melhor informação e esclarecimento e, para o seu melhor conforto e satisfação. A cirurgia por norma é encarada como fonte de ansiedade, e pode criar necessidades a todos os níveis (físico, psico-espiritual, social e ambiental), requerendo medidas de conforto específicas, para cada doente e família. O conforto, o bem-estar físico e psíquico da pessoa submetida a cirurgia, devem ser encarados como prática indispensável das nossas intervenções.

As necessidades de cuidados de saúde são definidas como necessidades de conforto resultantes de situações desencadeadoras de tensão e de ansiedade. As necessidades de conforto podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2003). Kolcaba acrescenta ainda, “*muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos*”. Trata-se de “*um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)*” (Kolcaba, 2003: 16). Tentei estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa, procurando transmitir maior capacidade para enfrentar tanto a situação presente como situações futuras, desenvolvendo uma relação terapêutica e uma comunicação apropriada com cada pessoa, e adequada a cada situação, desde o momento da sua admissão no bloco operatório até à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Para tal recorri a estratégias como, empatia, respeito, compreensão, escuta ativa, silêncio, assertividade, motivação e estímulo. Tive sempre presente a situação que cada doente vivenciava, tentando contribuir para o minimizar de medos e de receios, para a sua melhor informação e esclarecimento e, para o seu melhor *(re)*conforto e satisfação. Promovendo os Direitos Humanos e o respeito pelo direito dos doentes ao acesso à sua informação clínica. Recordando HESBEEN (2000, p. 48) “*os cuidados de enfermagem são, assim, mais marcados pela subtilidade, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que pela ciência e pela técnica*”, como tal, enquanto enfermeira especialista é fundamental a promoção de uma relação terapêutica sem deixar de se ser “*especialista das pequenas coisas*”, HESBEEN (2001, p.35).

Participar na **área de gestão e supervisão dos cuidados** contribuiu para uma perceção da eficácia da organização dos cuidados prestados. A qualidade dos cuidados é essencial para o bom funcionamento de um serviço, trazendo ganhos em saúde para o doente. O desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento que constitui a equipa é fundamental para promover a qualidade, através da partilha de conhecimentos. A diversidade encontrada na organização de material de consumo clínico, farmacológico, profissionais e registos, permitiu o contacto com uma diversidade de experiências em

termos de gestão. Delegar e supervisionar os assistentes operacionais nas suas diferentes áreas de intervenção, visando o cumprimento das tarefas atribuídas, avaliar as necessidades individuais e de grupo de modo a estabelecer prioridades, demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tomar iniciativa na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização, foram algumas das competências desenvolvidas.

A área de formação é uma das áreas em que o enfermeiro especialista pode dar visibilidade à sua atuação, detetando necessidades de formação, e dando sugestões para possíveis formações em serviço. Esta foi uma das áreas que eu não apliquei no estágio. Apesar de detetar uma área importante de formação, no que respeita à prevenção e controlo da hipotermia no doente cirúrgico e as intervenções do enfermeiro, propus realizar uma pesquisa bibliográfica fundamentada, para posteriormente efetuar um artigo de pesquisa bibliográfica, deixando depois o resumo do mesmo no serviço para consulta dos colegas.

Reconhecendo que o Cuidar é a pedra basilar da atuação de qualquer enfermeiro, não pude deixar de interrogar a essência do papel do enfermeiro especialista e qual será o meu desafio quando concluir este curso. Recordando as palavras de LEITE (2006, p.4), *“é essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de actuação, contribua através do seu “olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica...”*. Mais adiante, a mesma autora afirma que o que se espera de um Enfermeiro Especialista é que *“seja, cada vez mais um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica, e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação...”*. A partilha de conhecimentos e práticas entre as equipas de enfermagem é fundamental para um crescimento pessoal e/ou profissional, com o objetivo de enriquecimento mútuo. Esta não se desenvolve apenas em resposta a reflexões e críticas baseadas em factos, mas também na experiência que provém do contato com o ambiente de trabalho que nos rodeia.

Neste contexto, surge mais uma situação que pretendo partilhar e refletir. Em contexto de bloco de urgência, os enfermeiros devem possuir conhecimentos nas mais variadas áreas de especialidade, sendo que há situações que ocorrem com mais frequência que outras. Numa tarde, recebemos um doente com uma bexiga de coágulos, hemodinamicamente e analiticamente instável, para realizar uma Resseção Transuretral

Vesical (RTU-V), sendo a urologia a minha área de prática profissional e não estando as colegas tão habituadas a este tipo de procedimento fui eu que partilhei os meus conhecimentos e esclareci as colegas ao longo de todo o procedimento.

Na minha opinião, esta partilha foi importante pois cada um traz consigo saberes e experiências diferentes, e a apreensão de novos conhecimentos e a permuta de saberes, é um suporte fundamental para aperfeiçoar competências e demonstrar conhecimentos ao longo do estágio. A reflexão sobre situações decorrentes da prática de cuidados é alimentada pelo conhecimento científico e pelo saber profissional, ou seja, da prática baseada na evidência. No meu ponto de vista, como enfermeiros sentimos necessidade de construir e de desenvolver cada vez mais competências específicas e complexas, sendo a formação do enfermeiro especialista aquela que produz uma intervenção mais eficaz no campo de ação, no sentido de valorizar o indivíduo como um ser único, como um todo que se desenvolve, sendo este possuidor de vivências e experiências.

Posto isto, considero que o enfermeiro especialista desempenha um papel primordial numa equipa multidisciplinar, pois possui um aprofundamento de conhecimentos e competências. Estas podem ser instrumentais, que englobam capacidades cognitivas, metodológicas e destreza tecnológica e linguística; interpessoais relacionadas com o modo de expressar os sentimentos, reflexão crítica, aptidão para trabalhar em equipa e compromisso moral e ético, e por fim, sistémicas que surgem da combinação, compreensão e do conhecimento que permitem ao enfermeiro ver o indivíduo como um ser global em interação.

Num plano global considero que os objetivos foram atingidos, revelando-se congruentes e apropriados ao contexto. Ao refletir sobre o estágio e as experiências proporcionadas posso referir que foram uma mais-valia, quer na aquisição de competências de enfermeiro especialista, quer na aquisição de conhecimentos na área de urgência e emergência em bloco operatório, nas três vertentes de enfermagem (anestesia, circulação e instrumentação) e nas diferentes especialidades cirúrgicas e seus contextos.

Sob a orientação e a supervisão da enfermeira orientadora, tive a oportunidade de desenvolver as minhas capacidades cognitivas, técnicas e relacionais, mobilizar saberes e desenvolver a consciência crítica para a prática de cuidados, por forma a aprimorar o meu desempenho progressivamente. Para terminar, pronuncio-me sobre as competências

que por inaplicabilidade neste período de estágio não tive oportunidade de desenvolver, sendo estas: liderar equipas, exercer supervisão do exercício profissional e colaborar na integração de novos profissionais, difundir planos de emergência e catástrofe e colaborar na elaboração/revisão dos mesmos.

2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SEUS FAMILIARES EM CONTEXTO DE SMI

A escolha do estágio em contexto de SMI, deveu-se ao facto de querer desenvolver competências na minha área de especialização de acordo com o artigo 3º do Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), onde está descrito que o Enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza 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. (OE,2018)

O hospital, aberto desde janeiro de 2012, é um hospital público integrado do Serviço Nacional de Saúde e gerido em regime de parceria público-privada. O SMI iniciou a sua atividade no dia 23 de janeiro de 2012, sendo o único serviço de cuidados intermédios e intensivos de adultos do hospital. O SMI encontra-se no 1º piso do edifício principal, tendo acesso privilegiado ao Bloco Operatório, Bloco de partos, Hospital de dia cirúrgico, Consultas e exames, Urgências de Ginecologia-Obstetrícia e Neonatologia. Este recebe doentes de todas as especialidades do foro médico e cirúrgico, com exceção de Pediatria, Neurocirurgia e Cirurgia Cardíaca, o que faz com que estes doentes sejam transferidos para o Hospital de apoio.

O SMI é uma unidade composta pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e pela Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT). A UCIP é constituída por 10 box individuais, 2 delas destinadas a isolamento, um posto de enfermagem central, para uma fácil visualização de todos os doentes, com computadores e acesso centralizado aos monitores dos doentes, uma sala de preparação de medicação, uma sala de equipamentos, uma sala de material, sala de sujus, 1 sala para os profissionais e casas de banho.

Atualmente é esta a unidade para doentes COVID. A UCINT apresenta uma estrutura física semelhante, com a diferença de que contém mais 2 box, no total de 12 (2 de isolamento), com uma área menos ampla cada uma, e não têm ventiladores fixos, tendo de ser usados ventiladores portáteis.

Entre as unidades existe um corredor onde se encontram o armazém de material, o gabinete do diretor médico, gabinete do chefe de Enfermagem, a Rouparia, Vestiários de senhores e senhoras, a copa, uma sala para lixos e uma sala de espera com 2 casas de banho. O serviço dispõe ainda de uma sala para realização de técnicas sob intensificador de imagem, broncofibroscopias e hemodiálise. A equipa do SMI é multidisciplinar, constituída por enfermeiros, auxiliares de ação médica, brigada da limpeza, secretária de unidade, médicos, e conta com o apoio externo de técnicos superiores de saúde, nutricionista, assistente social e fisioterapeutas.

A equipa de enfermagem, é composta por cerca de 60 enfermeiros, divididos por 4 equipas diferenciadas. A par das equipas existe ainda 1 Enfermeiro chefe e 1 Enfermeiro que é o segundo elemento. O Enfermeiro chefe, Enf^o Vítor e o segundo elemento, Enf^o Bruno Bispo, são os elementos responsáveis pelo funcionamento da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e do serviço, fazendo a gestão e organização do mesmo. O rácio de enfermeiros/ doente por turno é de 1/1 ou de 1/2, consoante a tipologia do doente. Os horários praticados pelos elementos da equipa de enfermagem são de 12h e 30 minutos (das 8h às 20:30h e das 20h às 8:30h).

Apoiando-me nas competências propostas para este estágio, propus-me a integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções ou que as condicionem, desenvolver uma prática de cuidados ao doente e família que vivencia processos complexos de doença grave, especialmente em estado crítico, bem como a promover um ambiente terapêutico e seguro, colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde. A elaboração do Projeto, permitiu-me delinear o percurso a desenvolver, promovendo a constatação das minhas necessidades concretas e reais, sendo necessário reformular alguns objetivos, atividades e intervenções, adequando-os às realidades encontradas.

Este estágio permitiu-me desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de enfermeiro especialista. Neste período desenvolvi

novas competências, atitudes e saberes, que me facilitaram atingir os objetivos por mim traçados e ser responsável pelo meu próprio processo de aprendizagem.

Durante as primeiras semanas de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com e sem COVID. O facto de ter realizado turnos na área Covid, permitiu-me ter uma maior compreensão do funcionamento, dinâmica e dos cuidados a ter, percebendo as estratégias adotadas pelos colegas na prestação de cuidados e na tomada de decisão, tornando-se uma experiência importante na medida em que me ofereceu outras perspetivas e orientações do cuidar do doente crítico neste contexto.

A primeira doente com quem contactei e prestei cuidados, tinha pneumonia SARS CoV2, estava sedo-analgesiada, com bloqueio neuromuscular, ventilada e instável, quer hemodinamicamente quer metabolicamente. Estes internamentos são geralmente prolongados, deixando sequelas físicas, cognitivas e comportamentais nos doentes, podendo ainda resultar em morte. Durante o turno a doente iniciou hemodiálise sendo necessário a colocação de cateter para a sua realização. Sendo algo novo para mim, tive oportunidade de observar e preparar o material em conjunto com o orientador, que me foi explicando todo o procedimento bem como o funcionamento da máquina de Hemodiálise. Os cuidados de enfermagem centraram-se sobretudo na avaliação do estado da doente, bem como ajuste dos parâmetros da máquina se necessário, proporcionar conforto, vigiar diurese e características da urina, preservar a integridade do cateter e posteriormente protegê-lo com um penso oclusivo.

O contato com procedimentos por mim desconhecidos, trouxe-me a oportunidade de pesquisar e aprofundar conhecimentos, promover o meu desenvolvimento cognitivo e técnico, discutir os casos com o enfermeiro orientador desenvolvendo o raciocínio clínico e fomentar a minha evolução quer técnica quer teórica. A enfermagem de cuidados intensivos visa a prestação de cuidados ao doente, ao longo de 24 horas, com recurso a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais em funcionamento de uma pessoa gravemente doente. Ao longo destas semanas a grande maioria dos doentes a quem prestei cuidados tinha suporte ventilatório, por tubo endotraqueal ou traqueostomia, e suporte nutricional.

A assistência ao doente ventilado foi fundamental, pois permitiu-me a manipulação do ventilador e a prestação de cuidados que o doente ventilado necessita. A ventilação mecânica é uma técnica invasiva indicada para o tratamento de doentes com

insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, podendo assumir diferentes parâmetros e modalidades de acordo com as necessidades de cada doente. O doente com suporte ventilatório, por não poder realizar a alimentação oral, é submetido a terapia nutricional. Existe um protocolo que regula a administração e a progressão das dietas prescritas, consoante a tolerância do doente, permitindo também a atuação autónoma do enfermeiro. Mas o nosso papel não se resume apenas à administração e controle da alimentação. Engloba também a vigilância de possíveis efeitos adversos, monitorização do conteúdo gástrico, otimização da sonda de alimentação, otimização da máquina de alimentação, mudança dos sistemas de alimentação (mudada a cada 24 horas) e sonda, entre outros.

As nossas intervenções perante estes doentes, são autónomas e interdependentes, como: o posicionamento do doente, adaptação do doente ao ventilador, manutenção dos parâmetros do ventilador, manutenção dos alarmes ajustados, avaliação do estado de consciência e do nível de sedação, manutenção da permeabilidade da via aérea (aspiração de secreções), otimização do tubo endotraqueal (posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro, verificação da pressão do cuff), controle dos sinais vitais e monitorização cardíaca e respiratória, mudança de material (filtros e traqueia), observação e caracterização dos movimentos respiratórios e os cuidados de higiene oral que não devem ser descuidados. Na pessoa submetida a VMI, é fundamental a abordagem e a monitorização da via aérea, para melhor dirigir os cuidados de enfermagem que lhe são inerentes. Cada caso é único e particular, mas realizamos sempre um exame físico adequado do doente bem como do aparelho, podendo nos levar à descoberta de potenciais problemas ou servir como avaliação das nossas intervenções.

O exame físico destes doentes, passa por uma correta inspeção, palpação, percussão e auscultação dos sons respiratórios. Sendo algo com a qual eu não estou familiarizada, de certo modo tornou-se uma inquietação pessoal, bem como uma dificuldade inicial, que depressa foi colmatada com a ajuda e a partilha de conhecimentos do enfermeiro orientador e do colega enfermeiro especialista em reabilitação. Nesta abordagem o estetoscópio é um instrumento essencial, permitindo-nos detetar secreções ou outros ruídos respiratórios, assim como na perceção de uma correta ventilação.

Hoje, mais do que nunca, as novas tecnologias e conhecimentos científicos evoluem rapidamente, estando em constante mudança. Esta não é apenas direcionada para

a atualização e/ou aquisição de novos conhecimentos, mas também, para as atitudes, exigindo por parte de nós uma análise e reflexão do nosso desempenho diário, contribuindo deste modo, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à integração na equipa multidisciplinar, esta foi feita de forma gradual, ao longo dos vários turnos, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa, de respeito pelo trabalho de todos os profissionais e colaborando sempre que necessário, com todos, na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes. O facto de a equipa ser jovem, dinâmica e recetiva à entrada de novos elementos no serviço, foi uma mais-valia para que este processo decorresse de forma mais fácil. Todos eles, à sua maneira, contribuíram para a aquisição de conhecimentos na área de Cuidados Intensivos e para o desenvolvimento de competências relacionais.

Assistir às passagens de turno foi também um meio de integração na equipa, não só para conhecer os seus elementos, mas também por ser nesses momentos que são transmitidas as informações mais importantes sobre o estado do doente e são discutidas intervenções e alternativas ao plano de cuidados elaborado para cada doente. São momentos de reflexão em equipa, de aprendizagem e de transmissão de saberes e com as quais se pretende assegurar a continuidade dos cuidados. A passagem de informação reporta-se ao direito relativo à confidencialidade e privacidade. É nosso dever a salvaguarda do direito à privacidade e confidencialidade, pois, segundo os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, *“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”*. (REPE, 1998)

Uma prática importante em cuidados intensivos é a **comunicação**. Esta está presente em todas as práticas do dia-a-dia, seja através da passagem de turno, acima citada, ou na interação entre doente e enfermeiro. A comunicação é uma competência que se encontra relacionada diretamente com a prestação de cuidados de enfermagem em qualquer área. Esta pode facilitar uma relação terapêutica ou, pelo contrário, contribuir para a criação de barreiras. É algo que exige aprendizagem contínua, requer tempo e prática. Comunicar é expressar sentimentos e pensamentos, é saber respeitar os nossos direitos e os direitos do outro, é falar com firmeza, sinceridade, ter um discurso claro e conciso. É também saber escutar e observar a expressão e forma como o doente se

expressa ou reage, para que até mesmo sem diálogo se consiga estabelecer uma comunicação.

O doente em estado crítico necessita de um apoio específico e contínuo, em que a humanização e personalização dos cuidados esteja de acordo com práticas e intervenções que tive oportunidade de observar e executar. A assistência a este tipo de doentes, requer capacidade de reagir de forma rápida, eficaz e com discernimento nas situações mais delicadas. Para desenvolver competências nesta área, foi necessário mobilizar os conhecimentos teórico-práticos anteriormente adquiridos e que dizem respeito ao adulto e idoso com doença grave/estado crítico. Participar na **área de gestão e supervisão dos cuidados**, foi também uma mais-valia, pois contribuiu para uma perceção da eficácia da organização dos cuidados prestados. A qualidade dos cuidados é essencial para o bom funcionamento de um serviço, trazendo ganhos em saúde para o doente. O desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento que constitui a equipa é fundamental para promover a qualidade, através da partilha de conhecimentos.

A diversidade encontrada na organização de material de consumo clínico, farmacológico, profissionais e registos, permitiu o contacto com uma diversidade de experiências em termos de **gestão**. A enfermagem em Cuidados Intensivos alia evolução tecnológica à prestação de cuidados com qualidade individualizados aos doentes em estado crítico. A UCI, é muitas vezes vista como um lugar frio e hostil, em que o doente se vê muitas vezes com a sensação de estar desprotegido e rodeado de máquinas. No entanto, o que pude verificar é que este padrão tem tendência a desaparecer, favorecendo a relação de ajuda com o doente e a comunicação, englobando a família neste processo.

Neste período aliado às competências científicas, consegui desenvolver um elevado número de **competências técnicas**, tive possibilidade de prestar cuidados a doentes com técnica dialítica, ventilados, TEP, observar a colocação de ECMO e até recorrer a suporte avançado de vida em doentes críticos emergentes, mas também desenvolvi a vertente mais humana aliada à comunicação e à relação de ajuda. Todas estas experiências contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O estágio, esteve repleto de vivências e experiências enriquecedoras, que contribuíram para o desenvolver das competências que se pretende que o enfermeiro especialista possua, quer ao nível cognitivo, comunicacional, técnico, relacional e

organizacional. Atendendo às competências adjacentes ao enfermeiro especialista nesta área de intervenção, considero que, de uma forma geral atingi com sucesso os objetivos definidos inicialmente e que se revelaram oportunos e pertinentes ao meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista.

Enquanto futura enfermeira especialista, a mudança, reside no meu crescimento pessoal e profissional, na minha afincada e contínua preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados e na minha exigência pelo rigor, eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem, resultado das constantes reflexões que protagonizei no decurso deste estágio e que tiveram como suporte o agir profissional dirigido a doentes adultos com doença grave, especialmente em situação crítica. Essencialmente, o que muda na minha prestação de cuidados reside no saber ser e no saber pensar, que cada intervenção protagonizada acalentará, e que conduzirá ao holismo e humanismo do Cuidar.

CONCLUSÃO

A inscrição neste Mestrado apresentou-se como objetivo de querer melhorar a minha atividade profissional, foi esse o motivo que me fez dedicar tanto tempo a este relatório, e durante todo este percurso. Considero que o cuidar é uma essência na nossa profissão, e o aprofundar de conhecimentos, técnicas e competências são imprescindíveis no nosso dia – a – dia, promovendo deste modo um ambiente familiar, seguro e confortável ao doente e seus familiares. Para Benner (2001) a perícia torna possível a tomada de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de Enfermagem, tornando possível a interpretação de situações clínicas e a tomada de decisão. Será a partir da experiência que temos a formação necessária para atingir a especialização e assim atingir um nível de cuidar de Excelência.

O presente Relatório foi elaborado com base nos objetivos gerais e específicos delineados, nas competências inerentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sempre em consideração os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante o estágio

Sendo a enfermagem uma profissão com grande componente técnica e científica nós, enquanto enfermeiros, devemos estar motivados para uma aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações que vão surgindo. É com a prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de atualizar e aprofundar conhecimentos se manifestam, sendo resultado da reflexão, dos confrontos de ideias e do desenvolvimento das ciências e da tecnologia, daí a importância da necessidade de uma formação contínua.

Não posso terminar este relatório sem compartilhar, que existiram momentos menos positivos, e que me provocaram alguma angústia. A dificuldade em conciliar aulas, estágios, trabalho, realização de trabalhos, tendo estas sido colmatadas com a ajuda dos Enfermeiros orientadores, bem como com os elementos das diferentes equipas, que em muito contribuíram com as suas experiências enriquecedoras, assim como a disponibilidade dos professores durante as aulas e em fornecer todo o material indispensável à formação.

Outra grande dificuldade foi chegar a um serviço desconhecido, com uma dinâmica e um conjunto de saberes não familiares, e conseguir identificar áreas em que

pudesse dar um contributo efetivo. Esse processo foi possível graças à análise efetuada nos períodos iniciais dos estágios, à pesquisa bibliográfica efetuada, bem como ao apoio das equipas de enfermagem dos serviços.

Ao terminar mais esta fase e olhando em retrospectiva, posso afirmar que obtive o que pretendia desta formação, uma experiência enriquecedora não só a nível pessoal, mas também a nível profissional fazendo-me ver o doente de uma forma mais abrangente. Os estágios permitiram-me desenvolver uma atitude crítico-reflexiva e adquirir competências, através da reflexão pessoal, a partir dos conhecimentos teóricos adquiridos e transmitidos, bem como o recurso a diferentes fontes de conhecimento, efetuando um crescimento contínuo e sistemático. Como afirma Lima-Basto (2009), porque “o processo de cuidar não é linear, não segue só um raciocínio lógico de resolução de problemas, mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver” (Lima-Basto, 2009, p. 13).

Estimulada para que a minha prática clínica fosse fundamentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, procurei que todas as minhas ações fossem fundamentadas em conhecimentos com evidência científica, e que me permitissem agir na prática clínica com consciência crítica de forma a demonstrar competências específicas nesta área do cuidar. Com as competências adquiridas posso agora, assumir um papel diferenciado na equipa multiprofissional e dinamizar processos de mudança e inovação na prestação de cuidados de enfermagem no serviço orientados para o cuidar da pessoa em situação crítica e seus familiares. Posto isto, posso referir que obtive um crescimento pessoal e profissional, revendo-me como uma profissional mais capaz, mais segura e assente na excelência do cuidar do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (1ª Reimpressão, março 2012). Loures: Lusodidacta.
- AESOP. (2017). *Prevenção e Controlo da Hipotermia Perioperatória inadvertida - Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 1–20.
- Alves Mendes, M., Kaizer Rezende Ortega de Barros, N., & Gomes do Carmo, T. (2021). Risco de hipotermia perioperatória: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(1), 60–67. doi: [10.5327/z1414-4425202100010009](https://doi.org/10.5327/z1414-4425202100010009)
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. In *Pensar Enfermagem*, vol. 13, nº 2, Lisboa: UIDE-ESEL (11-18)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Biazzotto, C. B., Brudniewski, M., Schmidt, A. P., & Costa Auler Jr., J. O. (2006). Perioperative hypothermia | Hipotermia no período peri-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(1), 89–106
- Bouso, R. S., Merighi, M. A. B., Rolim, M. A., Riesco, M. L. G., Angelo, M. (2000). Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades Rev. esc. enferm. USP. vol.34 (n.2), 218- 225. doi: [10.1590/S0080-62342000000200013](https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200013)
- Boutabba, M. (2013). Inadvertent hypothermia. *Journal of Perioperative Practice*, 23(1–2).
- Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–8
- Calvo Vecino, J. M., Casans Francés, R., Ripollés Melchor, J., Marín Zaldívar, C., Gómez Ríos, M., Pérez Ferrer, A., Zaballos Bustingorri, J. M., & Abad Gurumeta, A. (2018). Clinical practice guideline. Unintentional perioperative hypothermia. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 65(10), 564–588.

doi:10.1016/j.redare.2018.07.004

Carrapiço, F. (2001). *Como elaborar um relatório*. Disponível em:
<http://azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf>

Clínica, G. D. E. C., & Em, D. E. C. (2017). Proposta de Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 26–37. doi: 10.25751/rspa.10884

Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-53-4

Corrêa, L. V. O., Da Silveira, R. S., Mancia, J. R., Corrêa, N. L., Reinhardt, I. M. de S., Lunardi, V. L., & Ciconet, R. M. (2018). Hipotermia Terapêutica: Efeitos Adversos, Complicações E Cuidados De Enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, 9(4), 55–59. Doi:10.21675/2357-707x.2018.v9.n4.2136

Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Lisboa: Dissertação submetida á Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Disponível em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

De Mattia, A. L., Barbosa, M. H., Rocha, A. D. M., Farias, H. L., Santos, C. A., & Santos, D. M. (2012). Hipotermia em pacientes no período perioperatório. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(1), 60–66. doi: 10.1590/s0080-62342012000100008

Fortin, MF. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Ed. Loures: Lusociência

HESBEEN, W (2000). *Cuidar no Hospital*. Lisboa: Lusociência.

HESBEEN, W (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

HESBEEN, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência

- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, Volume 49 (2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.
- Kolcaba, Katharine. (2009). *Comfort*. [autor do livro] Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. s.l.: Lippincott.
- Leitão, J. (Nov. 1992). *Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico*. *Nursing*, 57, p. 6-17; Citado por Gomes, N. O DOENTE CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: DA INFORMAÇÃO RECEBIDA ÀS NECESSIDADES EXPRESSAS. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto; Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem; (2009). disponível em: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/estudos/NO%C3%83%E2%80%B0LIA%20GOMES%20%20doente%20cirurgico%20no%20periodo%20pr%C3%83%C2%A9%20operat%C3%83%C2%B3rio%20da%20informa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20recebida%20%C3%83%C2%A0s%20necessidades%20expressas.pdf>
- Leite, L. (2006). *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional*. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Lynch, S., Dixon, J., & Leary, D. (2010). Reducing the Risk of Unplanned Perioperative Hypothermia. *AORN Journal*, 92(5), 553–565. doi: 10.1016/j.aorn.2010.06.015
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 1-2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro)*. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19359-19370

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 -*Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750

Pereira, N. H. C., & De Mattia, A. L. (2019). Postoperative complications related to intraoperative hypothermia TT - Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória Complicaciones postoperatorias relacionadas con la hipotermia intraoperatoria. *Enfermería Global*, 18(3), 300–313. <https://search.proquest.com/scholarly-journals/postoperative-complications-related/docview/2267716648/se-2?accountid=10699%0Ahttp://kk5dn7xe2x.search.serialssolutions.com/?genre=article&sid=ProQ:&atitle=Postoperative+complications+related+to+intraoperativ>

Pontífice, P. (2012). *A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Disponível em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>

Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. (7ª edição) Elsevier Editora Ltda

Poveda, V. de B., & Galvão, C. M. (2011). Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la? *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(2), 411–417. doi: 10.1590/s0080-62342011000200016

Program, H. S. (1992). Home Study Program. *AORN Journal*, 56(4), 637. doi: 10.1016/s0001-2092(07)68718-3

Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. (2010). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 35 (2011). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205 – I Série A*. (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril). Ministério da Saúde. Lisboa.

Ribeiro, E., Tabian Navarro, N., Bastos Armede, V. C., Rodrigues, H. S., Valle, J. P. do, & Duran, E. C. M. (2016). Frequência de hipotermia não intencional no perioperatório de cirurgias eletivas. *Revista SOBECC*, 21(2), 68. doi: 10.5327/z1414-442520160002000

Silva, M. J. P. (2003). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Loyola. 2003

Souza, É. D. O., Gonçalves, N., & Alvarez, A. G. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*,

24(1), 36. doi: 10.5327/10.5327/z1414-4425201900010007

The Joanna Briggs Institute. (2014). Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of recommendation. 18p. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* - 5ª edição. Lusociência.

Universidade Católica Portuguesa. (2019). Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório". Lisboa.

Universidade Católica Portuguesa. (2020/2021). Instrumento de Avaliação do Estágio Final e Relatório. Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica.

Uriostegui-Santana, M. L., Nava-López, J. A., & Mendoza-Escoto, V. M. (2017). Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(1), 29–37.

Waldrigues, M. C., Wagner, B. V., Das Mercês, N. N. A., Perly, T., De Almeida, E. A., & Caveião, C. (2014). Complications in therapeutic hypothermia: diagnosis and interventions. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1666–1676. doi: [10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1666-1676](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1666-1676)

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Revisão Publicado no IV Seminário de
Mestrado em Enfermagem – ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA:
UM VALOR EM SAÚDE, a Universidade Católica Portuguesa –
Instituto de Ciências da Saúde

Hipotermia no período perioperatório: intervenção de enfermagem

Marta Filipa Carvalho Lucás, Patrícia Pontífice Sousa, Rita Margarida Dourado Marquês

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ² Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD; ³ Enfermeira, Professora Adjunta, PhD, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Centro Interdisciplinar da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Introdução: A hipotermia é definida como a temperatura corporal menor do que 36°C, na qual o corpo é incapaz de gerar calor suficiente para a realização das suas funções. Pode ser classificada em não intencional (ocorre em pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos ou em vítimas de trauma) e terapêutica (instituída com o objetivo de tratar) (Ribeiro et al., 2016; Souza, Gonçalves & Alvarez, 2019).

A prevenção da hipotermia está associada a melhores resultados e benefícios em saúde: maior satisfação do doente e diminuição da ansiedade, perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, tempo de estadia na unidade de cuidados pós-anestésicos, custos totais da anestesia, necessidade de internamento em UCI, ... (AESOP, 2017).

Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem para prevenir e controlar a hipotermia perioperatória.

Materiais e Métodos:

- Revisão integrativa elaborada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI, 2015).
- Pesquisa realizada em Julho de 2021, em bases de dados como: MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL.
- Estratégia de pesquisa booleana: *hypothermia* AND *intraoperative*. Foram identificados 480 artigos; após leitura de título, resumo e texto completo, foram selecionados 9.

Resultados:

- **Reconhecer os fatores de risco de hipotermia;**
- **Promover o aquecimento** no período que antecede a cirurgia;
- **Manter a temperatura da sala operatória;**
- **Gerir os métodos de controlo da temperatura:** uso da manta térmica e do lençol aquecido (método passivo) e a infusão de solução aquecida via endovenosa (método ativo); O tipo/ tempo de cirurgia, os agentes anestésicos, bem como os cuidados prestados, são fatores que podem influenciar o desenvolvimento da hipotermia (Poveda, 2011; Souza, 2019).

Considerações Finais: A normotermia no doente cirúrgico é importante para a sua segurança e satisfação. O enfermeiro deve providenciar medidas de aquecimento desde o pré-operatório até ao pós-operatório imediato, estabelecendo um plano que visa a prevenção da hipotermia inadvertida. As evidências demonstraram que o enfermeiro assume um papel fundamental na identificação precoce, controle e prevenção da hipotermia, tornando-se imprescindível que este saiba reconhecer os fatores de risco inerentes a cada doente e os cuidados a ter, assumindo um comportamento humanizado com condutas que valorizem sempre o outro.

Referências Bibliográficas:



Apêndice II – Protocolo de Revisão Publicado no IV Seminário
de
Mestrado em Enfermagem – ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA:
UM VALOR EM SAÚDE, a Universidade Católica Portuguesa –
Instituto de Ciências da Saúde



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR DO DOENTE CRÍTICO: Scoping Review

Marta Filipa Carvalho Lucas¹; Nuno Miguel Amaral de Oliveira²; Isabel Rabiais³; Patrícia Pontífice Sousa⁴

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ² Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ³ Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD; ⁴ Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD

Introdução: A dor afeta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do seu estado social, económico e cultural, é uma experiência desagradável, transversal a todas as etapas do ciclo de vida. O seu controlo e a promoção do conforto são um direito dos que dela padecem e constituem aspetos estruturantes no cuidar do doente crítico. Quando falamos de pessoa em situação crítica, maioritariamente estamos perante a dor aguda que pode estar associada à sua patologia, trauma ou aos inúmeros procedimentos invasivos ou não invasivos a que a pessoa está sujeita.

Os métodos farmacológicos são os mais utilizados no alívio da dor, no entanto, apresentam mais riscos potenciais para os doentes e mais custos para as entidades de saúde. A maioria dos estudos relata que a utilização de medidas farmacológicas combinadas com não farmacológicas, são um recurso importante na diminuição da dor e constituem intervenções simples, seguras, baratas e com menos efeitos adversos (Kidānemariam et al., 2020).

Objetivos: Mapear as medidas não farmacológicas mais utilizadas no controlo da dor do doente crítico, bem como as barreiras existentes por parte dos profissionais de saúde.

Métodos: Scoping review realizada em Outubro de 2021, recorrendo às bases de dados MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL. Após aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 10 artigos que constituíram a amostra. A pesquisa foi levada a cabo por dois revisores de forma independente, selecionados os artigos e sistematizados em conjunto. As discordâncias foram discutidas com toda a equipa de investigação

Resultados: Da análise dos artigos concluiu-se que os profissionais da área da saúde, apresentam uma formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, que podem usar para trazer maior conforto ao doente. Além disto, relatam barreiras como falta de conhecimento, falta de tempo, carga de trabalho excessiva e doentes instáveis (Khalil, 2018; Kidānemariam, 2020; Martorella, 2019; Silva, et al; 2019). No âmbito das medidas não farmacológicas que confortam destacam-se: os exercícios respiratórios, os posicionamentos, massagens, a musicoterapia, exercícios e técnicas de relaxamento, o toque terapêutico, crioterapia e aquecimento (Kidānemariam, 2020; Sandvik, 2020).

Conclusão: As evidências demonstraram que as medidas não farmacológicas complementam as convencionais trazendo efeitos positivos no alívio da dor, emergindo deste modo, a necessidade de otimizar as intervenções na pessoa com dor, incentivando a utilização de mais medidas não farmacológicas por parte dos enfermeiros com vista ao conforto da pessoa. importa ainda salientar a necessidade de formar não só os enfermeiros como os restantes profissionais de saúde e proporcionar condições para a sua aplicação, de modo a fazer parte integrante do cuidar do doente crítico com dor, aumentando assim a informação e consequentemente promover uma maior adesão a estas técnicas, contribuindo para uma melhoria de bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes.

Referências Bibliográficas:



Apêndice III – Scoping Review sobre: Medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da Dor

Medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da Dor

Non-pharmacological measures used in pain control

Medidas no farmacológicas utilizadas en el control del dolor

I Marta Filipa Carvalho Lucas ORCID: **0000-0003-0262-7969**

II Nuno Miguel Amaral de Oliveira ORCID: 0000-0002-6647-4466

III Patrícia Pontífice-Sousa ORCID: 0000-0003-0749-9011

IV Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais ORCID: 0000-0002-8342-1171

I Hospital Beatriz Ângelo. Loures, Portugal. Mestranda na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal

II Instituto Nacional de Emergência Médica. Lisboa, Portugal. Mestrando na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal

III Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

IV Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

RESUMO

Objetivos: Identificar as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no doente crítico.

Métodos: Scoping review realizada em outubro de 2021, recorrendo às bases de dados MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL. Após aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 10 artigos que constituíram a amostra.

Resultados: a análise dos artigos demonstra que as medidas não farmacológicas, tais como, posicionamentos, massagens, toque terapêutico, musicoterapia, entre outras, complementam as convencionais, como a farmacoterapia, trazendo efeitos positivos no alívio da dor.

Considerações Finais: concluiu-se que os profissionais da área da saúde limitam a utilização de medidas farmacológicas no controlo da dor e desconhecem técnicas/medidas não farmacológicas que podem usar para trazer maior conforto ao doente. Confirma-se a necessidade de se investir na formação dos profissionais sobre a dor e as técnicas não farmacológicas utilizadas no seu controlo, em prol de mais informação e conseqüentemente uma maior adesão a estas técnicas, contribuindo para a promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Conforto; Controle da dor; Doente crítico; Medidas não farmacológicas.

ABSTRACT

Objectives: To identify non-pharmacological measures used to control pain in critically ill patients.

Methods: Scoping review carried out in October 2021, using the MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL databases. After applying the exclusion criteria, 10 articles were obtained that constituted the sample.

Results: the analysis of the articles shows that non-pharmacological measures, such as positioning, massages, therapeutic touch, music therapy, among others, complement the conventional ones, bringing positive effects on pain relief.

Final Considerations: evidence has shown that non-pharmacological measures complement conventional ones, bringing positive effects on pain relief. It also confirms the need to invest in training professionals on pain and the non-pharmacological techniques used in its control, thus increasing information and, consequently, greater adherence to these techniques. Contributing to the promotion of well-being and quality of life for patients who suffer from it.

KEYWORDS: Comfort; Pain control; Critically ill; non-pharmacological measures.

RESUMEN

Objetivos: Identificar las medidas no farmacológicas utilizadas para controlar el dolor en pacientes críticos.

Métodos: revisión de alcance realizada en octubre de 2021, utilizando las bases de datos MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL. Tras aplicar los criterios de exclusión, se obtuvieron 10 artículos que constituyeron la muestra.

Resultados: el análisis de los artículos muestra que medidas no farmacológicas, como posicionamiento, masajes, toque terapéutico, musicoterapia, entre otras, complementan las convencionales, trayendo efectos positivos en el alivio del dolor.

Consideraciones finales: la evidencia ha demostrado que las medidas no farmacológicas complementan a las convencionales, trayendo efectos positivos sobre el alivio del dolor. También se confirma la necesidad de invertir en la formación de profesionales sobre el dolor y las técnicas no farmacológicas utilizadas en su control,

aumentando así la información y, en consecuencia, una mayor adherencia a estas técnicas. Contribuir a la promoción del bienestar y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

PALABRAS CLAVE: Confort; Control de dolor; Críticamente enfermo; Medidas no farmacológicas.

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno complexo, global, que afeta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do seu estado social, económico e cultural. É um sinal de alarme, uma experiência desagradável, transversal a todas as etapas do ciclo de vida, causando sofrimento, interferindo no bem-estar físico e psicossocial e comprometendo a qualidade de vida das pessoas. O seu controlo é um direito e torna-se um objetivo primordial para os profissionais de saúde.

A dor é uma experiência pessoal, sensorial e emocional desconfortadora, pelo que o seu alívio/controlo é importante no cuidar do doente crítico, dado que, esta é um dos principais fatores stressores, podendo causar posteriormente diminuição do sono, memórias traumáticas, sofrimento a longo prazo ⁽¹⁾. A dor aguda, de início recente e provavelmente duração limitada, potencia a produção de catecolaminas que causam aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial é considerada um sintoma de alarme, e, por conseguinte, aumenta as necessidades de consumo de oxigénio do miocárdio podendo causar isquémia e comprometendo o estado clínico dos doentes ⁽²⁾. A dor crónica é multifatorial, persiste para além da lesão que a originou, e promove uma série de alterações complexas ao nível físico e psicossocial, causadoras de sofrimento e desconforto para a pessoa e família.

A dor afeta a pessoa nas diferentes partes do corpo e tem diferentes níveis de intensidade. Na pessoa em situação crítica, a dor é, particularmente, de natureza aguda e pode estar associada à sua patologia, trauma ou aos inúmeros procedimentos invasivos ou não invasivos a que está sujeita. Os profissionais de saúde são os responsáveis por realizar a maior parte destes procedimentos dolorosos, porém, necessários à recuperação destes doentes.

Reconhece-se como desafio a necessidade de uma correta avaliação para quantificar objetivamente a experiência de dor para uma tomada de decisão otimizada no

seu alívio /controle. Os métodos farmacológicos são os mais utilizados no alívio da dor, porém apresentam mais riscos para os doentes e mais custos para as entidades de saúde. A maioria dos estudos relata que a utilização de medidas farmacológicas combinadas com as medidas não farmacológicas, são recursos importantes na diminuição da dor, são intervenções simples, seguras, baratas e com menos efeitos adversos ⁽³⁾. A Ordem dos Enfermeiros defende que as intervenções não farmacológicas constituem um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas ⁽⁴⁾. Devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

As intervenções não farmacológicas são de âmbito (i) físico (termoterapia, exercício, massagem e estimulação elétrica transcutânea); (ii) cognitivo-comportamental (distração, imaginação guiada, reestruturação cognitiva, relaxamento, *biofeedback*, exercício) e (iii) de suporte emocional (toque terapêutico e conforto) ⁽⁵⁾.

As boas práticas no alívio/controlo da dor por parte da equipa de saúde, especificamente dos enfermeiros, inclui assim uma abordagem multimodal, sendo que para tal, se torna fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos e procure conhecer a singularidade da pessoa com dor e o seu potencial de desenvolvimento, a fim de adotar medidas ajustadas com intencionalidade confortadora.

OBJETIVOS

Identificar as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no doente crítico.

MÉTODOS

Aspetos Éticos

Este tipo de pesquisa não envolveu seres humanos, não sendo necessário passar por uma apreciação de uma comissão de ética. Contudo, cumpriu as regras da boa condução científica, pautadas pelo rigor na referenciação e respeito pela perspetiva dos autores.

Tipo de Estudo

Trata-se de uma scoping review guiada pelas recomendações do JBI Institute Reviewer's Manual ⁽⁶⁾. O seu desenvolvimento é indicado para ser precursor de uma

revisão sistemática, identificar os tipos de evidências disponíveis num determinado campo, analisar lacunas de conhecimento, examinar como a pesquisa é realizada, identificar e esclarecer as principais características ou fatores relacionados a um conceito/definições na literatura ⁽⁶⁾.

Procedimentos Metodológicos

Quanto à construção da pergunta da pesquisa, aplicou-se a estratégia PCC, que representa uma mnemónica relativa a População, Conceito e Contexto, definindo: P – adulto com dor; C- medidas não farmacológicas; C- todos os contextos. Com relação à busca e seleção dos estudos, estabeleceu-se a seguinte questão: Quais as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no doente crítico?

Posteriormente segue-se o processo de amostragem, na qual são estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1ª fase de pesquisa (aplicação de critérios no motor de busca)	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos disponíveis online de forma integral; • Artigos em português e inglês. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos anteriores a 2015.
2ª fase de pesquisa (adequação do título e resumo)	<ul style="list-style-type: none"> • Dor e conforto; • Doente crítico; • Medidas não farmacológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos repetidos; • Documentos escritos numa língua diferente à dos critérios de inclusão;
3ª fase de pesquisa (leitura integral)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo responde às questões de investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo não responde às questões de investigação.

A identificação e seleção inicial dos estudos foram realizadas com recurso às palavras-chave pesquisadas e validadas no MeSH e no DeCS.

Coleta e organização dos dados

A pesquisa foi realizada em Outubro de 2021, em bases de dados como: MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL, utilizando como descritores: conforto, cuidados críticos, dor e terapias alternativas, tendo os mesmos sido confirmados no MESH e no DeCS. Numa primeira fase de pesquisa, utilizando como limitador os anos de publicação, e restringida de 2015 a 2021, obtivemos 96.850 artigos, após a primeira exclusão ficaram 93, com a segunda 31, e por último, após leitura e análise integral, foram selecionados 10.

Posteriormente procedeu-se à organização, sumarização e categorização dos artigos apresentada no Quadro 2. Relativamente à classificação do nível de evidência, a mesma foi realizada através do New Joanna Brigs Institute (JBI) Levels of evidence. A pesquisa foi levada a cabo por dois revisores de forma independente, selecionados os artigos e sistematizados em conjunto. As discordâncias foram discutidas com toda a equipa de investigação.

QUADRO 2

Título	Ano/ País	Delineamento/ Amostra	Intervenções	Nível de evidência JBI
Nonpharmacological Interventions for Pain Management in Paramedicine and the Emergency Setting: A Review of the Literature	2015, Austrália	Revisão de Literatura	Identificar as medidas complementares e terapias alternativas que podem melhorar a prática atual e reduzir o uso de intervenções farmacológicas na prática paramédica.	4.a
Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study	2018, França	Estudo piloto, prospetivo	Avaliar o efeito da música na experiência da dor em doentes ventilados mecanicamente durante o banho no leito.	6

Uso de métodos não farmacológicos de gerenciamento da dor por enfermeiros de cuidados intensivos no Egito	2018, Egito	Estudo exploratório descritivo	Identificar as barreiras à prática dos métodos não farmacológicos na gestão da dor, e incorporar intervenções teóricas e práticas no controlo da dor nos currículos de enfermagem.	5
Characteristics of Nonpharmacological Interventions for Pain Management in the ICU: A Scoping Review	2019, EUA	Scoping Review	Identificar quais as intervenções não farmacológicas usadas em doentes adultos numa UCI, e quais as suas características.	4.a
Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review	2019, Noruega	Scoping Review	Descrever o que é conhecido na literatura sobre intervenções não farmacológicas direcionadas ao controlo da dor no doente em UCI.	4.a
Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva	2019, Brasil	Revisão integrativa	Identificar quais as intervenções não farmacológicas que o enfermeiro pode utilizar para diminuir a dor e aumentar o conforto do paciente em terapia intensiva.	4.a
Impact of an active Music therapy Intervention on Intensive care patients	2019, EUA	Estudo experimental	Examinar o efeito da musicoterapia no controlo da dor e da ansiedade em doentes numa UCI.	1.c
Utilização de produtos não farmacológicos, métodos e as barreiras percebidas para manejo da dor pós-operatória do adulto	2020, Eritreia	Estudo transversal descritivo	Avaliar a utilização de métodos não farmacológicos por enfermeiros na dor pós-operatória e as barreiras à sua implementação.	5

por as enfermeiras em hospitais nacionais selecionados em Asmara, Eritreia				
The effects of noise levels on pain, anxiety, and sleep in patients	2020, Turquia	Estudo descritivo e observacional	Determinar a relação entre o ruído e os níveis de dor e ansiedade nos doentes de uma UCI.	5
Dor no idoso acima de 80 anos: características, impactos e estratégias de enfrentamento	2021, Brasil	Estudo exploratório, quantitativo descritivo	Descrever a presença de dor, as suas características e formas de enfrentar para os idosos com idade superior a 80 anos.	5

Análise dos dados

Por fim, para a análise dos dados, procedeu-se à avaliação e à interpretação dos estudos incluídos, evidenciando os principais resultados que dão resposta às questões de investigação como se pode verificar no Quadro 3.

QUADRO 3

ARTIGO	DESFECHOS
Artigo 1 ⁽¹³⁾	<ul style="list-style-type: none"> - A paramedicina deve considerar as terapias complementares que podem ser usadas para alívio da dor, reduzindo potencialmente a dependência de medicamentos farmacológicos; - Se eficaz, vai reduzir os custos e vai trazer melhores resultados para os doentes e menos reações adversas; - As técnicas mais utilizadas foram a acupuntura, aquecimento ativo e TENS (electroestimulação transcutânea).
Artigo 2 ⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> - A intervenção musical simples foi associada a uma redução da intensidade da dor nos doentes em UCI; - A música com maior percentagem de sucesso foi a clássica.
Artigo 3 ⁽²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - As medidas mais usadas foram alternância de decúbito e o uso de alguns dispositivos de conforto;

	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros relatam barreiras a aplicação de medidas não farmacológicas, tais como, pouco conhecimento sobre o tema, tempo inadequado, grande carga de trabalho, instabilidade dos doentes e incapacidade de comunicação com os doentes; - Necessidade de formação contínua sobre o tema, explorar as barreiras identificadas eliminando algumas.
Artigo 4 ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Das intervenções estudadas, as mais usadas para alívio da dor no adulto em UCI foram, a música e a massagem terapêutica; - Uma tendência recente é o uso de intervenções combinadas e o envolvimento da família; - Futuramente aprofundar os estudos sobre o tema, de modo a fornecer mais evidências sobre a viabilidade, aceitabilidade e os benefícios para os doentes.
Artigo 5 ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados sugerem que a hipnose, acupuntura, compressas de gelo, sons naturais, exercício passivo e a música de harpa podem ser integradas em cuidados intensivos; - O uso de massagem simples, a presença da família, musicoterapia e distração são também medidas relevantes para estes doentes; - Os enfermeiros estão perto dos doentes por períodos longos e a sua capacidade de avaliar a dor e identificar os sintomas é essencial para fornecer o tratamento ideal; - O tratamento da dor é um empreendimento interdisciplinar, onde os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, reavaliação, gestão e documentação.
Artigo 6 ⁽⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de escalas da dor; - Existência de barreiras que dificultam os cuidados, como a dificuldade de interpretar uma escala da dor, a incapacidade de comunicar com o doente, a sobrecarga de trabalho que causa um distanciamento do doente;

	<ul style="list-style-type: none"> - Formação contínua dos profissionais, de modo a capacitá-los para interpretar sinais e sintomas transmitidos pelos doentes e diminuir o desconforto; - Envolver toda a equipa multidisciplinar no processo de recuperação do doente.
Artigo 7 ⁽⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções não farmacológicas como a musicoterapia estão a ser implementadas; - A música tem reduzido a intensidade da dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória nos doentes em cuidados intensivos.
Artigo 8 ⁽³⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Os estudos relatam barreiras na utilização de medidas não farmacológicas, como a falta de conhecimento sobre o tema e a falta de experiência; - Recomenda-se a formação dos profissionais, a fim de conhecer os benefícios das medidas não farmacológicas no controlo da dor pós-operatória do doente.
Artigo 9 ⁽¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e protocolos de redução devem ser desenvolvidos para combater o ruído em UTIs, e a exposição do paciente ao ruído deve ser minimizada.
Artigo 10 ⁽¹²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos idosos relata a presença de dor em diferentes partes do corpo, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, com bons resultados; - Quanto á localização da dor, a maioria refere nos membros inferiores e na coluna; - As medidas não farmacológicas neste tipo de população são importantes, de modo a reduzir a utilização de medicamentos e dos seus efeitos indesejáveis.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nesta pesquisa, foram selecionados 10 artigos que representam a amostra para a execução desta revisão bibliográfica, sendo que todos correspondem à base de dados EBSCO (FIGURA 1).

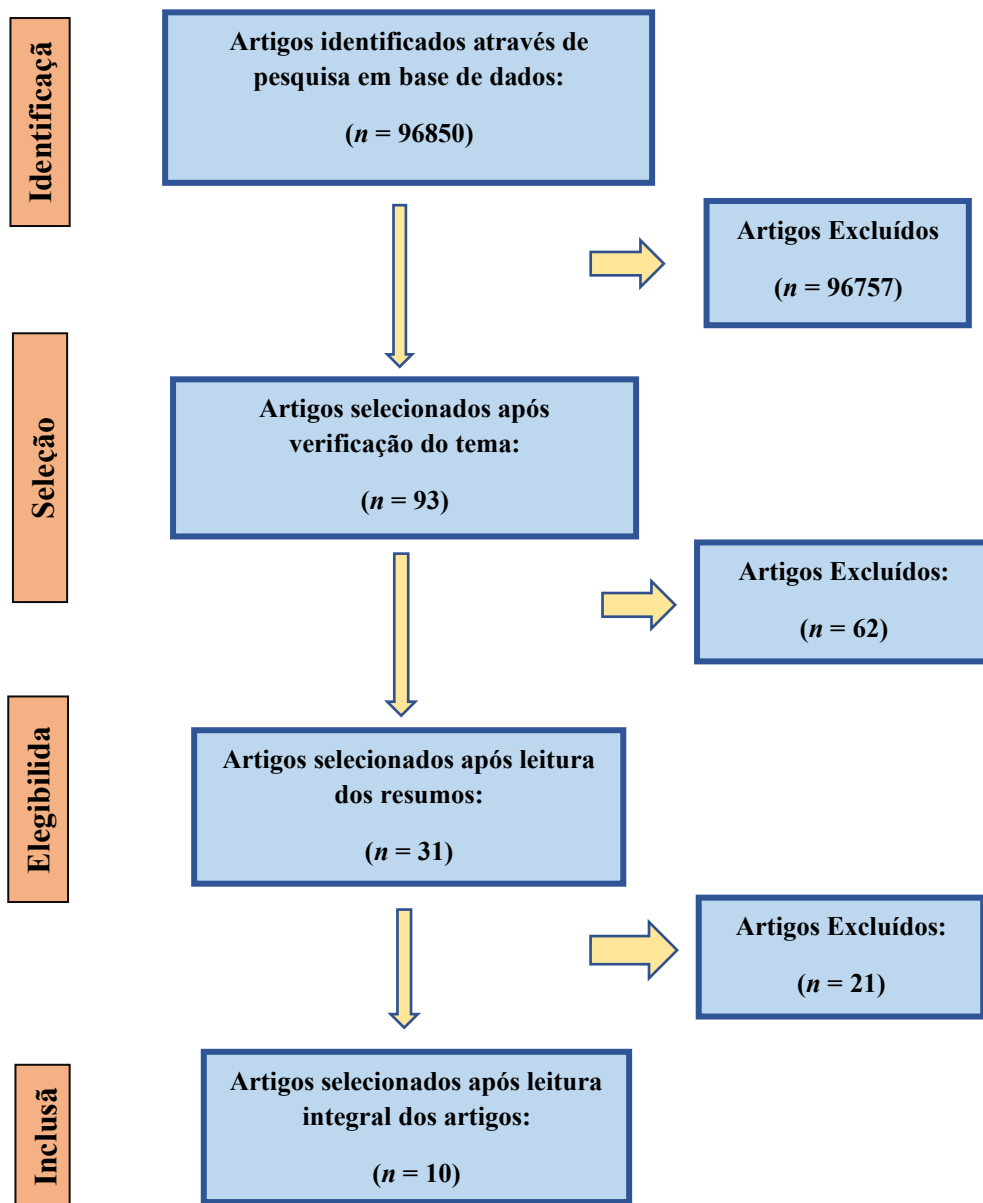


FIGURA 1 – Diagrama do processo de seleção dos artigos

DISCUSSÃO

Os achados revelam a importância do controlo da dor no doente crítico, dado que a dor é um dos sintomas que mais frequentemente causa impacto negativo no bem-estar e conforto, revelando-se, por isso, esta área desafiadora e importante, que deve receber uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde.

Da análise dos artigos concluiu-se que os profissionais de saúde, apresentam uma formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, o que pode dificultar a promoção de mais e melhor conforto ao doente. Além disto, relatam-se barreiras como: (i) falta de conhecimento e de tempo, (ii) carga de trabalho excessiva e (iii) doentes instáveis^(2,3,7).

No âmbito das medidas não farmacológicas que confortam, destacam-se: os exercícios respiratórios, os posicionamentos, as massagens, a musicoterapia, os exercícios e técnicas de relaxamento, o toque terapêutico, a crioterapia e o aquecimento^(1,3).

Os estudos de revisão incluídos demonstram que as técnicas mais utilizadas para alívio da dor no adulto em UCI foram a acupuntura, o aquecimento ativo e a electroestimulação transcutânea (TENS) (Pak et al., 2015), para além da música e da massagem terapêutica (Martorella, 2019). O uso de técnicas como a hipnose, acupuntura, compressas de gelo, sons naturais, exercício passivo e a música de harpa, assim como, o uso de massagem simples, a presença da família (Sandvik et al., 2020), a musicoterapia (Golino et al., 2019; Sandvik et al., 2020) e a distração, constituem, também, medidas relevantes para o controlo da dor no adulto crítico com dor (Sandvik et al., 2020).

Ainda que recente, a aposta no uso de intervenções combinadas e o envolvimento da família é de valorar neste âmbito. De facto, a família desempenha um papel determinante na vida, desde a infância à idade geriátrica, sendo fundamental a sua participação e o seu envolvimento nos cuidados⁽⁷⁾. Os familiares mais próximos são parceiros na prestação de cuidados, cabendo ao enfermeiro apoiá-los no seu papel, capacitando-os com conhecimentos e habilidades, para que possam gerir com maior autonomia os processos de saúde/doença com vista ao controlo da dor.

Com responsabilidade ética em adotar medidas para aliviar o sofrimento que a dor causa, os enfermeiros enfrentam, também, diversas barreiras que dificultam os cuidados, tais como: (i) a dificuldade de compreender/entender uma escala da dor, (ii) a incapacidade de comunicar com o doente, (iii) e a sobrecarga de trabalho que causa um distanciamento do doente, pelo que se torna premente a aposta na melhoria ao nível da formação continua dos profissionais, de modo a capacitá-los para identificar e interpretar sinais e sintomas transmitidos pelos doentes, a fim de promover uma melhor gestão da dor e diminuir o desconforto⁽⁸⁾.

Os estudos demonstram a necessidade de fazer um registo rigoroso da avaliação da dor, escolher a intervenção não farmacológica mais adequada para o tipo de dor, ponderar a preferência individual versus as indicações do tratamento e as precauções, e registar a eficácia da intervenção no alívio da dor, considerando tais aspetos com um impacto positivo no controlo da dor em adultos com dor crítica ^(9,10,11). Apesar da intervenção ter uma abordagem multimodal, sabe-se que, especificamente, a musicoterapia parece ser a técnica implementada com maior frequência, uma vez que a música causa um efeito de redução a intensidade da dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória nos doentes em cuidados intensivos ^(9,10).

Na compreensão desta problemática, as medidas não farmacológicas são contributos fundamentais para uma adequada otimização e gestão da dor junto da pessoa em situação crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências demonstraram que as medidas não farmacológicas, de forma intencional, complementam as convencionais trazendo efeitos positivos, de conforto e bem-estar, no alívio da dor, emergindo deste modo, a necessidade de otimizar as intervenções na pessoa com dor, incentivando a utilização de mais medidas não farmacológicas, por parte dos enfermeiros, com vista ao conforto da pessoa.

Perante os resultados, importa ainda salientar a necessidade de formar não só os enfermeiros como os restantes profissionais de saúde, sobre a dor e as medidas não farmacológicas utilizadas no seu controlo, bem como proporcionar condições para a sua aplicação, de modo a fazer parte integrante do cuidar do doente crítico com dor. Desta forma, aumenta-se a informação e conseqüentemente promove-se uma maior adesão a estas medidas, contribuindo para uma melhoria de bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L., & Moi, A. L. (2020). *Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review*. December 2019, 1488–1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>

2. Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research*, 44(September), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
3. Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>
4. Ordem dos Enfermeiros- Conselho de Enfermagem. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008 [2017, 10 novembro]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
5. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013 [2017, 10 novembro]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
6. The Joanna Briggs Institute. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of recommendation. 2014. 18p. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
7. Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019281>
8. Silva, W. B. H. da, Côrtes, E. M. P., Silva, P. O. da, Ferreira, M. A., Machado, P. R. F., Silva, V. R. F. da, & Marta, C. B. (2019). Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva. In *Saúde Coletiva (Barueri)* (Issue 51, pp. 1926–1932). <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i51p1926-1932>
9. Golino, B. A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., Meadows, A., Zhang, Z., & Ann, M. (2019). *M t i i c p*. 28(1), 48–55.
10. Jacq, G., Melot, K., Bezou, M., Foucault, L., Courau-Courtois, J., Cavelot, S., Lang, A., Bedos, J. P., Le-Boeuf, D., Boussard, J. M., & Legriel, S. (2018). Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. *PLoS ONE*,

13(11), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207174>

11. Aydın Sayılan, A., Kulakaç, N., & Sayılan, S. (2021). The effects of noise levels on pain, anxiety, and sleep in patients. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nicc.12525>
12. Cuidarte, R. (2021). *Dor no idoso acima de 80 anos : características , impactos e estratégias de enfrentamento Revista Cuidarte*.
13. Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: A review of the literature. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/873039>
11. Fortin, MF. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Ed. Loures: Lusociência.
12. Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–8.