



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Gestão da dispneia na Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção de Enfermagem Especializada**

Helena Margarida Anacleto Figueira



**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Gestão da dispneia na Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção de Enfermagem Especializada**

Orientador: Professora Helga Marília da Silva Rafael Henriques

**Lisboa
2022**

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helga Rafael Henriques pela disponibilidade, orientação e
leveza na construção deste percurso.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos de partilha, pela possibilidade
de crescermos juntos como pessoas e profissionais.

Aos enfermeiros orientadores e restantes colegas das equipas que pude
conhecer e por promoverem o desenvolvimento das minhas competências.

À minha família e amigos pelo apoio, ajuda e incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu marido pelo amor, carinho e compreensão durante os momentos de
ausência.

Aos meus filhos por serem o meu orgulho e minha inspiração.

LISTA DE ABREVIATURAS

BPS – Behaviour Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral da Saúde

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EE – Enfermeiro Especialista

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NIC – Nursing Intervention Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SBN – Strengths-based nursing

SUC – Serviço de Urgência Central

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIR – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

GESTÃO DA DISPNEIA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Intervenção de enfermagem especializada

RESUMO

A dispneia é percebida como sendo semelhante à asfixia, sendo um dos piores sintomas experimentados por doentes críticos, incluindo os que acabam por ser ventilados mecanicamente. A dispneia é um preditor independente de morbidade e mortalidade em populações específicas de doentes e não se limita apenas a doenças de origem pulmonar.

Este trabalho expõe o culminar do percurso realizado no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica com dispneia.

Adotou-se a metodologia de projeto. Realizou-se uma RIL, um estágio em Serviço de Urgência e outro em Unidade de Cuidados Intensivos. Participámos em atividades de formação e disseminação de conhecimento científico. O meu pensamento e ação foi sustentado pela filosofia de Laurie Gottlieb.

As atividades realizadas possibilitaram atingir os objetivos e o desenvolvimento de competências de mestre e especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica com dispneia.

São várias as intervenções utilizadas para assistir os doentes na UCI e no SU com dificuldade respiratória e que mostraram efeitos benéficos na gestão da dispneia e dos fatores que a originam, como a ansiedade e a dor.

A elaboração deste relatório mostrou ser benéfico na aprendizagem enquanto futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem, havendo repercussões consequentes na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Dispneia; Desconforto respiratório, Intervenções de Enfermagem; Cuidados Críticos.

DYSPNEA MANAGEMENT IN PEOPLE IN CRITICAL SITUATION

Specialized nursing intervention

SUMMARY

Dyspnoea is perceived to be like asphyxia, being one of the worst symptoms experienced by critically ill patients, including those who end up being mechanically ventilated. Dyspnoea is an independent predictor of morbidity and mortality in specific patient populations and is not limited to diseases of pulmonary origin.

This work exposes the culmination of the journey carried out in the context of the master's Course in Nursing in the Specialization Area for the Person in Critical Situation at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, with the objective of developing specialized nursing skills in the care of the person in critical situation with dyspnoea.

The design methodology was adopted. There was an RIL, an internship in an Emergency Service and another in an Intensive Care Unit. We participated in training activities and dissemination of scientific knowledge. My thinking and action were underpinned by the philosophy of Laurie Gottlieb.

The activities carried out made it possible to achieve the objectives and the development of master's and specialized nursing skills in caring for people in critical situations with dyspnoea.

There are several interventions used to assist patients in the ICU and ER with breathing difficulties that have shown beneficial effects in the management of dyspnoea and the factors that cause it, such as anxiety and pain.

The preparation of this report proved to be beneficial in learning as a future specialist nurse and master's in nursing, with consequent repercussions in continuous improvement in the quality of care.

Keywords: Dyspnoea; Respiratory distress, Nursing Interventions; Critical Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 A pessoa em situação crítica com dispneia	17
1.2 Cuidado de Enfermagem na gestão da dispneia	20
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PSC EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	24
2.1 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em contexto de Serviço de Urgência	24
2.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUÇÃO

No desejo da aquisição e desenvolvimento de competências com vista à prática de cuidados especializados, o presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 3º semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este representa o término de todo um percurso teórico e prático cujo planeamento foi apresentado no 2º semestre do curso através do Projeto de Estágio. Pretende ser um elemento relevante e que dê ênfase ao processo formativo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem à PSC e visa o desenvolvimento da capacidade de exposição de situações práticas, bem como de reflexão sobre as mesmas.

A elaboração deste documento foi sustentada no perfil de competências definido pela ESEL para este Curso de Mestrado (ESEL, 2010), bem como as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/20182, e também as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018).

O Enfermeiro Especialista baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica e alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 26/2019, Série II, 2019). Este princípio de prática baseada na evidência ergue-se com Florence Nightingale, que valorizava uma base de evidências para o cuidado, focado na experiência e nos resultados dos clientes (Munro, 2010).

No percurso de desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista e mestre de enfermagem, recorrer-se-á ao modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem, adaptado por Benner em 2001. O desenvolvimento da perícia na prestação de cuidados de enfermagem baseia-se no domínio clínico e numa prática baseada na investigação, articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é o foco dos cuidados de enfermagem, no que concerne à especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Tendo como ponto de partida a experiência e competências fruto da minha prática diária como enfermeira no Serviço de Urgência Central, surge a necessidade pessoal de desenvolver, validar e consolidar essas competências.

Na minha prática profissional posso constatar que muitas pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) referem como principal queixa “a sensação de falta de ar”, constatando-se que o fluxograma dispneia é um dos mais utilizados na Triagem de Manchester aquando da admissão das pessoas neste serviço. Aliada a uma constante necessidade de querer aprender e consolidar conhecimentos nesta área em específico, com a qual me confronto diariamente a nível pessoal, culminou na motivação para a escolha do tema a seguir.

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade e só podem ser conhecidas através da observação do cliente, é semelhante à asfixia e é um dos piores sintomas experimentados por doentes críticos, incluindo os que são ventilados mecanicamente (Campbell, 2017).

A dispneia é um sintoma importante, comum e incapacitante que permanece pouco compreendido. Além de condições cardiopulmonares óbvias, como o Enfarte Agudo do miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a dispneia também é comum em doentes com cancro, infeção por HIV, doenças neuromusculares e distúrbios metabólicos e de ansiedade (Mahler & Donnell, 2014). O seu controlo passa por tratar as causas reversíveis e quando estas não são passíveis de resolver, o alívio sintomático com técnicas de controlo da dispneia torna-se primordial.

É um sintoma muito angustiante não só para o doente, como também para a família e para os próprios profissionais de saúde. Interfere com o desempenho das atividades de vida diária e pode alterar drasticamente a qualidade de vida do doente e família (Azevedo, 2010). O diagnóstico e tratamento da causa subjacente da dispneia é a abordagem preferida e mais direta para melhorar este sintoma, mas há muitas pessoas para as quais a causa não é clara ou para os quais a dispneia persiste, apesar dos tratamentos ideais (Parshall et al., 2012).

O controlo da dispneia torna-se assim importante para o enfermeiro, como parte integrante do cuidar, com vista à excelência dos cuidados de enfermagem,

com o intuito da melhoria da qualidade de vida da pessoa e ganhos em saúde. Para cuidar da PSC é imprescindível vigiar, a vigilância é a essência do cuidado em enfermagem e, como tal, define o papel principal da enfermagem nos cuidados de saúde (Meyer e Lavin, 2005).

Este percurso de desenvolvimento de competências principiou com a realização de um projeto de estágio intitulado “A gestão da dispneia na PSC: intervenção de enfermagem especializada” e foi operacionalizado em 3 contextos clínicos. O estágio teve início num Serviço de Urgência Polivalente, posteriormente estive 2 semanas numa Unidade de Cuidados Respiratórios e por fim, numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Com a finalidade de desenvolver competências de mestre e enfermeira especializada no cuidado à PSC com dispneia, delineei como objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC com dispneia e sua família, no SU e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Para a concretização deste objetivo geral, proponho como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos especializados na área da PSC com dispneia;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC com dispneia e família, no contexto de SU e UCI;
- Desenvolver competências na avaliação, controlo e gestão da dispneia na PSC;
- Promover a continuidade de cuidados na PSC com dispneia e família.

A pessoa em situação crítica foi vista como única e indissociável durante todo o meu percurso de aquisição de competências, sendo que as teorias que sustentaram o meu pensamento em Enfermagem basearam-se na filosofia do cuidar baseado nas Forças de Laurie Gottlieb (Gottlieb, 2014) e a Teoria de Gestão dos Sintomas de Dodd (Dodd, 2011). A Teoria de Gestão de Sintomas, publicada inicialmente por Larson et al. em 1994 e revista por Dodd et al. (2001), baseia-se na premissa que a gestão de sintomas preconiza a integração de três dimensões, nomeadamente experiência do sintoma, estratégias de gestão do sintoma e outcomes.

O modelo de referência de cuidados é o “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”, designado de SBN, centrado nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças de Gottlieb (2014). A filosofia de Gottlieb (2014) orienta-nos para uma filosofia de enfermagem centrada nas forças da pessoa e família, capacitando-a para garantir a sua saúde e o bem-estar.

Este relatório está organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo contempla o enquadramento teórico, onde iremos analisar a temática á luz da evidência científica mais recente e abordar os referencias teóricos citados. O segundo capítulo será a exposição das Intervenções e Competências de Enfermagem especializada à PSC desenvolvidas em contexto de estágio. Por fim, teremos a conclusão onde faremos uma síntese do percurso efetuado.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, as normas da APA e o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem por objetivo a fundamentação teórica do quadro conceitual que suporta a escolha do tema deste projeto e é composto por dois subcapítulos: o primeiro subcapítulo trata a PSC com dispneia, onde se define os conceitos inerentes à problemática; e no segundo subcapítulo, iremos abordar o referencial teórico que fundamentam os cuidados de enfermagem, nomeadamente a filosofia do cuidar baseado nas Forças de Laurie Gottlieb (Gottlieb, 2014) e a Teoria de Gestão dos Sintomas de Dodd (Dodd, 2001).

1.1 A pessoa em situação crítica com dispneia

Para a realização deste trabalho iremos adotar o conceito de PSC definido por Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011, p. 74) que referem que a PSC é aquela que não é capaz de manter a estabilidade fisiológica de forma independente ou se encontra em risco elevado de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica; são doentes tipicamente dependentes de cuidados intensivos contínuos e de tecnologia de apoio. Sendo assim, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC exige uma resposta eficaz, rápida e organizada, sendo essencial o domínio de conhecimentos específicos que visem o cuidar com qualidade da pessoa/família que vivência processos complexos de doença crítica.

Os doentes internados em unidades médico-cirúrgicas com qualquer sintoma de dispneia têm uma probabilidade de morte no hospital superior a 3 vezes. A avaliação e documentação da dispneia são os primeiros passos na gestão deste sintoma angustiante (Kathy et al., 2020).

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade e só podem ser conhecidas através da observação do utente (Campbell, 2017).

Segundo a American Thoracic Society (2012), a dispneia é definida como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, e pode induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias. De acordo

com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015), a dispneia é definida como um processo do sistema respiratório que está comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.

Assim, esta manifestação clínica pode se apresentar de maneira distinta em cada pessoa, uma vez que não é só a fisiopatologia da doença que determina a sua apresentação, mas também fatores comportamentais. Isso explica o fato de algumas pessoas se apresentarem muito mais sintomáticas que outras (Stefanini et al., 2009).

De todas as funções vitais do nosso organismo, a respiração, o ato de respirar, ventilar o ar para dentro dos pulmões, é a única que não é somente regulada por centros autónomos, mas também por sinais voluntários que surgem do córtex cerebral. Assim, até certo ponto, as pessoas possuem controlo sobre como respiram (Stefanini et al, 2009).

A base fisiopatológica para a dispneia ocorre quando há um desequilíbrio na função respiratória. A respiração normal é uma função da complexa integração do sistema de controlo respiratório que consiste em respostas voluntárias, autónomas e emocionais (Campbell, 2017). A dispneia resulta da dissociação ou incompatibilidade entre o conjunto de débito motor respiratório pretendido causado pela rede neuronal respiratória no tronco encefálico inferior e o débito ventilatório realizado (Fukushi et al, 2020).

Os quadros agudos de dispneia estão relacionados principalmente ao sistema cardiovascular (como no enfarte agudo do miocárdio, na insuficiência cardíaca congestiva ou mesmo num episódio de taquiarritmia) e ao sistema respiratório (broncoespasmo secundário à exacerbação de um quadro de asma ou doença pulmonar obstrutiva crónica, tromboembolismo pulmonar, infeção ou obstrução das vias aéreas superiores). Outras situações clínicas podem ter a dispneia como manifestação clínica principal: distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio ácido-base, sépsis e ansiedade (Stefanini et al., 2009).

A fisiopatologia da dispneia é complexa, uma vez que a sua origem pode ter múltiplas causas, podendo ainda haver mais do que uma causa. Independentemente do evento determinante, a dispneia surgirá em virtude de uma ou mais das seguintes respostas: aumento da resposta pelos centros respiratórios,

estimulação de recetores sensoriais, dissociação neuromecânica e diminuição da oferta de oxigênio (Stefanini et al, 2009).

Os sensores respiratórios consistem em quimiorrecetores centrais e periféricos e recetores sensoriais periféricos encontrados na parede torácica, vias respiratórias e pulmões. Alterações na função respiratória produzirão desequilíbrios gasosos no sangue (hipoxemia e hipercapnia) e alterações no deslocamento torácico (Campbell, 2017). Estes recetores estão envolvidos na monitorização contínua da respiração, e fornecem informações sobre a composição química do sangue arterial, a mecânica da bomba respiratória, e a percepção da dispneia (Fukushi et. al, 2020).

A consciência da dificuldade respiratória e as respostas emocionais associadas de medo e ansiedade são produzidas quando existe patologia que compromete o funcionamento respiratório normal e é caracterizada por condições antecedentes, respostas neurofisiológicas, pulmonares e emocionais, e experiências e comportamentos subjetivos da pessoa doente (Campbell, 2017).

O desconforto respiratório está entre os fatores mais stressantes experimentados e recordados pela maioria das pessoas internadas em UCI com ventilação mecânica (Schmidt et al., 2011), sendo geradora de ansiedade e medo. Embora numerosos fatores contribuam para a ansiedade na UCI (por exemplo, dor, delírio, perda de comunicação), o desconforto respiratório é indiscutivelmente o nosso sinal de aviso homeostático mais urgente. Como tal, é desagradável e traz sofrimento imediato à pessoa em situação crítica, enquanto a ansiedade que gera produz sequelas duradouras (Schmidt et al., 2014).

A presença de dispneia é um fator limitativo para a pessoa, provocando-lhe um certo desinteresse pelo que a rodeia, diminuindo a qualidade de vida da pessoa/família, particularmente no que diz respeito à capacidade para a realização das atividades de vida. Neste sentido, um marco importante para melhorar os cuidados de enfermagem à PSC passa por controlar o sintoma da dispneia bem como definir estratégias especializadas na gestão da dispneia.

1.2 Cuidado de Enfermagem na gestão da dispneia

O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças considera a totalidade da pessoa, os recursos de que dispõe para lidar mais eficazmente com os desafios da sua vida e saúde. Na perspetiva dos enfermeiros, relaciona-se com o modo como estes profissionais apoiam o que está a funcionar bem, de modo a ajudar os doentes, clientes, famílias e comunidades a adaptarem-se e a transformarem-se.

O cuidar centrado na pessoa e na sua individualidade exige que os enfermeiros reconheçam a pessoa enquanto um ser único com os seus problemas humanos. O cuidar envolve, por isso, a preservação e proteção da dignidade humana, onde valores, atitudes, interações e conhecimentos devem estar patentes e requerem estudo, reflexão e ação para o compromisso do cuidar (Gottlieb, 2016).

Esta abordagem tem no seu âmago a promoção da saúde, o movimento do empowerment e a parceria colaborativa. O empowerment tem como premissa que o cliente/família possui os recursos, as capacidades, as habilidades, as competências e o potencial para assumir a responsabilidade pela própria saúde (Gottlieb, 2016). A parceria colaborativa pressupõe que cliente e profissional estejam em pé de igualdade, construindo uma estreita relação de confiança, acreditando nas competências um do outro e partilhando o poder para que possam trabalhar em conjunto.

A enfermagem deve fornecer cuidados que se distingam de maneira substantiva daqueles vistos no modelo médico - não simplesmente ser uma variante do mesmo cuidado focado na doença e no problema. O foco principal do enfermeiro deve ser a saúde, a cura e a redução do sofrimento por meio de ações que utilizem forças internas e recursos externos, criando condições que permitam aos clientes atingir o máximo funcionamento (Gottlieb, 2014).

Ao adotar esta filosofia de cuidado é possível ter maior controlo sobre a nossa prática profissional e ter um papel mais independente com a intenção de criar ambientes de promoção da saúde e cura para pessoas/clientes e famílias (Gottlieb, 2017) redesenhando intervenções autónomas de enfermagem.

Como a intervenção de enfermagem se baseia no controlo do sintoma que é a dispneia, importa também abordar a Teoria de Gestão de Sintomas, revista em

2001 por Dodd e seus colaboradores. A implementação de intervenções de enfermagem bem como o reconhecimento de situações anormais faz parte da competência clínica do enfermeiro especialista em PSC (Aari, 2007).

Um sintoma é definido como uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, sensações ou cognição de um indivíduo (Dodd, 2011). O objetivo da gestão dos sintomas é evitar ou atrasar um resultado negativo através de estratégias biomédicas, profissionais e de autocuidado. A gestão começa com a avaliação da experiência dos sintomas a partir da perspectiva do indivíduo. A avaliação é seguida pela identificação do foco das estratégias de intervenção. As estratégias de intervenção podem ser dirigidas a uma ou mais componentes da experiência sintomática do indivíduo para alcançar um ou mais resultados desejados. A gestão dos sintomas é um processo dinâmico, muitas vezes exigindo mudanças nas estratégias ao longo do tempo ou em resposta à aceitação ou falta de aceitação das estratégias concebidas (Dodd, 2001).

A pedra angular do controle eficaz dos sintomas é a avaliação sistemática dos sintomas. Idealmente, os sintomas são relatados e avaliados pelo próprio doente, utilizando uma ferramenta suficientemente simples e breve para evitar sobrecarga e fornecer informações adequadas para uso clínico. Existem várias escalas que medem um grupo diverso de sintomas físicos, incluindo dispneia e sintomas psicológicos, entre elas a Memorial Symptom Assessment Scale e a Edmonton Symptom Assessment Scale (Campbell, 2017).

Como foi referido anteriormente, a PSC é aquela cuja vida está 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. Sendo assim, a importância da vigilância como intervenção é fundamental, uma vez que os enfermeiros são a principal constante no ambiente de cuidados críticos (Pfrimmer et al, 2017).

A Nursing Intervention Classification (NIC) define a vigilância como "a aquisição, interpretação e síntese intencional e contínua de dados dos clientes para a tomada de decisões clínicas". Embora a vigilância seja considerada como uma intervenção de enfermagem prestada por um único enfermeiro em nome de um único doente, na realidade, os doentes individuais são tratados na maioria dos contextos por vários enfermeiros ao longo do tempo. Assim, a vigilância de

enfermagem como uma intervenção de enfermagem tem aspetos cumulativos e temporais (Pfrimmer et al., 2017).

Utilizar uma escala de medição da dispneia tem o potencial de conduzir a melhores intervenções de gestão dos sintomas, cuidados e afetação de recursos (Figueira & Henriques, 2020). Durante a implementação de intervenções, o posicionamento terapêutico surge como a resposta mais utilizada na gestão da dispneia, a maioria dos doentes adotam posições de ortopneia, laterais ou supinas sem se aperceberem disso. Também intervenções nos fatores que desencadeiam ou agravam a dispneia, como a ansiedade e a dor, parecem ter efeitos respiratórios positivos (Gentzler et al, 2019; Baker et al, 2020; Kocatepe et al, 2020).

Cuidar da pessoa em situação crítica com dispneia exige que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos, competências e atitudes específicas para facilitar o processo de tomada de decisão na resolução de problemas complexos e identificados na prática em tempo útil, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, deve ser capaz de prestar cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Em suma, as intervenções especializadas de enfermagem garantem a continuidade de cuidados e exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018). Sendo assim uma das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PSC EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais requer a realização de estágios. Estes são momentos de observação e intervenção em contextos clínicos específicos, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências. Neste ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

Assim, neste capítulo serão apresentadas as atividades desenvolvidas, com base no conhecimento adquirido ao longo do estágio, os fatores que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, bem como as dificuldades identificadas e estratégias para as ultrapassar, dando resposta aos objetivos propostos.

2.1 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em contexto de Serviço de Urgência

O primeiro estágio do meu percurso de operacionalização do projeto de mestrado decorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), num hospital da área da grande Lisboa. O estágio decorreu no período de 11 de outubro a 17 de dezembro de 2021, tendo sido realizadas um total de 250 horas.

O SUP tem na sua constituição equipas de medicina interna, de cirurgia geral e ortopedia, com o bloco operatório a funcionar 24 horas por dia. Conta ainda com diversas especialidades, tais como, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular e neurocirurgia. Funciona em articulação com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria.

Os objetivos específicos com as respetivas atividades realizadas para este contexto de estágio são apresentados em apêndice na Tabela 1.

Neste estágio de urgência, não sendo uma realidade nova para mim, surge um novo serviço e uma nova equipa multidisciplinar com uma dinâmica própria.

Tendo em conta a minha experiência profissional neste contexto considero que tive uma integração facilitada, uma vez que os serviços são muito idênticos, quer na complexidade das situações quer no encaminhamento dos utentes. Pude constatar que ambos os serviços de urgência têm um método de trabalho parecido, existindo a figura do coordenador de enfermagem do Serviço de Observação (SO) e da Urgência, sendo uma mais-valia para a orientação do trabalho dos elementos mais inexperientes e na orientação de vagas para doentes mais urgentes.

O trabalho em equipa também está presente no SU e melhora os outcomes dos doentes. Procurei relacionar-me com os vários profissionais de saúde e interagir nas diferentes equipas, defendendo o melhor interesse dos doentes. Considero que no SU é essencial o trabalho em equipa e deve haver uma gestão no sentido de integrar as capacidades e características individuais, numa capacidade coletiva para produzir resultados mais efetivos e eficientes. Ao refletir sobre esta dinâmica das equipas e outras problemáticas relacionadas com os cuidados prestados ao doente, que se pretendem de excelência, sinto que fui capaz de analisar as situações de forma global, demonstrando consciência crítica, capacidade que se pretende adquirir no mestrado (ESEL, 2010).

Também a consulta dos protocolos existentes no serviço, permitiu-me recolher informações nesse sentido e alcançar uma adaptação eficaz ao serviço e a toda a sua dinâmica organizacional e funcional. Os protocolos são diretrizes no sentido de obter cuidados de qualidade e podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados, sendo da competência dos enfermeiros peritos, através do seu julgamento clínico, contornar as regras para benefício do utente (Benner, 2001, p.201). A existência de protocolos sistematizam a ação do profissional, facilitam o seu trabalho e efetivam uma avaliação concreta do risco clínico e a vulnerabilidade de cada doente (Vieira, Bertoncello, Girondi, Nascimento, Hammerschmidt, & Zefeino, 2016)

Durante o ensino clínico foi sobretudo na sala de emergência que desenvolvi o meu percurso formativo, embora tenha considerado adequada a prestação de cuidados nos diferentes setores que constituem o SU.

As salas de emergência são dotadas de material e equipamento com a finalidade de abordagem, estabilização, tratamento e encaminhamento de pessoas em situação crítica de emergência, com falência de um ou mais sistemas

vitais e prestação de cuidados intensivos. Existem quatro salas de reanimação, sendo a sala 1 e 2 mais direcionada para a receção de utentes em situação crítica na sequência de trauma e a sala 3 e 4 para utentes em situação crítica do foro médico ou cirúrgico.

Foi através da prestação de cuidados de enfermagem especializados na sala de emergência, em colaboração com a Enf.^a orientadora e restante equipa multidisciplinar, que mobilizei as competências adquiridas no curso de ATCN, nomeadamente através da observação e avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, segundo a metodologia ABCDE, e prestei cuidados especializados à PSC com enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão e com taquidisritmias. Estes são exemplos de experiências em que considero ter reafirmado a competência “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018, página 19363).

Tive também a oportunidade de validar os conhecimentos adquiridos sobre a Via Verde Sepsis e cumprir as intervenções preconizadas nos procedimentos, bem como prestar apoio na colocação de dispositivos para monitorização hemodinâmica invasiva, gerindo a sua manutenção e correta leitura dos valores apresentados no monitor promovendo a assepsia do procedimento, mantendo uma vigilância adequada da pessoa em situação crítica identificando possíveis focos de instabilidade hemodinâmica. O processo de vigilância depende não só do ambiente de trabalho, como também das características dos enfermeiros, como por exemplo dos anos de experiência (Fasolino & Verdin, 2015), sendo que o enfermeiro perito tem uma grande capacidade de reconhecimento de mudanças subtis no estado do utente, e muitas vezes são os primeiros a detetar essas mudanças. Deste modo, não só importa a deteção precoce como também a sua capacidade de comunicar as mesmas à equipa médica para que esta responda em conformidade (Benner, 2001).

No que contempla à preparação de terapêutica, foi com particular atenção que a preparei, rotulei e administrei, prevenindo os riscos de infeção e de erro terapêutico, mantendo uma prática segura na preparação e administração de terapêutica, tal como recomendado pela DGS na norma nº 029/2012. Durante um turno no SU tive a oportunidade de assistir à auditoria da administração de

medicação segura que está a ser implementado no serviço, focando-se em pontos como a preparação e identificação da medicação a ser administrada. Deste modo, dei resposta à competência: “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018, página 19363).

O estágio decorreu ainda durante a pandemia COVID-19 pelo que os doentes respiratórios estavam noutra circuito da urgência, daí não ter tido grande oportunidade de lhes prestar cuidados. Contudo doentes mais graves eram isolados numa sala na reanimação onde pude prestar cuidados. Neste sentido, desenvolvi, em contexto de SU, competências no âmbito da Intervenção Especializada de Enfermagem perante a pessoa com dispneia, nomeadamente à pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva (VNI), quer na implementação de intervenções autónomas de enfermagem, por exemplo na gestão da ansiedade, cansaço e dispneia, quer na administração de terapêutica dirigida à causa da dispneia. O serviço elaborou um procedimento setorial, que tem como objetivo uniformizar os procedimentos na abordagem do utente com necessidade de Ventilação Não Invasiva.

Durante um turno no SU, deu entrada com os Bombeiros às 6h30 uma senhora com dificuldade respiratória e hipertensão desde há cerca de 30 minutos e muito ansiosa, dizendo constantemente “que ia morrer”. Após ser avaliada pela equipa médica e de enfermagem foi administrada terapêutica dirigida para o Edema Agudo do Pulmão (EAP) e posteriormente, tive a oportunidade de fazer a gestão do ambiente físico quanto à temperatura, luminosidade e ruído contribuindo assim para o controlo da dispneia. Por exemplo, neste caso, a pessoa foi colocada mais confortável, retirando a roupa que apertava e fornecendo compressa com água para que pudesse molhar os lábios e reduzir a sensação de sede. Assim, desenvolvi competências para o estabelecimento de uma relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018).

Ao longo do estágio no SU foram várias as vezes que, junto com a Enfermeira orientadora, fizemos o acolhimento do utente à sala de emergência, validando com a equipa do pré-hospitalar os dados. Deste modo, procedemos à identificação positiva da pessoa, verificando os dados constantes na pulseira

identificativa (Orientação nº 018/2011 de 23/05/2011). A identificação positiva e precoce do doente tem grandes repercussões sobre a diminuição do risco de ocorrência de eventos adversos relacionados com a prestação de cuidados (INEM, 2021). Sendo de extrema importância a sua correta realização e sendo a identificação do doente um indicador positivo da qualidade dos cuidados.

Cabe também ao enfermeiro avaliar e vigiar o estado de saúde das pessoas, formular diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções, executá-las e avaliar os resultados. Um dado importante e alvo de múltiplas idas à urgência é a dor, principalmente na PSC vítima de trauma, assim avaliei a dor de forma contínua, registando no processo a informação e otimizando a dor através da administração da terapêutica analgésica prescrita e implementando medidas não farmacológicas (sempre que a situação o permitisse).

A DGS na circular normativa nº 09/DGCG instituiu a dor como o 5º sinal vital e afirmou que avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, deve ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do utente. Assim sendo, desenvolvi competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018)

Sempre que possível comuniquei com a família/pessoa significativa sobre o estado de saúde do seu ente querido, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018). Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para avaliarem e intervirem nessas necessidades devido à sua presença constante junto do utente e à relação única que criam com o doente e família no exercício da sua atividade profissional (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010). O contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática (Mitchell & Chaboyer, 2010).

No decorrer de todo o estágio, procurei manter uma postura de escuta ativa e, conseqüentemente, fomentar a possibilidade de identificação de reais e potenciais necessidades da família (Gottlieb, 2016).

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar ou extra-hospitalar pode originar a transmissão de infecções, denominadas infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Assim, se por um lado se prolonga a sobrevivência dos doentes, por outro verifica-se que estes se tornam vulneráveis a múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados, sobretudo no que concerne ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora (DGS, 2008).

O controlo da infeção hospitalar no SU é dificultado por limitações tais como: a adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controlo, a falta de técnica asséptica nos procedimentos invasivos, estrutura física inadequada, permanência dos doentes um tempo superior a 24 horas e dificuldade de isolamento de área (Carvalho, Oliveira, Silva, Brasileiro e Lázara, 2011).

Contudo, considero que toda a equipa está desperta para esta realidade cumprindo a técnica asséptica em todos os procedimentos invasivos. Fiquei também a conhecer o processo de auditoria à técnica de colheita de hemoculturas efetuada pelos enfermeiros do serviço, do qual resultou um protocolo próprio, bem como um kit de colheita de hemoculturas. Ao deparar-me com esta experiência fiquei motivada a realizar algo semelhante e tentar instituir no meu local de trabalho, uma vez que não existem estes kits e considero que são um benefício para a manutenção da técnica asséptica e para a redução de erros no procedimento.

O enfermeiro especialista é responsável por basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, onde se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho onde atua como formador no seu contexto de trabalho, diagnostica necessidades formativas e favorece a aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, n.º 26/2019, Série II, 2019).

Deste modo, prestei cuidados em segurança, respeitando normas e procedimentos instituídos e guidelines internacionais, na redução e controle das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). É competência do EE em

PSC, maximizar a intervenção na prevenção 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 adequada (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018).

2.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à PSC em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo período de estágio do meu percurso de operacionalização do projeto de mestrado foi dividido em dois momentos, o primeiro momento numa Unidade de Cuidados Intermédios Respiratórios (UCIR) com a duração de 2 semanas, realizado de 3 a 14 janeiro de 2021. E, o segundo momento decorreu no período de 17 de janeiro a 25 de fevereiro de 2022, numa Unidade de Cuidados Intensivos num hospital da área da grande Lisboa, com a duração de 250 horas.

Houve a necessidade de fragmentar este estágio uma vez que era de extrema importância esta passagem pela UCIR, dado o tema central do projeto ser a gestão da dispneia e neste contexto esse ser um foco central da atenção dos enfermeiros. Realizei também um estágio em UCI.

Unidade de Cuidados Intermédios Respiratórios (UCIR)

Apesar do curto período que estive na UCIR penso que consegui uma boa integração, o serviço tem uma equipa muito prestável e com uma boa relação entre si. Foi uma mais-valia no meu percurso de aprendizagem, uma vez que pude prestar cuidados especializados à pessoa submetida a VNI e a oxigenoterapia de alto fluxo. Sendo a oxigenoterapia de alto fluxo uma novidade para mim pude aprofundar mais conhecimentos sobre esta técnica.

A oxigenoterapia de alto fluxo (ONAF) é uma técnica que permite fornecer oxigénio aquecido e humidificado com um fluxo máximo de 60L/min e com uma fração inspirada de oxigénio (FiO₂) ajustável. Está indicada em doentes com insuficiência respiratória aguda (hipoxémica) e também para a prevenção da

insuficiência respiratória no período pós-extubação (Dres, M. & Demoule, A., 2017).

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é considerada uma técnica segura no tratamento da insuficiência respiratória (Tsolaki et al., 2011). No entanto, a desadaptação e intolerância da pessoa ao ventilador, interfaces desadequadas, a intolerância à VNI ou a falta de experiência por parte dos profissionais de saúde, são algumas das causas que conduzem ao insucesso da VNI. Por outro lado, a escolha do ventilador, a parametrização e a escolha da interface são essenciais para o seu sucesso (Hess, 2013). Tive a oportunidade de discutir com o enfermeiro orientador sobre modalidades e parâmetros ventilatórios, limites de alarme, quais os interfaces a utilizar em cada pessoa e aplicar na prática de cuidados.

Uma vez que a unidade recebe muitos doentes com doença crónica, quer seja DPOC ou Insuficiência respiratória, entre outras, pude aprofundar conhecimentos sobre os diferentes ventiladores domiciliários e as diferentes máscaras que se podem utilizar. Estando muitas vezes o fracasso da técnica da VNI no domicílio relacionada com uma má escolha do interface utilizado cabe ao enfermeiro preparar a pessoa para a alta contribuindo para a promoção da sua autonomia e aceitação da ventilação.

Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Os objetivos específicos e as respetivas atividades realizadas para este contexto de estágio são apresentados em apêndice na Tabela 2.

No que diz respeito ao contexto de UCI, senti mais dificuldade na integração no serviço, uma vez que é uma unidade complexa e com uma multiplicidade de tarefas do qual eu não tinha conhecimento. Contudo, penso ter atingido o meu objetivo com alguma rapidez e conseguindo prestar cuidados de enfermagem diferenciados à PSC, sempre com o apoio do enfermeiro orientador.

A UCIP está preparada para receber doentes de todo o tipo, estando apetrechada com tecnologia para abordar a falência multiorgânica, desde Suporte Extracorporeal Renal e Hepático, Remoção Extracorporeal de CO₂, Oxigénio de Alto Fluxo, Neuromonitorização Multimodal, Calorimetria Indireta contínua,

Monitorização Hemodinâmica Avançada (PICCO) e central de monitorização com acesso ao processo clínico (B-Simple) do doente à cabeceira do doente. A UCIP também tem capacidade para receber doentes com necessidade de isolamento respiratório por ter 3 camas com pressão negativa. Tem desenvolvido campanhas e protocolos como a Campanha da Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador, Protocolo da Hemorragia Subaracnoídea e Protocolo de Desmame do Ventilador, Sedo-Analgésia e Mobilização Precoce envolvendo toda a equipa da UCIP e outras especialidades no sentido de melhorar o resultado clínico dos doentes. Assim, tive oportunidade de desenvolver as recomendações através de intervenções de enfermagem de cariz preventivo contribuindo para a redução da incidência da infeção. Aqui destaco os cuidados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), com a adoção de intervenções como a elevação da cabeceira a 30°, a realização de higiene oral com cloro-hexidina a 2% e a verificação da pressão do cuff (20-30 cmH₂O) diariamente para a prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2018).

A admissão da Pessoa em Situação Crítica na UCI é um momento complexo e de grande tensão para a equipa multidisciplinar, face à instabilidade hemodinâmica que apresenta à chegada e à necessidade de uma abordagem estruturada, ágil e direcionada no sentido de estabilizar a mesma. Os elementos das equipas mobilizam-se, entreadjudam-se e procuram de forma coordenada tornar este processo o mais seguro, eficaz e sereno possível.

Tive a oportunidade de intervir diversas vezes junto de pessoas submetidas a VMI, com necessidade de suporte hemodinâmico invasivo, nomeadamente CVC, cateterismo arterial e monitorização invasiva por sistema PICCO. Outra técnica frequente na unidade é a técnica de hemodiálise contínua, com a qual não estou muito familiarizada, mas pude manusear os circuitos, monitorizar as dosagens de cálcio e citrato, compreender as complicações do incorreto funcionamento da máquina e/ou do cateter de duplo lúmen e compreender quando seria indicado a suspensão da técnica.

Em contexto de UCI, o enfermeiro assume um papel essencial na monitorização hemodinâmica invasiva, que se traduz na medição e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos, para determinar o funcionamento cardiovascular e ajustar adequadamente a terapêutica, bem como definir intervenções que evitem possíveis complicações (Ventura et al., 2016).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, n.º 135/2018, Série II, 2018), encontrando-se intrínseco o desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade.

Na pessoa submetida a VMI com reduzidos níveis de sedação, pode constatar que a sua capacidade para manifestar que sente falta de ar é através da agitação, da alteração do padrão respiratório, da desadaptação ao ventilador e do aumento da frequência respiratória (Campbell, 2017). Na pessoa sedada e submetida a VMI, é o enfermeiro que assume um papel primordial na gestão da adaptação ao ventilador, potenciais causas de desadaptação / obstrução, bem como na gestão de alarmes.

Hoeman (2011), refere que se pode diminuir a dispneia ao posicionar o doente inclinado para a frente com um ângulo de 30 a 40 graus, com os braços apoiados nas coxas ou sobre a mesa de cabeceira, dado que melhora a elevação do diafragma, permitindo assim um esvaziamento mais amplo dos pulmões durante a expiração. O mesmo é tido em conta na UCI onde todos os doentes devem ter a cabeceira entre 30 a 40º sendo o mesmo alvo de auditoria por parte de uma equipa de enfermagem própria.

A monitorização de parâmetros respiratórios, como a saturação de oxigénio através da oximetria de pulso, e a frequência respiratória, são intervenções importantes na avaliação da pessoa com dispneia. A evidência sugere ainda que, comparativamente aos outros sinais vitais, as variações no valor da frequência respiratória predizem significativamente a deterioração clínica da pessoa, aumentando em situações de hipoxemia e hipercapnia e diminuindo como resultado da diminuição do nível de consciência (Cretikos et al., 2008; Mok et al., 2015).

A avaliação da dor na UCI é uma prática constante e é uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, n.º 135/2018, Série II, 2018). Deste modo, pode implementar intervenções sistematizadas que abrangem a avaliação, intervenção, reavaliação e registo no processo da intervenção. A escala numérica é utilizada para a pessoa que é capaz

de fazer a sua autoavaliação da dor e a escala Behaviour Pain Scale (BPS) é utilizada para a pessoa sedada. A BPS é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo e utiliza essencialmente três itens postos em avaliação observacional a cada doente: expressão facial, movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica (Rahu et al, 2015). Em algumas situações tivemos necessidade de gerir a dor e o desconforto com recurso a medidas não farmacológicas, nomeadamente a musicoterapia, a massagem e posicionamentos de conforto no leito. O controlo da dor deve ser visto como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de qualidade e, igualmente, um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

O delirium foi uma das sintomatologias presentes observadas na UCI, habitualmente relacionada com a gravidade do estado clínico, a sedação, a agressividade das intervenções e o próprio ambiente em si. Neste âmbito avaliei o *delirium* com base na escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) e a escala de sedação e agitação de Richmond (RASS). De acordo com as guidelines e considerando que o *delirium* é um indicador de disfunção orgânica e é subdiagnosticado, impõe-se que a sua avaliação seja diária e de abordagem multidisciplinar, uma vez que, a sua identificação constitui o elemento-chave para o prevenir e tratar (Devlin et al., 2018).

A presença da família em meio hospitalar é uma realidade que advém de uma lógica de humanização, não existem duas famílias iguais e cada uma é composta por pessoas únicas que em conjunto constroem uma identidade familiar com os seus significados e forças (Gottlieb, 2016). O enfermeiro por ser o profissional que está sempre presente e que permanece junto do doente 24 horas por dia torna-se o elemento de referência entre a família/doente e esclarece, informa e desmistifica a dúvida e a incerteza.

O estabelecimento de uma parceria colaborativa entre o profissional, a pessoa e família têm como premissa a partilha do poder. Desta parceria resulta o ganho de conhecimentos, competências e confiança necessários à prestação de cuidados (Gottlieb, 2016). É importante retermos que cada encontro com a família é uma oportunidade para aprender mais sobre o doente e sobre ela própria (Gottlieb, 2016). Na UCI a visita dos familiares ainda estava condicionada a um familiar por doente, mas sem restrição de horário o que permite uma maior envolvimento da família com o ambiente e com o familiar doente. Deste modo

desenvolvi as competências que me permitiram assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, usando a comunicação interpessoal e o processo de relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, n.º 135/2018, Série II, 2018).

Relativamente a esta temática tive a oportunidade de participar na auditoria aos 5 Momentos da Higiene das Mãos. Os profissionais de saúde devem higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica.

Ainda dentro deste objetivo pude conhecer o protocolo da Prevenção da PAI existente no serviço e executá-lo. A pneumonia associada à intubação (PAI) ocorre num período superior ou igual a 48 horas após entubação endotraqueal, ou até 48h após extubação (Norma 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017, DGS). Segundo a DGS, devem ser aplicadas *bundles* na prestação de cuidados, que se traduzem por um conjunto de 3 a 5 intervenções, com vista a obtenção de um melhor resultado que, não seria alcançado caso as intervenções fossem aplicadas individualmente. Algumas dessas intervenções baseiam-se na avaliação da pressão do cuff do tubo endotraqueal uma vez por turno, bem como a manutenção da pressão adequada, a higiene oral com solução de clorexidina e a manutenção da cabeceira entre 30-45º. Posteriormente, no sistema informático é possível validar estas intervenções.

A prestação de cuidados à PSC exige do enfermeiro uma grande integração de competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitem diagnosticar adequadamente as necessidades de cada pessoa e, deste modo, criar um plano individual de cuidados em conformidade, tendo como suporte a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este plano é documentado no programa informático B-Simple, bem como todos os registos clínicos da pessoa. Os sistemas de informação em enfermagem assumem-se como um dos pilares promotores da tomada de decisão em enfermagem, na medida em que dão forma e visibilidade à profissão e aos cuidados, fomentam a produção de indicadores, propiciam a continuidade e qualidade de cuidados e são fator de suporte na gestão, na formação e na investigação (OE, 2007).

Por último, considerando que a participação em eventos científicos permite um maior conhecimento do desenvolvimento da investigação em enfermagem e de práticas inovadoras sobre a saúde/doença tive a oportunidade de elaborar um poster intitulado Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dispneia da PSC que foi apresentado no Webinar da ESEL - Formação, Investigação e Exercício Clínico no dia 10 de novembro de 2021, poster este que foi premiado pelos participantes do Webinar com o 1º lugar (anexo).

Durante o estágio na UCI assisti ao VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022, que contou com a presença de vários profissionais, onde foram debatidas várias temáticas sobre os cuidados de enfermagem na UCI.

Ainda no decorrer do estágio elaborei dois jornais de aprendizagem onde foi analisada uma situação de cuidados vivenciada no contexto clínico e realizei um estudo de caso.

No SU, no jornal de aprendizagem abordei a temática dos protocolos existentes no serviço, no sentido de existir uma uniformização dos cuidados prestados à pessoa doente e também um auxílio para a prática clínica dos enfermeiros mais jovens.

Na UCI, o jornal de aprendizagem teve como tema os registos de enfermagem e utilização da tecnologia na saúde, a incorporação de tecnologias de ponta em cenários de cuidados resultou num redimensionamento do cuidar o outro, com repercussões diretas no trabalho dos enfermeiros. O estudo de caso foi elaborado sobre um doente internado com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade e contribuiu para a consolidação de um pensamento estruturado, bem como, para um planeamento de cuidados exequível.

Terminado o estágio em cada contexto, tive oportunidade de realizar um relatório parcelar. Este foi um importante momento de reflexão sobre os cuidados prestados à PSC nos diversos contextos de estágio e promotor do desenvolvimento de competências por meio da análise reflexiva.

É hoje uma evidência consensual que a classificação do risco clínico de um doente só é possível com o trabalho de um profissional de saúde com experiência, capaz de avaliar cada caso, conduzindo-o da melhor forma, para ser

possível determinar a sua gravidade e o seu potencial de agravamento, e isto só é possível, com profissionais de enfermagem de excelência, que invistam na sua formação e no querer saber mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispneia é um dos sintomas mais angustiantes experimentados pela PSC. É uma das principais queixas nos doentes que recorrem ao SU, tendo uma alta prevalência na UCI.

Os enfermeiros desempenham uma intervenção preponderante na gestão da dispneia na PSC, de modo a prevenir e detetar precocemente complicações decorrentes da persistência ou agravamento deste sintoma. Cabe ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assegurar ou supervisionar uma intervenção individualizada, precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A primeira linha do tratamento da dispneia é otimizar o tratamento da condição etiológica subjacente, como inotrópicos e diuréticos para exacerbações de insuficiência cardíaca, broncodilatadores para DPOC, toracocentese ou antibióticos, por exemplo. A ventilação mecânica, seja invasiva ou não invasiva, é o meio mais confiável de reduzir a dispneia associada à insuficiência respiratória, contudo a ventilação mecânica é a última linha de tratamento e alguns doentes recusam esta técnica. Como medidas não farmacológicas são utilizadas o posicionamento adequado, a otimização do ambiente físico (temperatura, ventilação, ruído, luminosidade), a gestão do esforço, o uso de roupas confortáveis e o apoio psicossocial. Deste modo, o tratamento da dispneia, deve contar também com intervenções direcionadas para o alívio da sensação de dispneia e da resposta emocional associada.

Neste contexto, o trabalho apresentado revela o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no âmbito do 11º CMEPSC tendo como alicerces os objetivos e finalidades definidas pela ESEL para este Curso de Mestrado (ESEL, 2010), bem como as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/20182, e também as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros/Diário da República, nº 135/2018, Série II, 2018). O presente documento pretendeu demonstrar as competências desenvolvidas e aprofundadas ao longo do período teórico e em contexto prático de estágio,

assentes na prática baseada na evidência, na tomada de decisão refletida e no pensamento crítico-reflexivo.

A formação contínua permite melhorar competências, promover a autonomia progressiva no trabalho, visando o enriquecimento dos indivíduos como pessoas e como profissionais. Assim, o enfermeiro que decide investir na sua formação avançada, não só adquire ferramentas para o seu crescimento profissional e pessoal, como também contribui para os melhores cuidados de saúde possíveis a oferecer na sua área/contexto de atuação.

Este percurso formativo foi marcado por uma constante pesquisa da literatura, em que saliento a realização da RIL como método de implementar as etapas de um trabalho científico, permitindo dar suporte, com base na evidência científica, a uma intervenção especializada na minha vida profissional. No seio das teorias de enfermagem, adotou-se o quadro conceptual de Laurie Gottlieb com uma abordagem holística do cuidar, fundamentada em oito valores fundamentais. Durante todo o caminho percorrido e na minha prática de cuidados o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais pautaram o meu percurso.

Nesta fase final de formação do 2º ciclo de estudos, considero que os meus objetivos inicialmente definidos foram alcançados, tendo sido capaz de desenvolver as competências pretendidas para o CMEPSC (DGS, 2008; ESEL, 2010) e as Competências de Enfermeira Especialista em PSC (OE, 2010), resultando assim num crescimento pessoal e profissional, numa maior maturidade e reconhecimento de uma prática reflexiva como aspetos fulcrais para uma intervenção especializada de enfermagem.

Como dificuldades sentidas neste percurso de desenvolvimento de competências, considero que o número excessivo de horas de estágio que culminaram num cansaço extremo levaram a uma gestão do tempo deficiente com um impacto significativo na elaboração deste relatório.

Como objetivo a curto prazo, pretendo divulgar o conhecimento obtido com a realização da RIL, terminando o artigo - Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia na pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, e publicá-lo numa revista da especialidade.

Desejo que as competências adquiridas neste percurso, e descritas neste documento, funcionem como um contributo para a intervenção especializada do

enfermeiro na área da gestão da dispneia, através de uma vigilância e intervenção atempada das situações. Neste sentido, acredito que a formação aliada ao recurso à melhor evidência científica disponível, permitirá um julgamento clínico e uma tomada de decisão fundamentada. Bem como, a utilização de escalas específicas para a medição da dispneia permitem conduzir a melhores intervenções de gestão dos sintomas, cuidados e afetação de recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ääri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.006>
- António, R. :, & Santos, C. (2016). 13º *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias em Portugal, Retrato da saúde 2018, O estado da Saúde em Portugal*.
- AZEVEDO, Pilar- Dispneia. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - Manual de Cuidados Paliativos. 2.ª Ed. Lisboa:Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Março 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5, p. 191-202.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach. Springer Publishing Company (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Campbell, M. L. (2017). Dyspnea. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 461–470. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.006>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015*; CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)
- Cretikos, M. A., Bellomo, R., Hillman, K., Chen, J., Finfer, S., Flabouris, A., & Debate, 75 F. (2008). Respiratory rate: the neglected vital sign. *MJA*, 188(11), 657–659
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Watson PL, Weinhouse GL, Nunnally ME, Rochweg B, Balas MC, van den Boogaard M, Bosma KJ, Brummel NE, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser GL, Harris JE, Joffe AM, Kho ME, Kress JP, Lanphere JA,

McKinley S, Neufeld KJ, Pisani MA, Payen JF, Pun BT, Puntillo KA, Riker RR, Robinson BRH, Shehabi Y, Szumita PM, Winkelman C, Centofanti JE, Price C, Nikayin S, Misak CJ, Flood PD, Kiedrowski K, Alhazzani W. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9): e825-e873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299. PMID: 30113379.

Direção Geral da Saúde (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Disponível em https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>

Fasolino T, Verdin T. Nursing Surveillance and Physiological Signs of Deterioration. *Medsurg Nurs*. 2015 Nov-Dec;24(6):397-402. PMID: 26863702.

Figueira, H., Henriques, H. (2020). Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia na Pessoa em Situação crítica: resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura.

Fukushi, I., Pokorski, M., & Okada, Y. (2021). Mechanisms underlying the sensation of dyspnea. *Respiratory Investigation*, 59(1), 66–80. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2020.10.007>

Gentzler, E. R., Derry, H., Ouyang, D. J., Lief, L., Berlin, D. A., Xu, C. J., Maclejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2019). Underdetection and undertreatment of dyspnea in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(11), 1377–1384. <https://doi.org/10.1164/rccm.201805-0996OC>;

Gonçalves, L. M. da C. (2012). A Pessoa em Situação Crítica e o Cuidado de Enfermagem Transcultural. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

- Gottlieb, L. (2014). Strengths-Based Nursing. A holistic approach to care, grounded in eight core values. *AJN*, 14 (8), p. 24-32.
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319–340.
<https://doi.org/10.1177/1074840717717731>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Hess, D. R. (2013). Noninvasive Ventilation for Acute Respiratory Failure. *Respiratory Care*, 58(8), 950–969. <http://doi.org/10.1001/jama.288.8.932>
- Hoeman Shirley P. Enfermagem de reabilitação, prevenção intervenção e resultados esperados, 4ª edição, Loures: Lusodidata, 2011. ISBN:978-989-8075-31-4
- INEM. (2021). Identificação do doente 2021, Comissão de Segurança do doente.
- Kathy M. Baker, Natalia Sullivan Vragovic, Robert B. Banzett; Intensive Care Nurses' Perceptions of Routine Dyspnea Assessment. *Am J Crit Care* 1 March 2020; 29 (2): 132–139. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020711>
- Kocatepe, V., Yildirim, D., Can, G., & Bahceci, E. (2020). The effect of lotus position on dyspnoea management in intensive care unit. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(5), 820–824.
<https://doi.org/10.5455/JPMA.302643210>
- Laribi, S., Keijzers, G., Van Meer, O., Klim, S., Motiejunaite, J., Kuan, W. Sen, Body, R., Jones, P., Karamercan, M., Craig, S., Harjola, V. P., Holdgate, A., Golea, A., Graham, C., Verschuren, F., Capsec, J., Christ, M., Grammatico-Guillon, L., Barletta, C., ... Kelly, A. M. (2019). Epidemiology of patients presenting with dyspnea to emergency departments in Europe and the Asia-Pacific region. *European Journal of Emergency Medicine*, 26(5), 345–349.
<https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000571>
- Mahler, D. A., & O'Donnell, D. E. (2015). Recent advances in dyspnea. *Chest*, 147(1), 232–241. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0800>

- Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, Philadelphia.
- Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care-A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>
- Mok, W. Q., Wang, W., & Liaw, S. Y. (2015). Vital signs monitoring to detect patient deterioration: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 21(S2), 91–98. doi:10.1111/ijn.12329.
- Munro, C. L. (2010). The “Lady with the lamp” illuminates critical care today. *American Journal of Critical Care*, 19(4), 315–317. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010228>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., & O’Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435–452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI*

- Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Pfrimmer, D. M., Johnson, M. R., Guthmiller, M. L., Lehman, J. L., Ernste, V. K., & Rhudy, L. M. (2017). Surveillance: A Nursing Intervention for Improving Patient Safety in Critical Care Environment. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(1), 45–52. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000217>
- Piccoli, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Juliane, R. T. de O., Dos Santos, E. K. A. & Amante, L. N. (2015). Refletindo Sobre Algumas Teorias De Enfermagem a Partir Do Modelo De Avaliação De Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 437–442.
- planeamento in Dicionário *infopédia* da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. [consult. 2021-07-29 17:52:12]. Disponível na Internet: [https://www.infopedia.pt/\\$planeamento](https://www.infopedia.pt/$planeamento)
- Rahu, Mamoona Arif; Grap, Mary Jo; Ferguson, Pam; Joseph, Patty; Sherman, Sarah; Elswick, R. K. (2015). Validity and Sensitivity of 6 Pain Scales in Critically ill, Intubated Adults. *American Journal of Critical Care*, November 2015, Volume 24, No. 6. Acedido a 22 de dezembro de 2022 em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/6/514.long>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série, 6 de Fevereiro).
- Regulamento n.º 429/2018 do Ministério da Saúde (2018) - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. Acedido a 20/11/202. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Schmidt, M., Banzett, R. B., Raux, M., Morélot-Panzini, C., Dangers, L., Similowski, T., & Demoule, A. (2014). Unrecognized suffering in the ICU: Addressing dyspnea in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Medicine*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3117-3>
- Stefanini E. et al. (2009). Avaliação e diferencial da Dispneia aguda. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, Volume 9, 125–133.

Ventura, V., Viana, C., Maia, L., Basílio, M. J., Oliveira, A., Sobrinho, J., & Melo, R. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19–23.

Vieira, A.C., Bertoncello, K.C.G., Girondi, J.B.R., Nascimento, L.R.P., Hammerschmidt, K.S.A. & Zefeino, M.T. (2016). Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *Texto Contexto Enferm*; 25(1):e1830014.

ANEXOS

**Anexo I – Poster Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dispneia
da PSC**

Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia na Pessoa em Situação crítica: resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura

Helena Figueira; Helga Rafael Henriques

INTRODUÇÃO e ENQUADRAMENTO :

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade e só podem ser conhecidas através da observação do cliente e do questionamento acerca da sua percepção. A dispneia é percebida como sendo semelhante à asfixia, sendo um dos piores sintomas experimentados por doentes críticos, incluindo os que acabam por ser ventilados mecanicamente (Campbell, 2017). A dispneia é um preditor independente de morbilidade e mortalidade em populações específicas de doentes e não se limita apenas a doenças de origem pulmonar (Kathy et al., 2020).

O tratamento da condição subjacente é o primeiro passo para aliviar a dispneia. Várias intervenções baseadas em evidência podem aliviar a sensação de dispneia.

OBJETIVO :

Identificar as intervenções de enfermagem na gestão da dispneia na PSC que recorre ao SU ou que está internada na UCI.

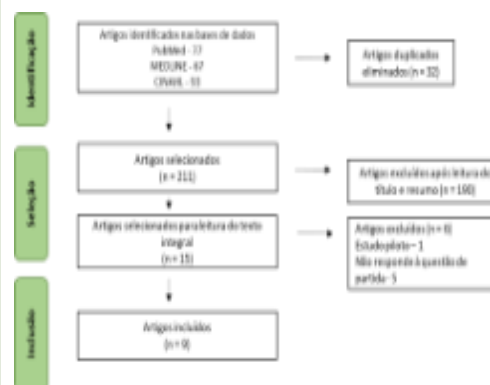
MÉTODOS :

Revisão sistemática da literatura .

Questão PICO: Quais as intervenções de enfermagem na gestão da dispneia (Intervenção) na pessoa em situação crítica (População) no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos (Contexto)?

Bases de dados: PubMed, MEDLINE, CINAHL.

Crítérios de inclusão: estudos que relatassem intervenções de enfermagem na gestão da dispneia em pessoas com mais de 18 anos, internadas em unidade de cuidados intensivos ou que recorram ao serviço de urgência.



RESULTADOS :

Utilizar uma escala de medição da dispneia tem o potencial de conduzir a melhores intervenções de gestão dos sintomas, cuidados e afetação de recursos. Durante a implementação de intervenções, o posicionamento terapêutico surge como a resposta mais utilizada na gestão da dispneia, a maioria dos doentes adotam posições de ortopneia, laterais ou supinas sem se aperceberem disso. Também intervenções nos fatores que desencadeiam ou agravam a dispneia, como a ansiedade e a dor, parecem ter efeitos respiratórios positivos.

CONCLUSÕES :

As conclusões desta revisão preliminar apontam para que várias das intervenções utilizadas para assistir os doentes na UCI com dificuldade respiratória mostraram efeitos benéficos na gestão da dispneia e dos fatores que a originam, como a ansiedade e a dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campbell, M. L. (2017). Dyspnea. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 461–470. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.006>; Gentzler, E. R., Derry, H., Ouyang, D. J., Lief, L., Berlin, D. A., Xu, C. J., Maclejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2019). Underdetection and undertreatment of dyspnea in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(11), 1377–1384. <https://doi.org/10.1164/rccm.201805-0996OC>; Kathy M. Baker, MSN, RN, Natalia Sullivan Vragovic, MSN, RN, and R., & B. Banzett, P. (2020). Intensive Care Nurses' Perception of routine dyspnea assessment. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 132–139; Kocatepe, V., Yildirim, D., Can, G., & Bahceci, E. (2020). The effect of lotus position on dyspnoea management in intensive care unit. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(5), 820–824. <https://doi.org/10.5455/JPMA.302643210>

**Anexo II – Prémio do Webinar da ESEL - Formação, Investigação e
Exercício Clínico no dia 10 de novembro de 2021**

Certificado

Certifica-se que foi atribuído a Helena Figueira e Helga Rafael Henriques o prémio de Poster intitulado “Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia da pessoa em situação crítica: resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura” no Webinar do Departamento de Enfermagem MédicoCirúrgica/Adulto e Idoso “FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO CLÍNICO”, realizado online no 10 novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo III - Certificado de participação no VIII Congresso Internacional de
Cuidados Intensivos**

VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

XXIV Congresso APNEP

VII Simpósio Internacional de Enfermagem

ASCI

CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Helena Figueira

Certifica-se para os devidos efeitos que **Helena Figueira**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração:20horas).

19 e 20 Fev 2022

e2c420d928d4b8ce0ff2ec19b371514_GHINDITE



ORGANIZAÇÃO:



Aníbal Marinho

José António Pinho



APÊNDICES

Apêndice 1 - Objetivos específicos e atividades realizadas no SU

Tabela 1 - Objetivos específicos e atividades realizadas no SU

Objetivos específicos	Atividades
<p>Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do SU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da estrutura física e organizacional do serviço e sua articulação com os outros - Reunir com o enfermeiro Tutor sempre que for necessário; - Consultar normas e procedimentos do serviço.
<p>Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC para melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e identificar precocemente sinais de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; - Identificar e avaliar a situação clínica de cada utente e estabelecer prioridades de atuação segundo o algoritmo de abordagem à PSC (ABCDE); - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; - Planear e executar intervenções de enfermagem de acordo com os problemas identificados; - Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem.
<p>Desenvolver competências na avaliação, controlo e gestão da dispneia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica com dispneia; - Identificar precocemente sinais de dispneia; - Planear intervenções especializadas no controlo da dispneia.

<p>Desenvolver competências na área da na área da promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceder à identificação positiva da pessoa, verificando os dados constantes na pulseira identificativa; - Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica; - Gerir a comunicação interpessoal com a família/cuidador da pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
<p>Realizar intervenções terapêuticas de Enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção no cuidado à PSC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar as precauções básicas na prevenção das IACS; - Implementar medidas de proteção adequadas preconizadas pelo PPCIRA tendo em conta a particularidade de cada situação.

**Apêndice 2 - Objetivos específicos e atividades realizadas na
UCI**

Tabela 2 - Objetivos específicos e atividades realizadas na UCI

Objetivos específicos	Atividades
<p>Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da estrutura física e organizacional do serviço e sua articulação com os outros - Reunir com o enfermeiro Tutor sempre que for necessário; - Consultar normas e procedimentos do serviço.
<p>Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC para melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e identificar precocemente sinais de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; - Planear e executar intervenções de enfermagem de acordo com os problemas identificados; - Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem.
<p>Desenvolver competências na avaliação, controlo e gestão da dispneia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica com dispneia; - Identificar precocemente sinais de dispneia; - Planear intervenções especializadas no controlo da dispneia.

<p>Desenvolver competências na área da na área da promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica; - Gerir a comunicação interpessoal com a família/cuidador da pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
<p>Realizar intervenções terapêuticas de Enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção no cuidado à PSC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar as precauções básicas na prevenção das IACS; - Implementar medidas de proteção adequadas preconizadas pelo PPCIRA tendo em conta a particularidade de cada situação.