



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

**A Sede na Pessoa em Situação Crítica no Período  
Perioperatório**

**Patrícia Andreia Amorim Lagarto**



**Lisboa  
2023**





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

**A Sede na Pessoa em Situação Crítica no Período  
Perioperatório**

**Patrícia Andreia Amorim Lagarto**



Orientadora: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do  
Nascimento



**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo,  
participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade”*

Marie Curie



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Nascimento,  
pela orientação com rigor e exigência.  
Pela compreensão e apoio.

À minha família que sempre me impulsionou e apoiou  
permitindo-me seguir em busca de novos desafios académicos.

Ao Afonso, que se formou, nasceu e cresceu ao longo deste percurso,  
por todas as vezes que a mãe não esteve,  
pelo amor incondicional.

Ao Rafael por ser o meu companheiro na viagem da vida.  
Pela paciência, apoio e amor.

Aos amigos pelos momentos de apoio e de colo,  
por acreditarem em mim.

Aos enfermeiros orientadores de estágio,  
pela disponibilidade e pela partilha.



## **LISTA DE SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos



## RESUMO

A sede é uma manifestação com elevada prevalência no período perioperatório, apresentando repercussões no conforto do doente e na vivência hospitalar. A sua gestão é uma intervenção de enfermagem que permite um cuidado fundamental que visa o conforto, sendo que para tal os enfermeiros deverão estar despertos para a sua existência, avaliando-a e intervindo na sua gestão com importantes ganhos para o doente bem como para a qualidade dos cuidados.

Este relatório espelha o percurso de desenvolvimento de competências desenvolvido em estágio através da materialização do projeto previamente elaborado. A reflexão acerca das atividades desenvolvidas permite adquirir e consolidar competências, estabelecendo uma estreita relação entre a teoria e a prática. Durante este percurso, as atividades desenvolvidas foram norteadas pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Cuidado Fundamental de Alison Kitson. O desenvolvimento de competências foi norteado pelo Modelo De Aquisição De Competências de Dreyfus aplicado à enfermagem segundo Patricia Benner.

Ao longo do percurso houve uma procura ativa por momentos de aprendizagem através da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença, mas também foram desenvolvidas atividades de divulgação da evidência científica extraída da elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura.

O percurso aqui redigido e analisado permitiu o desenvolvimento de competências preconizadas para o grau de mestre e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista.

**Palavras Chave:** Pessoa em situação crítica; Sede; Cuidados de enfermagem; Perioperatório.



## **ABSTRACT**

Thirst is a manifestation with high prevalence in the perioperative period, presenting repercussions on the comfort of the patient and on the hospital experience. Its management is a nursing intervention that allows a fundamental care that aims at comfort, and for this the nurses must be aware to its existence, evaluating it and intervening in its management with important gains for the patient as well as for the quality of care.

This report reflects the path of acquired skills in the internship through the materialization of the previously elaborated project. The reflection on the activities developed allows the acquisition and consolidation of competences, establishing a close relationship between theory and practice. During this course, the activities developed were guided by the Comfort Theory of Katharine Kolcaba and the Theory of Fundamental Care of Alison Kitson. Competency development was guided by the Dreyfus Competency Acquisition Model applied to nursing according to Patricia Benner (2001).

Along the way, there was an active search for learning moments through the provision of nursing care to the person in a critical situation to experience complex disease processes, but activities were also developed to disseminate the scientific evidence extracted from the elaboration of an Integrative Review of the Literature.

The course written and analyzed here allowed the development of competencies recommended for the master's degree and general and specific competencies of the specialist nurse.

**Keywords:** Critical ill patient; Thirst; Nursing care; Perioperative Period.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	23
1.1 A sede e o período perioperatório .....	23
1.2 Referencial teórico de enfermagem .....	28
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	33
2.1 Serviço de Urgência Polivalente .....	33
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos .....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69

## ANEXOS

**ANEXO I** – Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**ANEXO II** – Certificado de participação no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem - NursID

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Sessão de formação: A sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório

**APÊNDICE II** – Poster: Gestão da Sede No Período Perioperatório: Intervenção Especializada de Enfermagem

**APÊNDICE III** – Certificado de 1º prémio na categoria de Comunicação Livre em formato de E-Poster no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**APÊNDICE IV** – Desafio Emergente - Livro do 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: Gestão da sede no período perioperatório: intervenção especializada de enfermagem

**APÊNDICE V** – Questionário: A sede – Uma intervenção especializada de enfermagem

**APÊNDICE VI** – Certificado de apresentação de um Pitch no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Caracterização da amostra em género	57
<b>Gráfico 2</b> - Organização da amostra por idade	57
<b>Gráfico 3</b> - Caracterização da amostra por grau académico	57
<b>Gráfico 4</b> -Caracterização da amostra por área de especialidade	57
<b>Gráfico 5</b> - Relevância atribuída à avaliação da sede	58
<b>Gráfico 6</b> - Perceção acerca da influência da sede no conforto do doente	59
<b>Gráfico 7</b> - Perceção acerca da manifestação espontânea de sede por parte do doente	60
<b>Gráfico 8</b> - Avaliação da sede enquanto intervenção de enfermagem	60
<b>Gráfico 9</b> - Perceção acerca da influência da sede na hemodinâmica do doente	61
<b>Gráfico 10</b> - Intervenção do enfermeiro perante a manifestação de sede	61
<b>Gráfico 11</b> - Intervenções de enfermagem realizadas na gestão da sede	62
<b>Gráfico 12</b> - Relevância atribuída às intervenções de enfermagem realizadas na gestão da sede	62



## **INDICE DE QUADROS**

**Quadro 1** - Objetivos e atividades desenvolvidos no SUP 34

**Quadro 2** - Objetivos e atividades desenvolvidos na UCI 49



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica é parte integrante a elaboração do presente relatório de estágio. Este percurso teve como objetivo a obtenção das competências de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e conseqüente enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Onde sumo espelhar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio assentes num referencial teórico que serve como evidência científica condutora do pensamento e da aprendizagem, atendendo que segundo Benner (2001) a experiência é necessária ao desenvolvimento da perícia.

O meu contexto de prática é uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) onde se insere a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Deste contexto surge o cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e uma necessidade eminente de evoluir o meu conhecimento e competências, unindo-os à melhor evidência. Também deste contexto é extraído o tema que norteia o percurso de desenvolvimento de competências - a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório. No meu dia-a-dia a cuidar em contexto de pós-operatório pude verificar a elevada incidência da sede. Este incómodo é amplamente referido pelo doente, representando um fator de desconforto e ansiedade. Muitos destes doentes associam a sede ao tempo que permaneceram em jejum no período pré-operatório. O jejum é uma prática enraizada em todo o período perioperatório, sendo que a sua duração é muitas vezes prolongada. Existe por parte da equipa de enfermagem receio das complicações que poderão advir da ingestão hídrica precoce. Desta minha observação surge a necessidade de estudo sobre o tema da sede no perioperatório, para que possa conhecer a evidência científica acerca do mesmo transferindo-a para a minha prática, e também divulgando-a.

A ingestão hídrica é uma necessidade fisiológica que visa o equilíbrio hidroelectrolítico com repercussões importantes no conforto da pessoa (Pierotti et al., 2018). O período perioperatório é um momento de particular vulnerabilidade que pode ser imerso em ansiedade e medo, e que compreende um período de jejum muitas vezes prolongado (Maldonado et al., 2020). Estes fatores, aliados à administração de fármacos opióides, intubação orotraqueal e administração de oxigénio, irão aumentar a sensação

de sede (Maldonado et al., 2020). A incidência da sede no pós-operatório demonstrou-se elevada, sendo caracterizada pela pessoa como intensa e desconfortável (Nascimento et al, 2019). Experienciar sede tem eco no conforto da pessoa e na vivência hospitalar.

A sede assume também um importante papel na regulação neuro-hormonal e manutenção do equilíbrio hídrico (Arai et al., 2014), com repercussões na hemodinâmica do doente, facto que demonstra a importância da sua gestão na PSC. Parece existir ainda uma desvalorização da importância da gestão da sede no seio das equipas e instituições (Motta et al., 2020). Desta forma a valorização deste sintoma e olhar intencional para o mesmo, pelos profissionais, é indispensável, devendo ser foco dos cuidados de enfermagem (Maldonado et al., 2020). Para tal o enfermeiro deve proceder à sua identificação, avaliação e intervir na gestão da sede (Maldonado et al., 2020). Considerando esta problemática, as intervenções de enfermagem são de elevada importância para diminuir esta sensação de desconforto vivenciada pela pessoa no período perioperatório, satisfazendo esta necessidade fundamental que confere conforto– beber (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

Perante esta problemática foi elaborado um projeto que permitiu planear o percurso de desenvolvimento de competências a concretizar em contexto de estágio, definindo objetivos, estratégias e atividades. Este teve como temática a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório, ou seja, as intervenções de enfermagem que visam a gestão da sede. Este percurso de desenvolvimento de competências decorreu em dois contextos distintos, um Serviço de Urgência (SU) e uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Durante este percurso as atividades desenvolvidas foram norteadas pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003) e a Teoria do Cuidado Fundamental de Alison Kitson (2018).

Servindo também de referência condutora deste percurso foi parte integrante o Modelo De Aquisição De Competências de Dreyfus aplicado à enfermagem segundo Patrícia Benner (2001). A perícia na tomada de decisões humanas complexas possibilita interpretar as situações clínicas, bem como os cuidados de enfermagem (Benner, 2001). Segundo este modelo, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e esta mudança leva a uma melhoria das intervenções (Benner, 2001).

Com vista a obtenção de competências de mestre e enfermeira especialista em Enfermagem à PSC delineei como objetivo geral de estágio:

- Desenvolver competências especializadas que permitam prestar um cuidado fundamental à pessoa em situação crítica no período perioperatório a vivenciar sede.

Sendo os objetivos específicos:

- Intervir em situação de urgência e emergência atendendo à pessoa de forma holística.
- Desenvolver competências na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica a vivenciar sede.
- Contribuir para a formação contínua em enfermagem sobre a gestão da sede.

Este relatório é constituído pela presente introdução e seguidamente está organizado em dois capítulos. O primeiro corresponde ao referencial teórico onde farei menção à temática da sede e referencial teórico de enfermagem, no segundo capítulo realizo a descrição das atividades desenvolvidas no estágio, por local, correlacionando as mesmas com o referencial teórico, permitindo uma construção e solidificação dos conhecimentos e competências. Termina com uma reflexão final.

O documento foi redigido segundo a norma de elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e segundo a norma da American Psychological Association 7ª ed.



## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo pretende contextualizar a temática da sede bem como o referencial teórico de enfermagem que norteou o percurso de desenvolvimento de competências.

### 1.1 A sede e o período perioperatório

A pessoa em situação crítica é muitas vezes submetida a intervenção cirúrgica, acrescentando à sua vivência hospitalar o período perioperatório. Pessoa em situação crítica define-se como “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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362). Segundo Maldonado et al. (2020) “o procedimento cirúrgico é uma forma terapêutica utilizada pela medicina no tratamento de uma variedade de distúrbios fisiopatológicos” (p. 2).

A pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A pessoa aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (Ordem dos enfermeiros, 2017, p.26).

A sede pode ser definida como percepção-sensação de desejo de beber água ou outro fluido, mucosa da boca e orofaringe secas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Também pode ser definida como ânsia ou desejo de beber água, não obrigatoriamente produzida pela necessidade fisiológica, mas por gosto ou sensação de secura na boca ou garganta (Garcia et al., 2016). A sede é uma necessidade humana vital derivada do sistema neuro-hormonal que regula o equilíbrio hidroeletrólítico (Nascimento et al., 2019). Desempenha um papel fundamental na regulação da homeostase dos fluidos corporais, levando a pessoa a procurar a ingestão de água e sódio com vista à manutenção do equilíbrio hídrico (Arai et al., 2014). O aumento da osmolaridade leva à saída de água das células para o sangue, com consequente desidratação intracelular, este mecanismo ativa osmóceptores cerebrais específicos no hipotálamo estimulando a libertação de hormona antidiurética (Arai et al., 2014). A sede

é iniciada quando a reabsorção de água desencadeada pela hormona antidiurética não é suficiente para regular a osmolaridade, levando o cérebro a estimular a percepção consciente da sede com o objetivo de restabelecer a homeostase dos fluidos (Arai et al., 2014). Desta forma, a sede é diretamente influenciada por oscilações na osmolaridade sanguínea, tendo repercussões na regulação hormonal e consequente equilíbrio hídrico (Arai et al., 2014).

Diversos estudos têm vindo a ser desenvolvidos procurando perceber a taxa de incidência da sede no pós-operatório. Pierrotti et al. (2018) concluíram que dos 203 intervenientes no seu estudo, 182 apresentaram sede, representando uma prevalência de 89,6%, sendo que apenas 22 destes a verbalizaram espontaneamente (12%). Nascimento et al. (2019) realizaram um estudo que procurou identificar a prevalência da sede no pós-operatório, tendo concluído que 78% vivenciou esta sensação, demonstrando assim a sua relevância. Oliveira et al. (2020) verificaram que 92,9% das pessoas intervenientes no seu estudo, apresentaram sede no pós-operatório imediato, sendo que 96,9% destes não referiram a queixa de forma espontânea.

A pessoa no período perioperatório está exposta a uma convergência de fatores que resultam em sede, sendo eles o jejum pré-operatório, ansiedade, medicamentos associados ao ato anestésico e cirúrgico, entubação orotraqueal, perdas hemáticas e oxigenoterapia prolongada (Garcia et al., 2016). A vivência do período perioperatório interfere com o bem-estar da pessoa, podendo estar presentes sintomas como náuseas, dor e sede, tendo um impacto considerável tanto na percepção da experiência cirúrgica como na recuperação. A sede é um desconforto de elevada prevalência durante o período de recuperação anestésica (Motta et al., 2020). Na fase perioperatória, a sede pode apresentar-se como um sintoma dominante, podendo ultrapassar a dor, e resultar em desidratação, ansiedade e angústia (Oliveira et al., 2020). Está associada a sensações que geram desconforto intenso como boca e garganta secas, saliva viscosa e fadiga corporal (Pierrotti et al., 2018). Assim sendo, existem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa que vão conduzir à vivência da sensação de sede, no período perioperatório, condicionando o seu conforto.

O perioperatório compreende um período de jejum, sendo que existe um intervalo preconizado que muitas vezes não é respeitado. A média do tempo de jejum pré-

operatório observado no estudo por Pierotti et al. (2018) foi de 15 horas, sendo que, o recomendado, nesse hospital seriam, para sólidos seis horas e para líquidos duas horas. Os mesmos autores concluem que existe uma correlação entre o tempo de jejum pré-operatório e a presença de sede no pós-operatório. Também Oliveira et al. (2020) concluem que o tempo de jejum prolongado no pré-operatório favoreceu o aumento da sensação de sede, sendo que todas as pessoas apresentaram tempo mínimo de jejum de oito horas, mas algumas chegaram a permanecer até 22 horas em jejum. Apesar das recomendações da Sociedade Europeia de Anestesiologia (2011) serem de seis horas para alimentos sólidos e duas horas para líquidos claros, como a água, os estudos citados evidenciam que a pessoa continua a ser exposta a um elevado número de horas de jejum, levando a desconforto e riscos acrescidos, vivenciando sede no pré e pós-operatório.

Podemos assim concluir que existe evidência e inclusive recomendações sobre o período de jejum pré-operatório, mas que, no entanto, a sua aplicabilidade nos hospitais não está enraizada, sendo que este jejum prolongado vai aumentar a incidência de sede no pós-operatório. Torna-se de elevada relevância sensibilizar os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, para esta prática e implementar protocolos que permitam diminuir o tempo prolongado de jejum, com inerentes ganhos para a pessoa alvo de cuidados a vivenciar o período perioperatório.

A sede no perioperatório é tida como normal e resultado de cuidados que visam prevenir complicações, estando este pensamento enraizado na cultura dos sistemas de saúde, compartilhada pelos profissionais e pelas pessoas alvo de cuidados (Nascimento et al., 2019). Esta visão leva a que, não só a pessoa não refira este desconforto, como os profissionais de saúde não questionem e/ou valorizem o mesmo. A sede continua a ser subvalorizada e subtraída durante o período de recuperação pós-anestésica (Motta et al., 2020). Os enfermeiros não conhecem os sintomas associados à sede bem como as suas repercussões, não conseguem identificá-la na observação da pessoa e a sua avaliação não está incutida como componente da dinâmica de cuidados (Oliveira et al., 2020). Preserva-se, ainda, a ideia de que a pessoa, pelo fato de estar em jejum, não pode ingerir líquidos, sendo que a equipa de enfermagem, tendencialmente, tende a ignorar a solicitação de água ou informa o doente que não pode ingerir água por se encontrar em jejum (Aroni et al., 2012; Oliveira et al., 2020). A ausência de protocolos para avaliação da

sede é um fator que leva a equipa de enfermagem a não intervir na gestão deste desconforto e, quando é realizada alguma estratégia, esta acaba por não ser registada (Oliveira et al., 2020). Garcia et al. (2016) referem que o desconhecimento da equipa de enfermagem sobre estratégias efetivas e seguras na gestão da sede, leva a que se perpetue a ausência de cuidados que visem a gestão da sede da pessoa no período perioperatório, prolongando este desconforto e influenciando negativamente a experiência hospitalar. A sede é um sintoma que reflete uma das necessidades primárias do indivíduo; não estamos a dar resposta às suas necessidades ao possibilitar que a pessoa permaneça com o intenso desconforto causado pela sede no perioperatório, não implementando um cuidado intencional que vise avaliar e gerir esse sintoma (Pierotti et al., 2018).

A literatura evidencia o desconforto associado à sede e a perpetuação de práticas que levam ao seu aumento, bem como a clara desvalorização que continua a ser atribuída a esta sensação, o que demonstra a importância de sensibilizar os enfermeiros, bem como fornecer-lhes formação que permita avaliar e gerir a sede, com ganhos para o doente. Desta forma é imperativo sensibilizar os enfermeiros para esta temática, bem como dar a conhecer as intervenções que devemos implementar e que irão dar resposta a esta necessidade do doente. A valorização da sede pelos profissionais de saúde e o olhar intencional para esse sintoma como alvo da prestação de cuidados, além de transformarem positivamente a experiência do doente no período perioperatório, atendem a uma necessidade humana vital e acrescentam humanização e qualidade aos cuidados prestados (Nascimento et al., 2019). Assim sendo, o primeiro passo para a gestão da sede é consciencializar os profissionais de saúde para a importância deste sintoma, permitindo um cuidado individualizado e humanizado, através da formação (Aroni et al., 2011; Nascimento et al., 2020; Silva et al., 2016).

Atendendo a problemática da sede elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de perceber quais as intervenções de enfermagem na gestão da sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório, a mesma encontra-se em fase de submissão para publicação científica.

É possível aplicar com segurança um método de alívio da sede após 30 minutos de pós-operatório, na maioria dos doentes, independentemente do método anestésico,

sendo que para isso deve ser realizada uma avaliação do doente usando o protocolo de segurança da gestão da sede (Motta et al., 2020). Os mesmos autores, concluíram que aquando da admissão na UCPA, 57,3% dos doentes estavam aptos a receber uma intervenção de controlo da sede, e 75,4% ficaram aptos 30 minutos após a admissão. Desta forma, a primeira intervenção passa por garantir a segurança do doente, minimizando os riscos e complicações, pelo que o protocolo de gestão da sede, já implementado em alguns hospitais do Brasil, é um instrumento que visa assegurar a segurança da gestão da sede através da avaliação do estado de consciência do doente, presença de reflexos protetores da via aérea e ausência de náuseas e/ou vômitos (Nascimento et al., 2020).

A avaliação da sede permite uma caracterização da mesma pela perspetiva do doente (Silva et al., 2016). Os cuidados devem visar a identificação e avaliação da sede, podendo utilizar-se a escala de desconforto associada à sede, formulada pelo grupo de investigação da sede (Nascimento et al., 2020). Esta escala permite classificar sete atributos da sede num score de 0 a 2, podendo o total de score da escala estar no intervalo de 0 a 14, sendo que a sede é tão intensa e desconfortável quanto mais elevado for o score final (Nascimento et al., 2020).

Com vista à gestão da sede, a administração de gelo (10ml) no pós-operatório imediato é sentida pelos doentes como uma intervenção agradável e eficaz (Silva et al., 2016). A administração de lascas de gelo e pequenas quantidades de água são intervenções eficazes na gestão da sede com repercussões no conforto do doente, sendo que o gelo apresentou uma eficácia ligeiramente superior, tendo sido administrados 2ml por dose, com comprovada segurança para o doente (Aroni et al., 2012). Também a utilização de saliva artificial, compressas humedecidas em soro natural, compressas humedecidas em soro frio, gargarejar com água fria e mastigar pastilha elástica de mentol, são intervenções que permitem minimizar a sede com segurança e eficácia (Nascimento et al., 2020). Temperaturas frias e soluções mentoladas aumentam a salivação e ativam recetores da orofaringe que levam à diminuição da produção da hormona antidiurética (Nascimento et al., 2020).

## **1.2 Referencial teórico de enfermagem**

A teoria guia os enfermeiros o que pode ser demonstrado pelo tipo de transformações de que são alvo as práticas através da influência de teorias (Benner, 2001). Um dos referenciais teóricos escolhidos para guiar o percurso de desenvolvimento de competências é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Na Teoria do Conforto, o conforto é um resultado de cuidados de qualidade intencionais focados na pessoa/família (Kolcaba, 1995). Conforto é a experiência imediata de ser fortalecido por ver as suas necessidades de alívio, facilidade e transcendência atendidas nas quatro dimensões, físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003, citando Kolcaba, 1997). Para Kolcaba (2003), o conforto é um resultado essencial dos cuidados de enfermagem, focado no paciente de forma holística, sendo o conforto total maior do que a soma das suas partes individuais (Kolcaba, 2003). Nesta teoria, cuidar é uma intervenção de conforto por si só, segundo Kolcaba (2003) as intervenções de conforto são ações que visam especificamente necessidades de conforto, e abordam necessidades humanas básicas, tais como repouso, homeostase, comunicação terapêutica e abordagem holística (Parker & Smith, 2010).

Uma das formas de conforto é o alívio denominado como a condição de ter uma necessidade de conforto específica cumprida (Kolcaba, 2003). Se as necessidades específicas de conforto de um doente forem satisfeitas, o doente experimenta conforto no sentido de alívio. O enfermeiro, ao dar água ou possibilitar que o doente humidifique a boca está a proporcionar conforto no sentido do alívio da sede, sendo este um exemplo de um cuidado de enfermagem que visa a gestão da sede, assente na Teoria do Conforto.

Sendo a ingestão de água tida como uma necessidade humana básica, como referido anteriormente, e a sede caracterizada como um fator de desconforto, então a Teoria do Conforto salienta a importância da prática de enfermagem para intervir na gestão da mesma. O enfermeiro sabe exatamente quando e como intervir, uma vez que conhece o doente e procura proporcionar conforto, com vista em minimizar a angústia associada à situação que vivência (Kolcaba, 2003). O enfermeiro especialista assume uma função principal no reconhecimento das necessidades de conforto da pessoa, e nas intervenções que visam o seu alcance, tendo competências que permitem aumentar o

conforto da pessoa, sendo que é a sua capacidade de fazer isso, em parte, que o torna especialista (Kolcaba, 2003).

O enfermeiro avalia as necessidades de conforto da pessoa/família, implementa intervenções para dar resposta a essas necessidades e avalia o conforto antes e depois de serem implementadas as intervenções (Kolcaba, 2003). Ao ser atingida a satisfação das necessidades e conseqüentemente o conforto, as pessoas/famílias envolvem-se mais plenamente na procura de comportamentos de saúde (Kolcaba, 2003). Os cuidados de enfermagem que visam o conforto de forma holística, vão ter resultados não apenas no conforto da pessoa e sensação de bem-estar, mas também vão influenciar positivamente toda a experiência hospitalar vivenciada, bem como a visibilidade da qualidade dos cuidados de enfermagem, com conseqüentes ganhos para a imagem da instituição (Kolcaba, 2003).

Assim sendo, esta teoria de enfermagem demonstra a importância dos cuidados de enfermagem holísticos com vista ao conforto da pessoa, nomeadamente a gestão da sede no perioperatório. A sua aplicação permite um cuidado de qualidade, centrado na pessoa e visando o conforto, mas também permite uma vivência hospitalar positiva e uma imagem institucional favorável, assumindo assim ganhos transversais à pessoa/família e instituição de saúde. Desta forma, assume-se a importância do enfermeiro especialista em conhecer e aplicar a Teoria do Conforto na sua prestação de cuidados, bem como divulgar a sua importância levando a que esta se torne prática ativa de toda a equipa.

O segundo referencial teórico que guiou este percurso de desenvolvimento de competências é a Teoria do Cuidado Fundamental de Alison Kitson. A Teoria do Cuidado Fundamental é assente em três dimensões principais: a relação com a pessoa/família, a forma como as necessidades individuais da pessoa são abordadas atendendo à importância da relação enfermeiro-pessoa para reconhecer e gerir estas necessidades complexas e o contexto de cuidados (Kitson, 2018). Na Teoria do Cuidado Fundamental, cuidar é mais do que fazer algo às pessoas; é uma sucessão de interações mediadas através do relacionamento e em que o enfermeiro vê a pessoa obrigatoriamente de forma holística (Kitson, 2018).

Assenta na capacidade do enfermeiro se conectar com a pessoa e através dessa ligação ser capaz de atender ou apoiar na satisfação das suas necessidades de cuidado fundamental (Kitson, 2018). De acordo com a Teoria do Cuidado Fundamental, estabelecer uma relação positiva com a pessoa compreende cinco integrantes: desenvolver confiança com a pessoa, fornecer atenção completa, antever as suas necessidades, conhecer a pessoa para intervir adequadamente e avaliar a qualidade da relação (Kitson, 2018). A relação nasce na concepção de confiança, para tal o enfermeiro deverá assumir uma postura confiável e confiante, sendo capaz de se concentrar na pessoa/família para avaliar as suas necessidades (Kitson, 2018). O enfermeiro deverá também avaliar a qualidade da relação e perceber se são necessárias mudanças, garantindo que existe um envolvimento neste processo em tempo real e contínuo. Uma vez estabelecida a confiança, ela é sustentada em interações constantes que a constroem e reforçam (Kitson, 2018).

O cuidado fundamental é centrado na pessoa e é o objetivo para o qual o enfermeiro e a pessoa trabalham, cujo resultado é obtido através da relação criada entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. Visa as necessidades diárias, físicas, psicossociais e relacionais da pessoa, procura atingir a autonomia da pessoa no cumprimento das suas necessidades, atendendo ao contexto onde os cuidados são realizados (Kitson, 2018). A prestação de cuidados individualizados tem como foco as necessidades de cuidado fundamental, como ir à casa de banho, higiene pessoal, mobilidade, sono, descanso, conforto, sentir-se seguro, ser respeitado e ter uma escolha.

É incontestável que, para que os cuidados sejam centrados na pessoa e individualizados, esta tem que ser o centro dos cuidados: não a doença ou o tratamento, mas sim a pessoa como um todo. Esta competência de focar-se continuamente na pessoa, antecipando as suas necessidades em diferentes momentos do cuidar, e avaliando a qualidade e os efeitos da relação, são aptidões desafiantes de dominar (Kitson, 2018). Permite que a pessoa e o enfermeiro avaliem, planifiquem, implementem e avaliem os resultados dos cuidados (Kitson, 2018). Para tal o enfermeiro deve ser capaz de antecipar as necessidades prováveis da pessoa, de forma a que esta esteja e se sinta segura física, psicológica e emocionalmente (Kitson, 2018).

Também o contexto de cuidados é uma componente importante da Teoria do Cuidado Fundamental. A hospitalização acarreta diversos riscos de eventos de saúde adversos, nomeadamente distúrbios do sono, malnutrição, dor, desconforto e alterações da cognição. O enfermeiro pode ter de avaliar e abordar constantemente diferentes necessidades de cuidados de várias pessoas por turno, bem como as múltiplas necessidades de cuidado de uma pessoa (Kitson, 2018).

Esta teoria demonstra-se um grande desafio com elevada relevância na prestação de cuidados na PSC, uma vez que neste contexto os cuidados tendem a tornar-se mais técnicos (Kitson, 2018). O foco das intervenções de enfermagem reflete a complexidade da tarefa técnica em proporcionar cuidados holísticos à pessoa (Kitson, 2018, citando Bridges et al., 2013; Kitson et al., 2013). Neste sentido, um dos focos principais da Teoria do Cuidado Fundamental tem sido a prestação de um cuidado fundamental centrado na pessoa em contextos de cuidados agudos (Kitson, 2018).

Também os sistemas e organizações em que os enfermeiros exercem as suas funções, desempenham um papel crucial em ajudar ou dificultar a prestação do cuidado fundamental e de qualidade à pessoa (Kitson, 2018). Reconhecer este facto permite ao enfermeiro encontrar e implementar estratégias que visem a aplicabilidade do cuidado fundamental.

A temática da sede descrita neste capítulo a par com o referencial teórico de enfermagem, orientaram o percurso de desenvolvimento de competências que seguidamente se apresenta, conferindo-lhe uma sustentação teórica.



## **2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O presente capítulo pretende descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio bem como as competências específicas adquiridas no âmbito dos cuidados de enfermagem à PSC.

Com vista a guiar este percurso de desenvolvimento de competências foi elaborado um projeto de estágio que permitiu enquadrar a temática, definir a problemática e estabelecer um referencial teórico de enfermagem que serviram de guia orientador ao longo do percurso. A metodologia de projeto é assente em investigação centrada num problema real identificado, visando as estratégias e intervenções eficazes com vista a sua resolução, pelo que desenvolver pesquisa, análise e resolução de problemas extraídos da prática, são etapas que promovem a prática baseada na evidência (Ruivo et al., 2010).

O estágio decorreu no período de 27 de março de 2022 a 2 de agosto de 2022 em dois locais, um Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar Universitário e uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Privado, ambos sites em Lisboa.

Ao longo deste percurso procurei desenvolver pesquisas e reflexões enquadradas na prática clínica, e promovi uma discussão ativa de situações de cuidados com os enfermeiros dos serviços, o que me foi permitindo desenvolver conhecimento e competências. A teoria permite explicar, predizer, estruturar questões e permite a análise sistemática de uma sequência de acontecimentos, sendo que a perícia desenvolve-se quando o enfermeiro testa e refina pospostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real (Benner, 2001).

Assim sendo, irei desenvolver um subcapítulo para cada local de estágio onde elaboro uma breve caracterização dos locais de estágio e descrevo as atividades desenvolvidas por objetivo, enquadradas na teoria e nas competências que considero ter desenvolvido neste percurso.

### **2.1 Serviço de Urgência Polivalente**

Atendendo aos objetivos específicos, delineei um conjunto de atividades que abaixo se apresentam (Quadro 1).

## Quadro 1

Objetivos e atividades desenvolvidos no SUP

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades realizadas</b>
Intervir em situação de urgência e emergência atendendo à pessoa de forma holística.	Integração no serviço conhecendo as suas dinâmicas e infraestruturas; Integração na equipa multidisciplinar; Avaliação da pessoa em situação crítica; Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica de forma holística; Realização de um jornal de aprendizagem.
Desenvolver competências na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica a vivenciar sede.	Avaliação da sede na pessoa em situação crítica; Realização de intervenções de enfermagem que visem a gestão da sede na PSC; Avaliação dos resultados da gestão da sede; Prestação de cuidados de enfermagem assentes numa prática baseada na evidência.
Contribuir para a formação contínua em enfermagem sobre a gestão da sede.	Realização de sessões de formação - A sede na pessoa e situação crítica no período perioperatório; Apresentação de comunicação oral no formato de e-poster no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência

	do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.
--	--

O primeiro momento de estágio decorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), centro de trauma (CT), de um Centro Hospitalar Universitário em Lisboa.

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área (...) aos CT, enquanto polos da Rede Nacional de Trauma, compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p.20674).

Trata-se de um serviço que oferece atendimento diferenciado nas diversas áreas de intervenção. Este SU é constituído por uma área de triagem, várias áreas de prestação de cuidados organizadas consoante a cor atribuída ao doente na triagem, área de pequena cirurgia, área de atendimento de especialidades cirúrgicas, zona de atendimento de psiquiatria, área de internamento de doentes com patologia respiratória, duas salas de reanimação e um serviço de observação (SO).

Na primeira semana, guiada pela enfermeira orientadora do serviço, realizei uma visita pelo SU. Esta visita permitiu-me conhecer as infraestruturas, perceber a sua organização e como funciona o circuito do doente que recorre ao SU.

Durante o meu percurso enquanto estudante de enfermagem e posteriormente enfermeira nunca tinha prestado cuidados num SU, ou serviço equiparado, pelo que este conferia uma absoluta novidade para mim. Trata-se de um serviço amplo em espaço, com variadas áreas e com uma multidisciplinaridade imensa, podendo, por vezes, tornar-se confuso. A adaptação foi desafiante por tratar-se de um serviço com uma organização específica, sendo que muitas vezes não existe um local fixo para a estadia do doente, e também por haver momentos de grande afluência, sendo por isso a gestão de tarefas mais complexa. Quando ocorre uma sobrecarga de trabalho, é parte integrante das competências do enfermeiro, gerir os cuidados atendendo a níveis de prioridade e considerar as necessidades de vigilância (Benner, 2001). Saliento que tal como refere Benner (2001) trabalhar em condições de grande carga de trabalho desperta nos

profissionais um espírito de companheirismo, promovendo o trabalho em equipa, situação que foi sempre muito perceptível neste serviço.

Durante um turno estive a acompanhar o enfermeiro na triagem, uma vez que se trata de uma função que requer uma formação específica. Esta valência era-me desconhecida, tendo-me permitido perceber como se processa e a sua importância, uma vez que esta vai influenciar os tempos de espera e de atendimento nos vários departamentos. Segundo Cone (2000) "o enfermeiro da triagem deve avaliar as queixas, sinais e sintomas do cliente para que os cuidados adequados sejam prestados em tempo útil" (p.1). O sistema de triagem de manchester é um instrumento válido que permite identificar a prioridade relativa dos doentes e, ao permitir a organização de um circuito de encaminhamento, apresentará também comprovado benefício para a reestruturação e crescente organização do SU (Grupo Português de Triagem, 2011). Desta forma, percecionei que o enfermeiro assume um papel fulcral, com grande influência na gestão do atendimento no SU, através da realização da triagem. Segundo Benner (2001), o enfermeiro perito é detentor de um conhecimento profundo acerca das necessidades dos doentes e recursos à sua disposição, pelo que a realização de uma triagem precisa e segura vai além dos algoritmos e requer perícia.

O estágio decorreu em três locais principais do SU, a sala de tratamento do sector laranja, o SO e a sala de reanimação, tratando-se dos principais locais onde podemos encontrar a PSC. Ao longo da primeira semana estive nestes três locais, por forma a poder conhecer a forma como funcionam e integrar-me na equipa multidisciplinar que ali trabalha. Integrar o serviço e a equipa é um processo que considero que foi decorrendo ao longo do estágio, sendo que requer tempo e adaptação. Considero que foi um fator facilitador a receção positiva pelos profissionais, permitindo-me integrar a equipa na prestação de cuidados com resultados positivos no desenvolvimento das atividades e consequentes competências, bem como conclusão dos objetivos estabelecidos.

### **Intervir em situação de urgência e emergência atendendo à pessoa de forma holística**

Ao longo do período de estágio pude colaborar na prestação de cuidados à pessoa no SU. A sala de reanimação foi o local onde mais se evidenciou a presença de PSC e/ou em falência orgânica. Neste local pude por em prática a abordagem ABCDE, procedendo

à avaliação sistematizada do doente e consequente intervenção. A abordagem ABCDE caracteriza-se por ser uma avaliação transversal utilizada na abordagem da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade: A - via aérea, B - ventilação, C - circulação, D - disfunção neurológica e E - exposição com controlo de temperatura (INEM & DFEM, 2020). Esta metodologia de abordagem ao doente era já utilizada por mim na minha prática de cuidados uma vez que exerço funções numa EEMI. Desta forma, também a competência de Suporte Avançado de Vida era já integrante dos meus cuidados, sendo que por me encontrar num serviço distinto foi-me possível integrar uma equipa diferente com facilidade, uma vez que esta valência é transversal e sistematizada.

É frequente a existência de doentes que recorrem com sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo ativada a Via Verde AVC. O doente com suspeita de AVC deve ser acolhido no SU pela Equipa Via Verde AVC intra-hospitalar sendo que deverá receber atendimento imediato, preconizando-se uma avaliação por parte da equipa bem como a realização de meios complementares de diagnóstico precoces (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). É crucial uma abordagem atempada ao doente, permitindo que se possa prosseguir para o serviço de imagiologia onde irá ser confirmado o diagnóstico e planeada a intervenção terapêutica. Esta abordagem era agilizada com a equipa multidisciplinar, e como foi uma situação comum pude desenvolver competências a este nível, na abordagem e avaliação utilizando a metodologia ABCDE, bem como no seu transporte até à imagiologia. Segundo Benner (2001), em situações de urgência o enfermeiro deve ser capaz de apreender rapidamente o problema, de intervir de forma adequada e de avaliar e mobilizar ajuda.

Os cuidados devem ser centrados na pessoa, conhecendo-a e percebendo as suas necessidades individuais. Cada doente vivencia as situações de saúde-doença de forma enquadrada na sua individualidade, o enfermeiro demonstra entendimento acerca deste fato estando presente para o doente, permitindo-o sentir-se apoiado e compreendido, permitindo criar uma relação de compromisso com o doente, e consequente uma relação de confiança, facilitadora do cuidar (McCormack & McCance, 2017). Um dos doentes que recorreu a este SU com diagnóstico de AVC tinha apenas 42 anos, um estilo de vida saudável e encontrava-se visivelmente ansioso e preocupado, uma vez que era já a

segunda vez que apresentava este diagnóstico. Segundo Kitson (2018) estabelecer uma relação positiva com um doente é assente em cinco aspetos: desenvolver confiança, ter foco no doente, antecipar as suas necessidades, conhecer o doente para agir adequadamente, e avaliar a qualidade da relação. Na situação referida ficou evidenciada a aplicabilidade da Teoria do Cuidado Fundamental de Kitson, era realmente importante conhecer o doente e obter a sua confiança permitindo prestar-lhe os melhores cuidados, ou seja, cuidar de forma holística. Perante esta situação, para além da prestação de cuidados técnicos, procurei estabelecer e manter um diálogo positivo, fornecendo informações e perspetivas reais acerca da situação que vivenciava. Acredito que estar disponível para o diálogo e manter uma atitude positiva e profissional permite ao doente sentir-se acolhido, compreendido e confiante nos cuidados. Como refere Benner (2001), “trata-se por vezes simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (p.76). Esta situação permitiu-me refletir sobre a importância da relação com o doente, uma vez que este vivencia uma situação de especial vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade tem especial relevância nos cuidados de enfermagem uma vez que a sua vivência poderá gerar stress e ansiedade o que afeta a pessoa a nível fisiológico, psicológico e social (Rogers,1997). O enfermeiro especialista gere a comunicação interpessoal permitindo o estabelecimento da relação terapêutica e assiste a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é um diagnóstico de elevada prevalência nos doentes admitidos em sala de reanimação, sendo ativada a Via Verde Coronária agilizada com o médico cardiologista. Houve um turno em que foram admitidos dois doentes com suspeita de EAM, que se confirmou e ambos foram transportados para a sala de hemodinâmica onde realizaram tratamento endovascular. Em outro turno foi admitida neste SU, uma doente com diagnóstico de EAM, mas que por decisão da coordenação clínica de cardiologia, ficou na sala de reanimação em vigilância. Esta doente apresentava risco de paragem cardiorrespiratória, necessitando de vigilância contínua sendo que apresentava sintomatologia acentuada, nomeadamente dor, cansaço e inquietação. Na minha prestação de cuidados procurei atender as necessidades evidenciadas pela doente, promovi um ambiente calmo e com diminuição dos estímulos, otimizei o posicionamento com vista ao conforto e controlo da dor, administrei medicação e

mantive a vigilância. Estas intervenções, à minha avaliação, foram eficazes, traduzindo-se em sinais de conforto na doente com consequentes repercussões na estabilidade hemodinâmica. O enfermeiro especialista identifica prontamente focos de instabilidade intervindo de forma pronta e antecipatória, cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Segundo Kolcaba (2003), com vista ao conforto, o enfermeiro avalia as necessidades holísticas da pessoa alvo de cuidados em todos os contextos, implementa uma variedade de intervenções para atender a essas necessidades e avalia os níveis de conforto da pessoa antes e depois dessas intervenções. A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC é igualmente uma das competências do enfermeiro especialista, otimizando as respostas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Segundo Tanner (2006) o raciocínio clínico permite ao enfermeiro realizar uma avaliação das necessidades, preocupações ou problemas do cliente, intervindo, aplicando posteriormente o julgamento crítico processo utilizado para avaliar os resultados que advêm dos cuidados.

A dor é uma experiência multidimensional desconfortável, com repercussões nas componentes sensorial e emocional da pessoa que a sofre, esta deve ser valorizada e sistematicamente avaliada pelos profissionais de saúde, representando parte integrante de todos os cuidados e conferindo-lhes um componente humanizante (DGS, 2003). A gestão da dor assume um papel fulcral nos cuidados de enfermagem no SU, sendo que estratégias como otimização do posicionamento a par com a administração terapêutica permitem um controlo algico eficaz. O enfermeiro possui competências e domínios que lhe permitem identificar a particularidades da dor e intervir, escolhendo a estratégia mais adequada (Benner, 2001). No SU existe uma luz artificial e ruído permanentes, estes fatores, aliados a ansiedade e medo pela situação vivenciada, bem como a dor muitas vezes presente, são stressores e terão impacto no conforto e na hemodinâmica da pessoa. Desta forma considero de relevante importância gerir o conforto da PSC no SU, representando um cuidado fundamental. “A hospitalização representa um período de risco generalizado para eventos de saúde adversos, incluindo distúrbios do sono, malnutrição, dor e desconforto” (Kitson, 2018, p.102).

Tratando-se de um SU com CT, embora não tivesse sido a ocorrência mais prevalente durante o meu estágio, ainda pude colaborar na abordagem de algumas

situações que serviram de momentos de aprendizagem e reflexão. Saliento a importância do Curso *Advanced Trauma Care for Nurses*, lecionado no decorrer do Curso de Mestrado, crucial para me dotar de conhecimento e competências nesta área, que pude aplicar em contexto de prática, permitindo-me abordar a avaliar a pessoa vítima de trauma de forma sistematizada. Um momento de cuidados à pessoa vítima de trauma motivou a realização de um jornal de aprendizagem. Era um dos primeiros dias de estágio e foi admitida na sala de reanimação uma jovem menor de idade vítima de agressão por arma branca, tendo sido ativada a via verde trauma. As equipas multidisciplinares deslocaram-se à sala de reanimação. Pude integrar ativamente a equipa de enfermagem procedendo à preparação da sala de reanimação, recebendo a jovem, fazendo a sua avaliação e participando nos cuidados prestados. Esta situação de cuidados em concreto acabou por se tornar desorganizada, não dando resposta às necessidades da doente, nomeadamente de gestão da dor, o que me despertou a necessidade de refletir e desenvolver aprendizagens, embora pelo exemplo negativo. Cada elemento da equipa multidisciplinar procurou dar resposta ao seu próprio diagnóstico, não existindo um *team leader* ou um trabalho em equipa, sendo que a certa altura havia múltiplos profissionais a realizar intervenções isoladas sem atender à pessoa de forma holística. Recorrendo ao meu raciocínio clínico percebi que se tratava de uma jovem de 17 anos, visivelmente assustada, ansiosa e com dor, pelo que em determinado momento segurei-lhe na mão e disse-lhe que ficaria tudo bem, iríamos cuidar dela, ao que fechou os olhos e assentiu em lágrimas. Tratando-se de uma situação que necessitava também de uma intervenção de gestão da dor interdependente, nomeadamente farmacológica, procurei na sala o médico anestesista para uma prescrição, sendo que esta intervenção foi eficaz, ainda que tardia. Esta situação de cuidados espelha mais uma vez a importância da gestão da dor na PSC, e como, na minha opinião, muitas vezes a resposta à situação crítica não deve descorar o conforto do doente, enquadrado no contexto de cuidados. Neste caso em concreto, tratando-se de uma sala de reanimação, não há justificação para que não haja uma gestão eficaz da dor. A dor é uma consequência importante dos cuidados, com vista a sua gestão é fundamental um compromisso de equipa na sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (Ordem dos enfermeiros, 2008). O enfermeiro perceciona as necessidades do doente, não se limitando a seguir prescrições médicas, sendo que a sua comunicação

permite que o médico responda às necessidades do doente atempadamente (Benner, 2001).

Um trabalho de equipa eficaz protege o doente de riscos, melhora os resultados e cria um ambiente de trabalho mais positivo, envolvente e resiliente (Rosen et al, 2018). O trabalho de equipa constitui uma competência não técnica de extrema importância, servindo de complemento aos conhecimentos técnicos, este envolve comunicação e definição de prioridades (INEM & DFEM, 2020). Considero que um dos aspetos importantes que faltou na sala foi o elemento *team leader*, este elemento é crucial na abordagem ao doente crítico uma vez que ele assegura uma abordagem sistematizada e organizada, sendo um elo de ligação entre os elementos prestadores de cuidados. Um bom líder demonstra o controlo da situação, tem uma perspetiva global do cenário e delega funções nos restantes elementos da equipa (INEM & DFEM, 2020). A liderança e gestão eficaz da equipa é essencial e contribui para a satisfação, progresso e bem-estar da mesma, gerando melhores resultados com ganhos para as organizações (McFarlane, 2015).

A situação descrita sensibiliza-me mais por se tratar de uma jovem de 17 anos que tendo sido alvo de agressão por arma branca na escola, estava a vivenciar uma situação que ampliava a sua vulnerabilidade, estando visivelmente ansiosa e com medo. Segundo Kitson (2018) na prestação do cuidado fundamental o enfermeiro estabelece uma relação positiva com o doente, assente em confiança provendo atenção e antecipando as suas necessidades. Nesta situação evidencia-se a importância do enfermeiro especialista à PSC enquanto profissional que gere a comunicação interpessoal permitindo o estabelecimento da relação terapêutica, assiste a pessoa nas perturbações emocionais e efetua uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O enfermeiro deve contribuir para que o doente sinta que é uma pessoa por inteiro, inclusivamente no respeito pela sua dignidade (Benner, 2001).

Após esta situação de cuidados a equipa de enfermagem reuniu e conversámos acerca da mesma, momentos que se foram repetindo ao longo do estágio. É também importante referir a importância das reuniões de equipa, possibilitando discutir todos os aspetos da abordagem à PSC e permitindo evoluir e otimizar a prestação de cuidados. Os enfermeiros procuram muitas vezes fazê-lo entre si, o que demonstra consciencialização

para a importância da prestação de cuidados organizada e sistematizada em situações de urgência e emergência. Realizar *debriefings* das situações é essencial nas equipas, deve-se promover a crítica construtiva e é importante que exista um bom suporte entre os diferentes elementos sendo a divergência de opiniões normal e importante na melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente (Benner, 2001; INEM & DFEM, 2020). Os *debriefings* das situações em equipa multidisciplinar são já parte integrante da minha prática, sendo que após uma intervenção da EEMI procuramos refletir sobre as nossas intervenções em equipa, na procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O contexto em que ocorre o cuidar assume grande relevância no cuidado centrado na pessoa sendo que com vista ao mesmo, deverá existir uma equipa que coopera e partilha conhecimentos num ambiente impulsionador de mudança e inovação (McCormack & McCance, 2006).

Muitas vezes a PSC tem um prognóstico de inviabilidade de cura, sendo que mesmo realizadas todas as intervenções com vista a restauração das funções vitais, estas são insuficientes. Foi admitido na sala de reanimação um jovem que sofreu uma queda do oitavo andar, autoinfligida, sendo que após realização de meios complementares de diagnóstico, foi diagnosticado com suspeita de morte cerebral. Tratava-se de um doente jovem pelo que este infortúnio representava uma oportunidade de colheita de órgãos que poderiam salvar várias vidas. A morte cerebral é definida como a cessação de todas as funções do cérebro e tronco cerebral, para determinar a existência de morte cerebral, dois médicos, que não fazem parte das equipas de transplante, devem constatar a presença de coma irreversível, a ausência de reflexos do tronco cerebral e a ausência de estímulo respiratório em condições pré-estabelecidas, devendo confirmar que a mesma é irremediável (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, 2017). Todos os cidadãos portugueses e não portugueses residentes em Portugal, são considerados potenciais dadores, desde que não tenham manifestado recusa da dádiva inscrevendo-se no registo nacional de não dadores (RENDA) (APIR, 2017; Lei 12/93 de 1993-04-22). Por ausência de vaga na UCI, este doente permaneceu na sala de reanimação, sendo que durante este período foram prestados cuidados de manutenção do potencial dador e foram agilizadas as burocracias necessárias. Nunca tinha prestado cuidados ao dador em morte cerebral, pelo que representou um momento de aprendizagem, não só sobre os

cuidados bem como aplicação dos protocolos instituídos. Foi articulado contacto com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, realizadas provas de morte cerebral por dois médicos diferentes da especialidade de neurologia e agilizados os cuidados com a equipa médica de medicina interna e medicina intensiva. O enfermeiro especialista em enfermagem à PSC apresenta conhecimentos e aptidões perante situações de morte cerebral, prestando cuidados na gestão da estabilidade hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante este momento de estágio ainda nos encontrávamos em fase de recuperação pós pandemia Covid-19, pelo que a presença da família no SUC por norma não era permitida, salvo raras exceções, tenho sido os momentos de contacto com a família e de cuidados à mesma, escassos. Ainda assim, houve doentes que se encontravam acompanhados pela família, facilitando a prestação de um cuidado centrado na pessoa e família, sempre que algum familiar telefonava eram-lhe também facultadas todas as informações com o objetivo de manter a família informada e tranquila. Cuidar da família não se caracteriza por um alargar da esfera de cuidado, mas sim por um olhar direcionado para a família como parte integrante do doente e foco do cuidado de enfermagem (Sá & Velez, 2021). Considerando-se que a família é também vítima da doença crítica, fornecer-lhe informação surge como uma estratégia facultadora de sentido para a situação vivenciada (Sá & Velez, 2021). A particularidade que a pandemia nos trouxe, de afastar os familiares dos seus entes queridos, felizmente apenas por um período de tempo, parece-me uma oportunidade para reflexão sobre a importância da família no acompanhamento do doente no SU e restante hospital. A presença da família demonstra ser positiva e benéfica, permitindo sentimentos como segurança, calma e conforto, tanto familiares como doentes enunciam a sua importância e a necessidade de se tornar transversal a todos os doentes que recorrem ao SU (Barreto et al., 2019). Desta forma, a família assume um papel importante na tríade de cuidados, bem como fator facilitador da vivência hospitalar.

Durante todo o período de estágio procurei ter uma prática que permitisse a prevenção e o controlo da infeção nos cuidados à PSC, através de utilização de equipamentos de proteção individual, higienização das mãos cumprindo os cinco momentos de higienização das mãos, procedendo à descontaminação dos equipamentos, manuseando as roupas e resíduos de forma segura e cumprindo a

assepsia na preparação e administração de terapêutica bem como em procedimentos. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema com importância crescente, as repercussões destas infeções para os doentes, instituições e comunidade não podem ser ignoradas (DGS, 2017b). As IACS são responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade, conduzindo a internamentos prolongados com aumento dos custos em saúde, sendo um indicador de qualidade dos cuidados (DGS, 2017b). O local onde exerço cuidados é um serviço onde a equipa atribui especial relevância a práticas de controlo de infeção, pelo que realizamos formações e auditorias periódicas, uma vez que há uma grande rotatividade de doentes. Desta forma a consciência da importância desta temática, bem como o conhecimento acerca da mesma, encontravam-se já refletidos na minha prática, dando resposta à competência de assegurar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na abordagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante o estágio não vivenciei nenhuma situação de catástrofe ou de ativação do plano de emergência externa. Nos últimos anos todos nós profissionais de saúde vivenciámos um período controverso de prestação de cuidados com a pandemia covid-19. Foi inevitável um reajuste das dinâmicas hospitalares e as equipas foram forçadas pelas circunstâncias a reorganizar-se adaptando-se a uma nova realidade de cuidado envolta e incerteza e momentos de caos. Existindo a hipótese de ocorrência de uma catástrofe natural ou epidemia é elementar que as instituições de saúde realizem periodicamente, uma análise da sua organização e planeiem, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência (DGS, 2010). Desta forma a instituição de saúde tem um Plano de Emergência Externa cujo objetivo principal é assegurar, por parte do hospital, uma eficaz atuação e utilização dos recursos, em caso de afluxo acentuado de vítimas ao SU, procurando mitigar a morbidade e mortalidade (Alves et al., 2016). Nós, enfermeiros, perante este contexto, desenvolvemos a competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, conhecendo o plano, adaptando-o à realidade de cada serviço e colocando-o em prática (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

**Desenvolver competências na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica a vivenciar sede**

Ao longo do período de estágio procurei perceber a incidência da sede na pessoa no SU. Apesar do tema do meu projeto ser a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório, à minha observação a sede é recorrentemente vivenciada pela pessoa no SU, mesmo que esta não esteja em jejum pré-operatório. Uma das situações que me despertou para esta realidade foi um dia em que estava na sala de reanimação e, já no início do turno seguinte, deu entrada um jovem vítima de acidente de moto com múltiplos focos de trauma. No decorrer da abordagem, o doente manifestou que não se sentia bem e tinha muita sede. Referindo esta manifestação, providenciaram-se compressas humedecidas em água que usámos para molhar a boca. Posteriormente o doente foi intervencionado no bloco operatório de urgência, no entanto, poderia não ter necessitado de cirurgia e teria na mesma vivenciando sede tendo indicação para manter jejum, atendendo à sua condição de PSC. Esta ocorrência despertou-me ainda mais para a importância dos cuidados de enfermagem na gestão da sede no SU, tratando-se de uma vítima de trauma poderia referir e manifestar múltiplas queixas, no entanto referiu um desconforto tão simples, e por vezes tão desvalorizado, a sede. A sede pode apresentar-se como um sintoma dominante, gera um desconforto intenso e sensações desagradáveis como boca e garganta secas, saliva viscosa, podendo ultrapassar a dor e resultar em ansiedade e angústia (Oliveira et al., 2020; Pierotti et al., 2018). Houve uma intervenção de resposta à necessidade do doente, por parte da equipa, o que demonstra valorização do sintoma. A utilização de compressas humedecidas permite minimizar a sede com segurança e eficácia (Nascimento et al., 2020; Silva et al., 2016). A sede pode também ser um sintoma de hipovolémia, uma vez que esta vai desencadear o reflexo de necessidade de beber água, e este doente em concreto tinha lesão do baço com hemorragia associada, logo apresentava hipovolémia, tendo sido submetido a intervenção cirúrgica. O enfermeiro ao dar resposta a esta necessidade do doente está a prestar um cuidado fundamental que vai corroborar as necessidades expressas e confere conforto, fazendo da pessoa o centro dos cuidados bem como parte integrante dos mesmos (Kitson, 2018; Kolcaba, 2003). O cuidado fundamental assenta na capacidade do enfermeiro de se conectar com a pessoa alvo de cuidados e através dessa conexão ser capaz de ajudá-la a concretizar a sua necessidade (Kitson, 2018). Monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados é uma competência do enfermeiro especialista, pelo que neste caso concreto a intervenção deu resposta à necessidade do

doente, enquadrada na sua situação e sem riscos acrescidos, sustentado a competência referida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O estágio decorreu com maior prevalência no SO uma vez que este serviço é onde prevalecem os doentes em jejum por longos períodos, a aguardar ida ao bloco operatório. Desta forma, a prevalência da sede neste setor do SU é muito elevada, apesar de ter constatado que uma elevada parte dos doentes não manifesta este desconforto. Quando os questionava sobre o mesmo assentiam que sim, sentiam a boca seca e sede. Vários autores concluíram que a sede tinha uma elevada prevalência, sendo, no entanto, aceite pelos doentes que não a referiam aos profissionais de saúde (Nascimento et al., 2019; Oliveira et al., 2020; Pierrotti et al., 2018).

Durante a prestação de cuidados no SO procurei sempre questionar o doente se tinha sede e boca seca, seguidamente fornecia-lhe o soluto mentolado diluído em água fria para que pudesse proceder à higiene da mucosa oral, mas também com vista à gestão da sede e incremento do conforto, uma vez que o frio permite um controlo eficaz da sede (Aroni et al., 2012; Nascimento et al., 2020; Serato et al., 2019). Após esta intervenção, questionava o seu efeito, tendo observado que predominantemente era eficaz, embora houvesse alguns doentes que não apreciassem o sabor ligeiramente amargo do soluto mentolado. Com vista a um cuidado individualizado, perante estas situações teria sido mais vantajoso a utilização de gelo picado, caso fosse um recurso disponível.

Houve um doente em específico que se encontrava em jejum a aguardar tempo operatório para drenagem de um abscesso renal. Quando o abordei e perguntei como estava, ele disse-me imediatamente que tinha sede e sentia a boca muito seca, perante esta manifestação facultei-lhe o soluto mentolado diluído em água fria para bochechar e gargarejar seguido de cinco mililitros de água fria para deglutir, quando terminou referiu-me que estava muito melhor e agradeceu. Esta situação permitiu-me apreender ainda mais a importância da temática, bem como aplicar a evidência que foi extraída da pesquisa bibliográfica e da elaboração da RIL, percecionando os seus resultados na prática. As minhas intervenções tiveram repercussões no conforto da pessoa sem comprometer o período de jejum, tal como refere Kolcaba (2003), o conforto é o estado imediato de ser fortalecido por ver as suas necessidades humanas de alívio respondidas. O cuidado fundamental centra-se nas necessidades da pessoa que representa a base dos

cuidados, salientando a importância da relação com o enfermeiro, o cuidar tem foco nos atos práticos que dão resposta a necessidades como o conforto, ser respeitado e ter uma escolha (Kitson, 2018). Nesta situação pude mobilizar com rigor a evidência científica sendo que identifiquei uma demonstração de mal-estar, tendo-lhe dado resposta (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). A satisfação do doente face ao cuidado, envolvimento no processo, sentimento de bem-estar e visão positiva de toda a experiência, são resultados de um cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

### **Contribuir para a formação contínua em enfermagem sobre a gestão da sede**

Sabendo-se que a sede é uma queixa com grande prevalência no SU, os enfermeiros na prestação de cuidados devem ser encorajados a refletir sobre esta problemática. Durante o meu percurso de estágio, fui observando a prestação de cuidados dos enfermeiros acerca do tema, e pude perceber que não estava implementada a avaliação da sede e que quando o doente referia sede, alguns enfermeiros providenciavam compressas molhadas para humedecer a boca, mas o predomínio era referir que estava em jejum para bloco operatório, logo não podia ingerir água, teria que aguardar, com sede.

No início do estágio partilhei o meu projeto com o enfermeiro orientador. Este tema foi recebido com alguma admiração, mas após a leitura referiu que considerou de fato pertinente e interessante, conseqüentemente no dia seguinte um doente pediu-lhe para beber água e aquela queixa acabou por ser persentida com um sentido diferente do habitual, pelo que procurou dar resposta à mesma. Posto isto, o enfermeiro orientador do serviço considerou que seria pertinente partilhar esta temática com os enfermeiros de serviço, numa ação de formação. Sendo que existem cinco equipas no SU, a formação foi programada procurando que todos os enfermeiros tivessem oportunidade de assistir, tendo sido agendadas e divulgadas cinco sessões de formação. A formação decorreu em cinco dias diferentes no momento da passagem do turno da manhã para a tarde, de forma a que a equipa que estava a chegar pudesse assistir à sessão antes de iniciar o turno. Elaborei um plano de sessão (Apêndice I), sendo o objetivo principal refletir com a equipa sobre a importância da sede na pessoa em período perioperatorio. O suporte digital para a apresentação foi elaborado no programa *prezi*® e utilizei como suporte

bibliográfico o enquadramento teórico do projeto de estágio e a RIL. As sessões de formação decorreram sem contrariedades e o *feedback* verbal dado pelos colegas foi positivo. A problemática foi considerada pertinente e interessante, tendo havido uma grande receptividade por parte da equipa. As intervenções foram recebidas pela equipa como facilmente aplicáveis e de custos reduzidos. Considero que esta partilha foi importante uma vez que foi uma estratégia de contribuir para a formação contínua com a minha passagem no serviço, promovendo a divulgação de informação e conhecimento, e eu própria acabei por me surpreender com o *feedback* positivo e a relevância dada pela equipa ao tema. Segundo alguns colegas, é um tema pouco abordado, mas bastante relevante para a prestação de cuidados. Segundo Benner (2001), a teoria e os princípios permitem ter acesso de uma maneira segura aos conhecimentos clínicos e a formação permite incrementar a qualidade dos cuidados proporcionados aos doentes. No exercer de uma prática avançada de enfermagem, o enfermeiro realiza investigação com vista a melhoria contínua de uma prática baseada na evidência e participa em formação transmitida aos pares, promovendo a enfermagem enquanto ciência, pelo que é uma competência comum do enfermeiro especialista planear e liderar programas de melhoria contínua (Comitê de enfermeiros de prática avançada de enfermagem, 2004; Regulamento 140/2019, 2019). Desta forma, a investigação e a divulgação aos pares assume um papel importante na prática avançada de enfermagem, permitindo evoluir os cuidados com importantes ganhos para o doente. Aptidão de formador e investigador são duas das competências do enfermeiro de prática avançada (Associação Canadiana de Enfermeiros, 2019). Também de referir que juntamente com a professora e o enfermeiro orientador do SU idealizámos a realização de um estudo sobre a incidência da sede avaliando os resultados da gestão da mesma no pré-operatório e pós-operatório. Para tal pretendíamos acompanhar todo o percurso do doente desde o SU até à UCPA, com vários momentos de avaliação e gestão da sede. No entanto, após reunião com a gestão do serviço foi-nos transmitido que a investigação carecia de aprovação da comissão de ética, sendo este processo muito moroso com esperas de resposta superiores a um ano. Posto isto, será um projeto a desenvolver futuramente.

Uma das minhas atividades programadas para este período de estágio era participar no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Esta participação permite perceber o que é desenvolvido por outros profissionais, fornecendo sentido crítico sobre a nossa própria prestação de cuidados. Sendo um congresso na área do Curso de Mestrado considerei importante estar presente. Após a inscrição fui incentivada pela professora orientadora a submeter um resumo para uma comunicação oral acerca da temática do meu projeto, que efetuei. Com grande agrado meu a comunicação foi aceite em e-Poster (Apêndice II), tendo elaborado e apresentado a mesma no congresso. Esta apresentação foi premiada com o primeiro prémio (Apêndice III), integrando a publicação do ebook do congresso (Apêndice IV). É extremamente gratificante conseguir alertar os profissionais de enfermagem para a importância da sede na pessoa no período perioperatório e sentir que a temática foi positivamente transmitida e aceite pelos demais. Evoluir enquanto profissional é algo que se faz em equipa, estudando, partilhando e discutindo, e nós, enfermeiros formamos uma equipa que caminha para evoluir a ciência de enfermagem. Como refere Benner (2001) “o enfermeiro é um profissional clínico - um trabalhador com muitos conhecimentos - cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo” (p.201). Numa prática avançada de enfermagem o enfermeiro é um agente de mudança, pesquisa sistematicamente novas e efetivas formas de cuidar visando o incremento da qualidade dos cuidados (Associação Canadiana de Enfermeiros, 2019).

## 2.2 Unidade de Cuidados Intensivos

Uma vez mais, no início do segundo momento de estágio delineei atividades a desenvolver enquadradas nos objetivos previamente estabelecidos (Quadro 2).

### Quadro 2

Objetivos e atividades desenvolvidos na UCI

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades realizadas</b>
Intervir em situação de urgência e emergência atendendo à pessoa de forma holística.	Integração no serviço conhecendo as suas dinâmicas e infraestruturas;

	<p>Integração na equipa multidisciplinar;</p> <p>Avaliação da pessoa em situação crítica;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica de forma holística;</p> <p>Realização de um estudo de caso.</p>
<p>Desenvolver competências na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica a vivenciar sede.</p>	<p>Avaliação da sede na pessoa em situação crítica;</p> <p>Realização de intervenções de enfermagem que visem a gestão da sede na PSC;</p> <p>Avaliação dos resultados da gestão da sede;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem assentes numa prática baseada na evidência;</p>
<p>Contribuir para a formação contínua em enfermagem sobre a gestão da sede.</p>	<p>Realização de um Questionário aplicado à equipa de enfermagem: A sede – Uma intervenção especializada de enfermagem;</p> <p>Realização de sessão de formação - A sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório;</p> <p>Apresentação de um pitch no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem.</p>

O segundo momento de estágio decorreu numa UCI de um Hospital Privado na zona da grande Lisboa. Aquando do início do estágio foi-me apresentado o serviço, as

infraestruturas e forma de funcionamento do mesmo. A UCI está equipada com 16 vagas todas elas isoladas sendo que duas permitem pressão positiva, tendo ainda uma segunda unidade de cuidados intermédios em outro piso cuja equipa é a mesma e que funciona consoante necessidade. O estágio decorreu predominantemente na UCI, tendo ainda realizado um turno na unidade de cuidados intermédios. A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (Paiva et al., 2016).

Ao longo do estágio fui conhecendo a equipa e, apesar de prevalecer o método individual de trabalho, pude colaborar com a equipa nos cuidados, nomeadamente em momentos que é necessário uma maior colaboração e trabalho em equipa, como por exemplo o momento de admissão do doente, antes de um transporte ou quando um doente carecia de cuidados mais emergentes. A enfermagem é um trabalho em equipa constante e segundo Kitson (2018), o enfermeiro que presta um cuidado fundamental integrado à pessoa terá de ter a capacidade de descobrir que recursos, nomeadamente, humanos precisará sendo o contexto de cuidados uma componente importante do cuidado fundamental.

### **Intervir em situação de urgência e emergência atendendo à pessoa de forma holística**

Ao longo do período de estágio pude colaborar na prestação de cuidados à PSC na UCI. A UCI é por excelência um serviço onde a pessoa alvo de cuidados está em situação crítica ou risco da mesma. Uma atividade de que pude desenvolver e que me permitiu a aquisição de novas competências foi a prestação de cuidados ao doente sob ventilação mecânica invasiva. Desde os cuidados de gestão da intubação orotraqueal que visam prevenir complicações como a pneumonia associada a intubação ou traqueomalacia, bem como conhecimentos e competências acerca dos modos ventilatórios e a implicação que estes têm para a pessoa alvo de cuidados. Estes cuidados, mesmo tendo uma componente técnica elevada, visam o doente, o seu conforto, a prevenção de complicações e representam um cuidado fundamental. A prevenção e controlo de infeção

nos cuidados à PSC são competências do enfermeiro especialista (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). É, no entanto, sem dúvida importante perceber que este cuidado mais técnico e tecnológico não invalida o cuidado humano, e que através do ventilador e de toda a monitorização é possível avaliar as necessidades do doente e intervir. É importante que o enfermeiro detenha para o doente o melhor benefício da utilização das tecnologias, sendo a competência tecnológica como cuidado em enfermagem a demonstração astuta de cuidados intencionais, deliberados e fidedignos por enfermeiros que praticam em ambientes que requerem conhecimento tecnológico (Locsin, 2013).

Esta unidade em particular é de predomínio cirúrgico, nomeadamente cirurgia cardíaca. Foi-me proposto pela enfermeira orientadora assistir a uma cirurgia cardíaca, sendo que estive uma manhã no bloco operatório onde pude perceber como se processa o percurso do doente no mesmo e como é realizada a cirurgia. Considero que esta experiência foi importante uma vez que me permitiu ter uma melhor noção da importância dos cuidados no pós-operatório, nomeadamente, na vigilância e prevenção de complicações. A intervenção cirúrgica tem implicância no doente, sendo que irá afetá-lo biopsicosocialmente no seu todo, desta forma conhecer a intervenção, assim como conhecê-lo, permite uma melhor perceção da necessidade de cuidados. Como referido por Benner (2001) “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (p.33). O doente submetido a cirurgia cardíaca carece de cuidados específicos, sendo também esta temática nova para mim. O percurso pela unidade permitiu-me desenvolver competências no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, uma vez que se trata de uma cirurgia de elevada complexidade, e cujo pós-operatório carece de especial vigilância. Os cuidados visam em grande parte a prevenção de complicações, nomeadamente através da vigilância dos drenos e monitorização cardíaca atenta pelo risco de tamponamento cardíaco, por exemplo. Requerem especial perícia, conhecimentos e competências que permitam antecipar o risco de falência orgânica associada a complicações, o que motivou o desenvolvimento de um estudo de caso. O enfermeiro deve ser capaz de antecipar as necessidades prováveis da pessoa, de forma a que esta esteja e se sinta segura física, psicológica e emocionalmente (Kitson, 2018). Esta vigilância integra-se no cuidado fundamental sendo que deve ter por base conhecer

a pessoa e atender às suas necessidades de cuidado, sendo esta um todo, prevenir complicações que advêm da sua situação de doença implica estabelecer uma relação e promover-lhe um sentimento de segurança. Tendo este referencial teórico do cuidado fundamental por base na prestação de cuidados, ao procurar estabelecer uma relação de confiança e segurança com o doente percecionei que este se sentia mais calmo e com um controlo de dor eficaz. O enfermeiro especialista executa cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa em situação emergente procurando antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, gere a comunicação interpessoal que permite a relação terapêutica com ganhos na gestão da dor e perturbações emocionais (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A cirurgia abdominal é também uma intervenção recorrente no hospital e cujo elevado número de doentes carece de vigilância na UCI. Alguns acabam por sofrer complicações o que leva ao prolongamento do período de permanência na unidade, e maior complexidade de cuidados. Durante o estágio prestei cuidados doentes que vivenciavam processos complexos de doença crítica, nomeadamente, complicações associadas a cirurgia, como choque hemorrágico, com necessidade de uma maior complexidade de cuidados. Ou decorrentes de alguma patologia crónica, como o caso de um doente com pneumonia de aspiração devido a doença neurodegenerativa. Durante a prestação de cuidados pude desenvolver as minhas competências na resposta às necessidades de cuidado fundamental a estes doentes, permitindo-me aumentar a minha capacidade de gerir os cuidados e antever possíveis complicações. A prestação do cuidado fundamental é um *continuum* que requer mestria, sendo necessária uma prática persistente e atenta que permita o desenvolvimento desta competência. Continuamente focar-se na pessoa, antecipando as suas necessidades em diferentes momentos ao longo do encontro de cuidados e avaliar a qualidade e os resultados da relação, são competências desafiantes de dominar (Kitson, 2018). A função de diagnóstico e de vigilância do doente foi crescendo com o número cada vez mais significativo de tratamentos sofisticados, o enfermeiro é capaz de detetar sinais de alarme precoces sendo um elemento crucial numa UCI (Benner, 2001). No domínio da vigilância e da aplicação dos programas terapêuticos os enfermeiros peritos administram e vigiam tratamentos muito complicados, antecipando os problemas que podem surgir e o que fariam para os resolver (Benner, 2001).

A PSC na UCI vivencia um momento propenso a ansiedade e medo, estes residem na incerteza, na dor e no contexto de cuidados. Uma doente a quem prestei cuidados era uma jovem, com 28 anos, tinha sido mãe há apenas quatro meses e estava internada na UCI com diagnóstico de pancreatite. Segundo os colegas, tratava-se de uma doente muito apelativa, solicitava diversas vezes para passar para o cadeirão e posteriormente para a cama, não encontrava conforto de forma alguma. Recorrendo ao meu raciocínio clínico percebi que se tratava de ansiedade e medo de alguém que além de estar doente estava num ambiente desconhecido e impessoal, com uma bebé em casa. Posto isto procurei estar o mais presente e disponível possível, promovi o diálogo e tentei explorar estes sentimentos, com o objetivo de demonstrar empatia e apaziguar todo o turbilhão de emoções que vivenciava, adotando um discurso positivo e incentivador. O pensamento crítico que inclui o raciocínio clínico, é assente em normas, políticas, leis e códigos de ética, guiado pelas necessidades do doente e pelo intento do enfermeiro em prestar os melhores cuidados, identifica as questões, problemas e riscos para o doente, recorre a estratégias utilizando a lógica e criatividade e tendo por base os conhecimentos, competências e experiências prévias (Alfaro-LeFevre, 2020). O raciocínio clínico e o cuidado centrado na pessoa coexistem na prestação de cuidados, sendo que o raciocínio clínico presume que o enfermeiro conhece o doente e atende à sua individualidade na prestação de cuidados, sendo também influenciado pelo contexto de cuidados (Tanner, 2006).

As famílias estavam muitas vezes presentes na UCI, acompanhando de perto os seus entes queridos neste período de doença. Este facto permitiu um cuidado mais dirigido à família, bem como estabelecer uma relação terapêutica. Serve de exemplo a situação de um casal americano que estava de férias em Lisboa quando a senhora adoeceu, necessitando de permanecer na UCI a receber cuidados específicos por diagnóstico de cetoacidose diabética. Este senhor permanecia todo o tempo de visita na UCI, acompanhando a esposa, pelo que procurei criar uma relação de confiança com ambos. A presença do marido tinha uma influência positiva na doente, sendo visível a sua tranquilidade, conforto e sensação de segurança quando ambos recebiam ensinamentos acerca de toda a situação de doença e cuidados. A apreensão da família recaiu na evolução da situação e no cuidado que a equipa presta ao seu familiar, procuram na interação constante e próxima com o enfermeiro, encontrar a informação e conforto necessários à

gestão da situação que vivenciam (Mendes, 2018). A inclusão da família na prestação de cuidados é fundamental com vista a humanização dos mesmos, como tal a comunicação vai permitir estabelecer relações terapêuticas entre enfermeiro e família, sendo o enfermeiro detentor de competências comunicacionais como o diálogo terapêutico, escuta ativa, toque terapêutico, *empowerment* e empatia (Russo, 2022).

Também neste serviço estiveram inerentes ao cuidar as práticas de prevenção e controlo de infeção mencionadas no subcapítulo anterior, sendo que por se tratar de um serviço mais tranquilo, com dinâmicas mais vincadas e menor rotatividade de profissionais e doentes, este cuidado foi facilitado quando comparado com o SU.

### **Desenvolver competências na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica a vivenciar sede**

A escolha desta UCI para realizar o estágio deveu-se ao fato de se tratar de uma UCI com grande prevalência cirúrgica, permitindo assim desenvolver a temática do projeto de Mestrado. Ao longo do estágio fui procurando avaliar a sede da pessoa a vivenciar o pós-operatório em período de jejum, percecionei que uma elevada percentagem não refere sede, mas quando questionados sobre o mesmo referiam sentir a boca seca e sede, com maior prevalência para a sensação de boca seca. Com vista à gestão da sede, humedecia a mucosa com água fria estando a promover também o conforto da pessoa. Após esta intervenção questionava o seu efeito, tendo observado que predominantemente era eficaz.

A sede é uma sensação de elevada prevalência no pós-operatório podendo ser um importante fator de desconforto, no entanto, ainda que a sua incidência seja elevada ela é predominantemente não referida pelos doentes (Maldonado et al., 2020; Nascimento et al., 2019; Oliveira et al., 2020; Pierrotti et al., 2018). A utilização de compressas humedecidas em água natural ou fria permite minimizar a sede com segurança e eficácia, sendo que temperaturas frias e soluções mentoladas aumentam a salivação e ativam recetores da orofaringe que conduzem à diminuição da produção da hormona antidiurética, diminuindo a sensação de sede (Nascimento et al., 2020).

Sendo uma unidade com grande prevalência de doentes sob intubação orotraqueal, este fator dificultava a avaliação da sede. Ainda assim, estando implementada a higienização da mucosa oral com clorhexidina, e tratando-se de um soluto mentolado, esta intervenção permite a prevenção de infeção associada a intubação bem como a gestão da sede (Norma nº 021/2015, 2022). A utilização de estratégias mentoladas é eficaz com apenas uma administração, o que torna essa alternativa interessante para o paciente em recuperação anestésica (Serato et al., 2019).

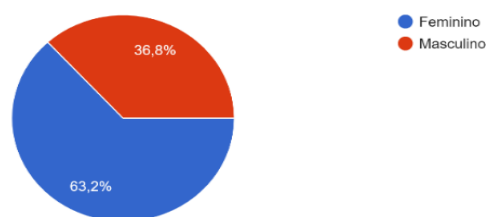
### **Contribuir para a formação contínua em enfermagem sobre a gestão da sede**

Durante o meu percurso, tal como no estágio anterior, fui observando a prestação de cuidados dos enfermeiros acerca do meu tema, e pude perceber que, também neste serviço, a avaliação da sede não é uma intervenção implementada de forma sistemática e que quando o doente referia sede alguns enfermeiros providenciavam compressas molhadas para humedecer a boca. Uma atividade a desenvolver neste estágio era conhecer qual a perceção da equipa acerca deste tema, bem como os seus conhecimentos e método de trabalho no que diz respeito à gestão da sede. Esta atividade foi sugerida pela docente orientadora após o *feedback* positivo da formação realizada no SU. Desta forma foi elaborado um questionário simples, com 12 perguntas, quatro que permitiram uma caracterização da amostra e oito que traduzem a perceção da amostra acerca do tema (Apêndice V).

Responderam ao questionário um total de 19 enfermeiros, num universo de 32 enfermeiros, representando assim uma taxa de adesão de 59%. Da amostra 63,2% são do género feminino e 36,8% do género masculino (Gráfico 1). Da amostra, quatro têm 20 a 30 anos, nove têm 30 a 40 anos e seis têm mais de 40 anos (Gráfico 2). Aproximadamente 50% (n=10) é detentor do título de especialista, sendo a área científica predominante a Enfermagem à PSC com seis enfermeiros, seguido de Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica com dois enfermeiros cada uma (Gráficos 3 e 4).

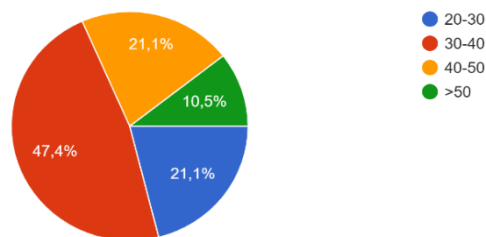
### Gráfico 1

Caracterização da amostra em género



### Gráfico 2

Organização da amostra por idade

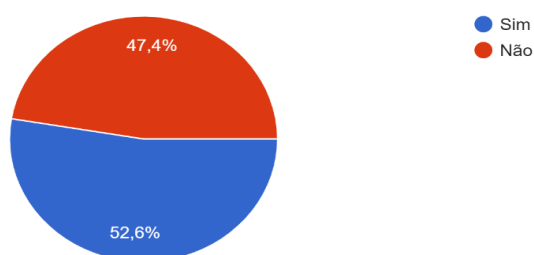


### Gráfico 3

Caracterização da amostra por grau académico

É detentor do título de especialista?

19 respostas

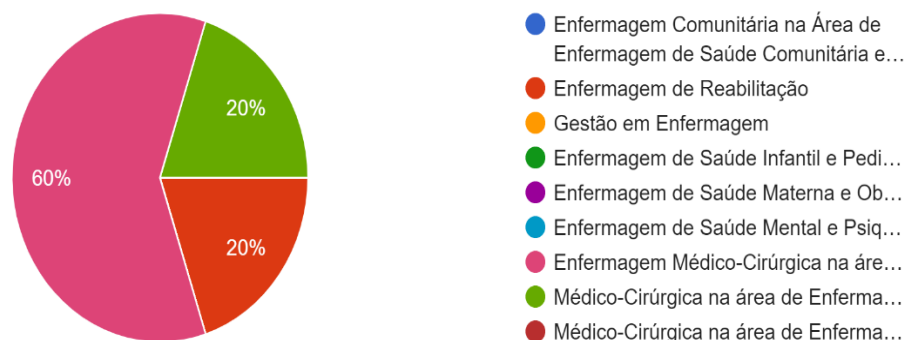


### Gráfico 4

Caracterização da amostra por área de especialidade

Se referiu que é detentor do título de especialista, qual a sua área científica de especialização?

10 respostas

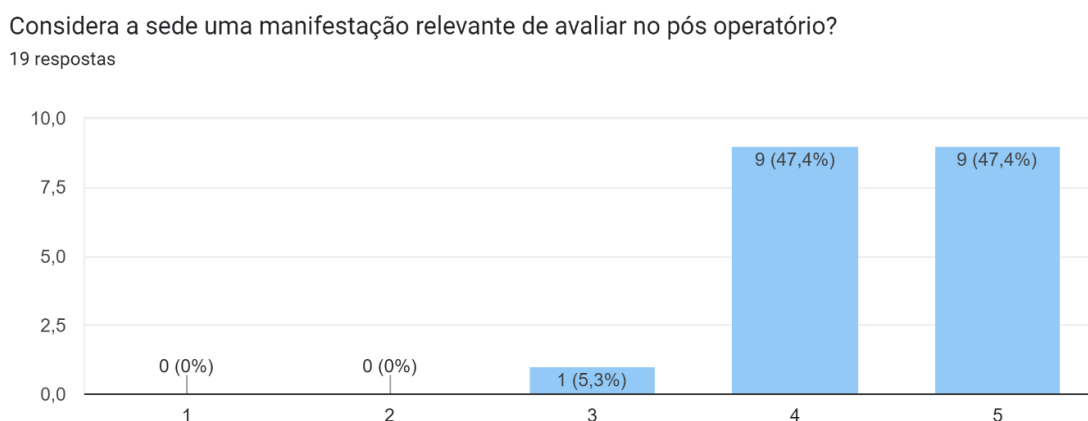


Quando questionados sobre se consideram a sede uma manifestação relevante de avaliar no pós-operatório, numa escala de importância de 1 a 5, nove respondentes

consideraram o nível 5, outros nove consideraram o nível 4 e um enfermeiro considerou o nível 3 (Gráfico 5). Com estas respostas concluo que a maioria da amostra considera a avaliação da sede relevante, embora não lhe atribua uma relevância absoluta, demonstrando ainda assim alguma subvalorização deste sintoma. Sensibilizar a equipa para a relevância da sede é um dos pilares desta temática, uma vez que a sua relevância é ainda pouco percecionada pelos enfermeiros (Motta et al., 2020).

### Gráfico 5

Relevância atribuída à avaliação da sede



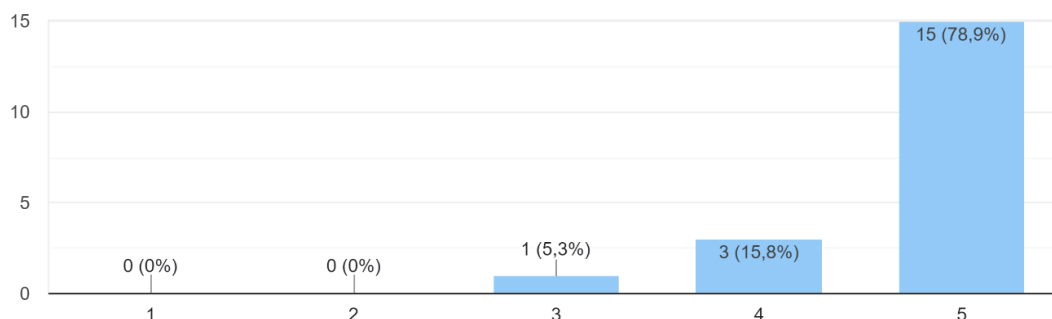
Quando questionados sobre se consideram a sede uma manifestação que influencia o conforto da pessoa, 15 enfermeiros concordaram totalmente, três responderam o nível 4 e um respondeu o nível 3 (Gráfico 6). Concluo assim que esta amostra de enfermeiros, em grande maioria, percebe da sua experiência que a sede tem influência no conforto da pessoa, o que corrobora os relatos existentes por parte de pessoas submetidas a cirurgia que classificam a sensação de sede e boca seca como desagradáveis e importante fator de desconforto (Silva et al., 2016).

## Gráfico 6

Percepção acerca da influência da sede no conforto do doente

Considera a sede uma manifestação que influencia o conforto da pessoa?

19 respostas



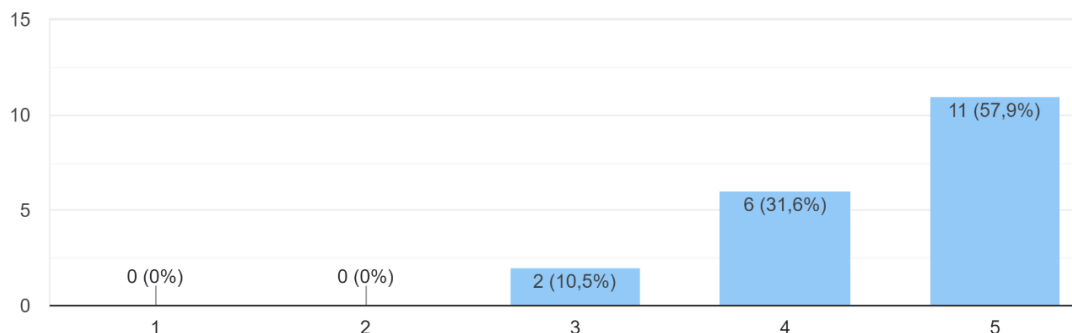
Quando questionados sobre se na sua perspectiva a sede é um desconforto comumente referido pelo doente, numa escala de concordância de 1 a 5, 11 enfermeiros concordaram totalmente, seis atribuíram o nível 4 e dois atribuíram o nível 3 (Gráfico 7). Desta forma mais de 50% da amostra considera comum a manifestação de sede pelo doente submetido a cirurgia. Também considero da minha prática, que a sede é um sintoma amplamente referido no pós-operatório. Na minha perspectiva, o que pode levar os enfermeiros a considerar que a sede não é assim tão mencionada, é o fato de muitas vezes o doente mesmo sentindo sede acaba por não a verbalizar. Detenho esta conclusão uma vez que quando questionados sobre se têm a prática de perguntar à pessoa alvo de cuidados se sente sede ou boca seca, numa escala de 1 a 5, apenas quatro responderam o nível 5, oito responderam o nível 4, seis responderam o nível 3 e um respondeu o nível 2 (Gráfico 8). Assim, a avaliação da sede ainda não é uma intervenção que seja realizada de forma inequívoca, sendo que os enfermeiros desconhecem a evidência científica acerca da gestão da sede no perioperatório (Silva et al., 2016). Dotar a equipa de conhecimento sobre a importância desta temática permitirá que os enfermeiros integrem mais facilmente na sua prática a avaliação da sede na PSC no período perioperatório. Para isso é importante facultar aos enfermeiros instrumentos como escalas e protocolos, que possam aplicar de forma sistematizada.

## Gráfico 7

Percepção acerca da manifestação espontânea de sede por parte do doente

Na sua perspetiva a sede é um desconforto comumente referido pela pessoa alvo de cuidados?

19 respostas

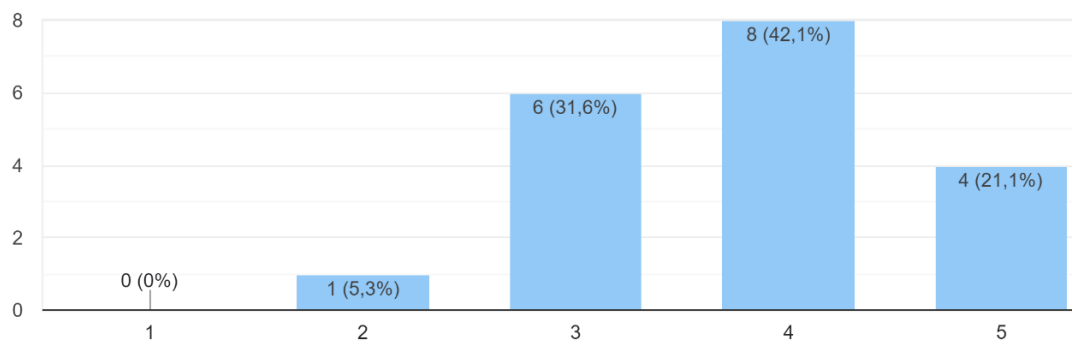


## Gráfico 8

Avaliação da sede enquanto intervenção de enfermagem

Tem a prática de questionar se a pessoa alvo de cuidados sente sede ou boca seca?

19 respostas



Quando questionados sobre se consideram que a sede tem influência na hemodinâmica do doente, numa escala de concordância de 1 a 5, quatro responderam concordar totalmente, dez atribuíram o nível 4, dois atribuíram o nível 3 e três atribuíram o nível 2 (Gráfico 9). A sede desempenha um papel basilar na regulação da homeostase dos fluidos corporais, levando a pessoa a procurar a ingestão hídrica com vista à manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico (Arai et al., 2014). Atendendo a esta evidência

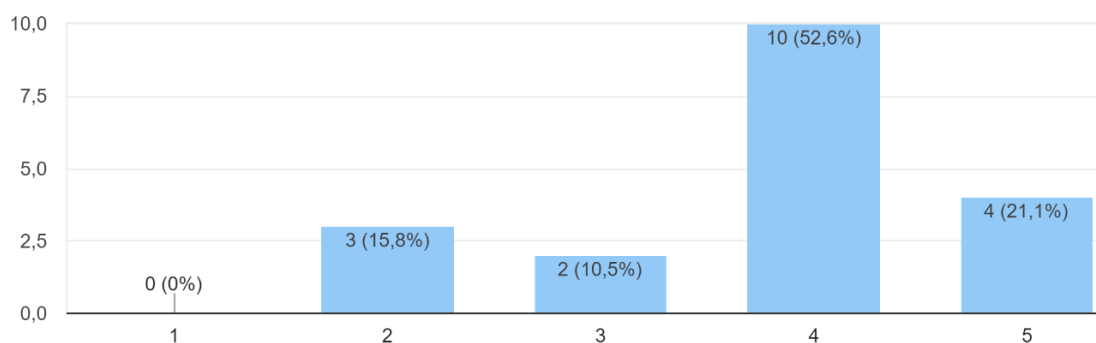
que comprova, não só que a sede tem influência na hemodinâmica do doente, bem como pode ser desencadeada por alterações na mesma, nomeadamente hipovolemia, podemos concluir que a equipa carecia de formação acerca deste tema.

### Gráfico 9

Perceção acerca da influência da sede na hemodinâmica do doente

Considera que a sede tem influência na hemodinâmica da pessoa alvo de cuidados?

19 respostas



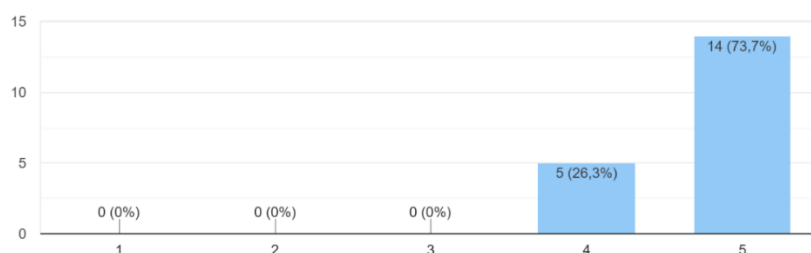
Quando questionados sobre se perante um doente que refere sede, tem como prática intervir, numa escala de concordância de 1 a 5, 14 pessoas atribuíram 5 e cinco pessoas atribuíram 4, demonstrando que existe a prática de dar resposta às necessidades transmitidas pelo doente (Gráfico 10). Mesmo que não esteja implementada a prática de avaliar a sede, os enfermeiros não deixam de dar resposta às necessidades de conforto expressas pelo doente. Aqui, os enfermeiros demonstram que apresentam um cuidado centrado na pessoa dando resposta às manifestações do doente. Garantir que o doente exerce o seu direito de tomada de decisão, partilhando a gestão dos cuidados é uma forma de respeitar a sua individualidade e autonomia (McCormack & McCance, 2017).

### Gráfico 10

Intervenção do enfermeiro perante a manifestação de sede

Perante uma pessoa que refere sede, tem como prática intervir?

19 respostas



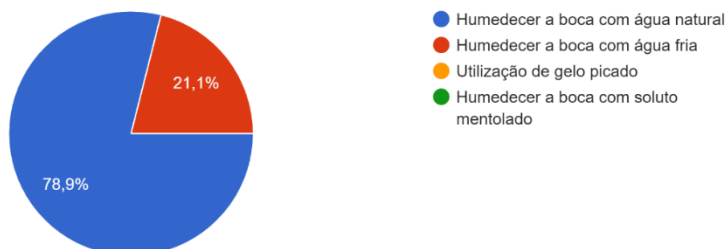
A amostra refere que as intervenções de enfermagem realizadas são humedecer a boca com água natural, por 15 enfermeiros, e humedecer a boca com água fria por quatro enfermeiros (Gráfico 11). Deixando de lado a utilização de gelo picado ou a utilização do soluto mentolado. Quando questionados sobre quais as intervenções que consideram mais relevantes para a gestão da sede, a opção mais escolhida foi humedecer a boca com água natural com 15 enfermeiros a optar por esta intervenção, seguida de humedecer a boca com água fria (6), humedecer a boca com soluto mentolado (3) e utilização de gelo picado (2) (Gráfico 12). A amostra na sua maioria opta por utilizar água natural e considera ser a mais relevante, mas é também atribuída pertinência a soluções frias, embora estas não sejam a opção primordial, esta questão poder-se-á prender com o facto de o gelo e água fria não serem um recurso disponível, ou por uma questão de praticidade.

### Gráfico 11

Intervenções de enfermagem realizadas na gestão da sede

Das seguintes intervenções quais as que utiliza na gestão da sede?

19 respostas

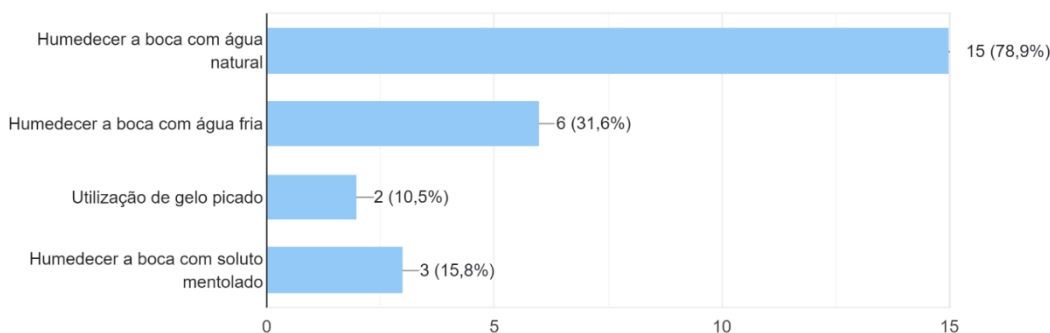


### Gráfico 12

Relevância atribuída às intervenções de enfermagem realizadas na gestão da sede

Das seguintes intervenções quais as que considera mais relevantes para a gestão da sede?

19 respostas



A partir deste questionário foi-me possível perceber a real importância da formação acerca desta temática, uma vez que não só a equipa não estava desperta para a avaliação da sede, como não conhecia a sua influência na estabilidade hemodinâmica. Tinham a percepção de que esta influenciava o conforto, mas só intervinham perante um pedido por parte do doente e recorrendo a intervenções eficazes, ainda assim a utilização do frio podia representar um cuidado mais eficaz com reduzidas quantidades e comprovada segurança.

Posto isto, adaptei a formação elaborada no SU, tendo utilizado o mesmo suporte de apresentação, direcionando o discurso para as necessidades específicas desta equipa. O meu objetivo principal era transmitir a importância da gestão de sede na pessoa em período perioperatorio, e apresentar as intervenções que visam a sua gestão de forma eficaz e segura. A formação foi realizada num dia após a passagem de turno da manhã para a tarde, segundo indicação do enfermeiro chefe, e o *feedback* verbal dado pelos colegas foi positivo, tendo a equipa considerado pertinente, interessante e relevante.

A investigação permite a transformação dos cuidados, com vista ao incremento da qualidade dos mesmos. Desta forma, a investigação e os estudos, bem como a sua divulgação permitem uma prática avançada de enfermagem, uma prática que visa cuidados especializados à pessoa. Como refere Silva (2007) “os especialistas são técnicos que (...) através da prática, investigação e estudo promovem o desenvolvimento da enfermagem” (p.17). A prática avançada de enfermagem assenta em cinco domínios, sendo estes: a prestação direta de cuidados globais centrados na pessoa, o contributo para o desenvolvimento da prática de enfermagem através da criação de políticas, procedimentos e *guidelines*, a participação em formação transmitida aos pares, realização de investigação com vista na melhoria contínua de uma prática baseada na evidência e a promoção da enfermagem enquanto ciência (Comitê de enfermeiros de prática avançada de enfermagem, 2004). A aplicação do questionário permitiu perceber o estado da arte no cuidar da pessoa com sede e a formação permitiu difundir informação científica de relevância, promovendo uma prática baseada na evidência. Estas atividades desenvolvidas na UCI possibilitaram demonstrar mais um passo dado no sentido de uma prática avançada de enfermagem, dando robustez a esta competência.

Fui incentivada pela docente orientadora a submeter um pitch acerca do tema do projeto de mestrado, no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem - NursID. Uma vez que já no primeiro estágio tinha tido a oportunidade de participar num congresso e tinha tido um feedback positivo por parte da organização, pareceu-me mais uma excelente oportunidade de partilha e enriquecimento. A elaboração deste pitch constituiu um desafio para mim, porque apesar de estarmos na era das redes sociais em que diariamente as pessoas partilham vídeos acerca do seu dia-a-dia ou temas que considerem relevantes, esta competência não está de todo patente na minha realidade. Desta forma, previamente à elaboração vi-me obrigada a procurar desenvolver competências de gravação e edição de vídeo, que posteriormente coloquei em prática na elaboração do pitch.

Realizei a submissão e foi-me permitido realizar a apresentação do tema no congresso (Apêndice VI). Na minha perspetiva foi mais uma oportunidade positiva de partilha e de sensibilização para a temática, demonstrando como o desenvolvimento de mais investigação sobre este tema é de grande relevância, com vista ao incremento dos cuidados de enfermagem que visam o conforto da pessoa alvo de cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolvido o estágio, com a elaboração deste relatório procurei espelhar todo o percurso de desenvolvimento de competências de forma rigorosa. O desenvolvimento do projeto permitiu, em contexto de estágio, um percurso enriquecedor para mim com importante desenvolvimento de competências no cuidado fundamental à PSC no geral e especificamente a vivenciar sede, através do delineamento de objetivos e estratégias que guiaram o trajeto. Existe um crescimento gradual ao longo do percurso, que me permitiu reestruturar-me enquanto enfermeira e pessoa, aprendizagens que levo para a minha prática doravante. O crescimento que surge deste percurso inicia-se com o principiar do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, uma vez que todas as teorias lecionadas nos dois primeiros semestres me permitiram adquirir os conhecimentos e competências desenvolvidas em estágio, recorrendo a uma prática reflexiva para construir um pensamento complexo que correlaciona a prática com as distintas teorias.

A temática escolhida - a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório - representa um importante fator de desconforto e ansiedade vivenciado pela PSC no período perioperatório, tendo repercussões na sua hemodinâmica. A sua incidência é elevada sendo muitas vezes ignorada pelo enfermeiro e até mesmo pelo próprio doente, assente no estigma de que esta é habitual e deve ser tolerada. Este desconforto requer um olhar intencional pelos enfermeiros, devendo estes ser consciencializados para a sua importância, incluindo-a na sua avaliação e intervenção. Para tal, a formação assume um papel fulcral como metodologia de divulgação da evidência mais atual, facultado aos enfermeiros estratégias de avaliação e gestão da sede. Incluir a sede enquanto foco dos cuidados de enfermagem permite responder a uma necessidade de cuidado fundamental e de conforto do doente, com incremento da qualidade dos cuidados. Da minha perspetiva, este tema representa um problema novo e atual da disciplina de enfermagem que carece de maior atenção, desenvolvimento científico e implementação na prática.

Pude perceber em observação livre a incidência elevada da sede e como a mesma pode condicionar o conforto do doente. Procurei fazer um investimento consistente na divulgação do tema nos locais de estágio, mas também em eventos

científicos, aplicando aquilo que a evidência tem como uma prioridade, consciencializar os enfermeiros da importância da sede. A realização de formação nos locais permitiu-me difundir o saber extraído através da RIL, sendo que numa fase inicial eu própria me senti insegura no meu percurso, o reconhecimento dos pares permitiu que eu me munisse de energia e confiança e abraçasse este tema em plenitude enquanto foco dos cuidados de enfermagem. O interesse manifestado no tema por quem me acompanhou e orientou neste percurso também me fortaleceu em momentos de maior cansaço, fazendo crescer motivação para que eu pudesse evoluir, mas também permitindo que surgissem projetos a ser desenvolvidos futuramente acerca desta temática, que permitam o seu desenvolvimento na comunidade de enfermeiros portugueses. Expor a temática em eventos científicos através da elaboração do poster e do pitch foram importantes e desafiantes momentos que vejo como oportunidades para criar a semente da curiosidade e da sensibilização acerca da sede no perioperatório. Estes momentos de divulgação tiveram como alvo não só o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Mestre, mas também a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo uma prática baseada na evidência.

Os cuidados prestados à PSC possibilitaram o desenvolver de competências específicas de cuidado fundamental em momentos de maior complexidade de doença crítica, sendo que da reflexão sistematizada exposta ao longo deste relatório surge uma maior solidificação das competências, evoluindo o meu raciocínio clínico e julgamento crítico. No decorrer do percurso tive presente o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980; Dreyfus, 1981) aplicado à enfermagem segundo Patricia Benner (2001) e procurei desenvolver uma compreensão profunda da situação global o que sustenta as competências de perito, tendo esta ainda que ser mais desenvolvida e consolidada de agora em diante ao longo do meu percurso profissional.

No decorrer do percurso de desenvolvimento de competências e passando pelos locais de estágio, mantive em mente a procura por momentos de aprendizagem que permitissem o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e conseqüentemente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, mobilizando a teoria e recorrendo a reflexão.

Como fatores limitadores considero que o tempo em estágio deveria ser mais longo, mas com a possibilidade por parte das entidades patronais que a dedicação fosse

na íntegra, como acontece já noutras profissões, permitindo assim um percurso mais tranquilo, consistente e com uma melhor consolidação das competências desenvolvidas.

Considero que este percurso me possibilitou momentos de aprendizagem ímpares com uma inevitável reconstrução do meu pensamento e do meu ser, saber e fazer enquanto enfermeira, com inerentes ganhos para a qualidade dos cuidados. Futuramente pretendo desenvolver mais projetos de investigação, no âmbito deste tema, que contribuam para o meu crescimento individual, mas também da ciência de Enfermagem.



## REFERÊNCIAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2015). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment E-Book: A Practical Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Alves, A. B. G., Neto, C. & Alves, F. (2016). Plano de Emergência Externa. <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:abef6d0f-86e2-38a4-b3b8-65452167216b>
- Arai, S. R., Butzlaff, A., Stotts, N. A., & Puntillo, K. A. (2014). Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biological research for nursing*, 16(4), 456–466. <https://doi.org/10.1177/1099800413505900>
- Aroni, P., Nascimento, L. A. do., & Fonseca, L. F. (2012). Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paulista De Enfermagem*, 25(4), 530–536. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400008>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2017). Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Doa%C3%A7%C3%A3o-e-Transplanta%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%93rg%C3%A3os-e-Tecidos.pdf>
- Barreto, M. D. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L. F. D., & Marcon, S. S. (2019). Presence of the family during emergency care: Patient and family living. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0150>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática de enfermagem* (2ªed). Quarteto Editora.
- Canadian Nurses Association (2019). *Advanced Nursing Practice - A Pan-Canadian Framework*. CNA.
- Advanced Practice Nurse Committee (2004). *The Strong Model of Advanced Practice*. Health Sciences Centre Winnipeg

Cone, K. J. (2000). *The development and testing of an instrument to measure decision making in emergency department triage nurses*. Saint Louis University.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 12/1993 (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Assembleia da República, Diário da República, Série I-A (No 94 de 1993-04-22), 1961–1963. eli: <https://data.dre.pt/eli/lei/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>

Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 7 (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção-Geral de Saúde, 1-125. <https://acrobat.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:ea3fa359-3bb4-37b4-b3b3-4c8ff27d25c2>

Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 9 (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral de Saúde, 1–6. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2017 (2017a). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral de Saúde, 1-25. <http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/10/i023807.pdf>

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 021/2015 (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção-Geral de Saúde, 1- 23. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_a\\_ssoc\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_a_ssoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção-Geral de Saúde, 1-24. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objetivos e Competências do CMEPSC. <https://bit.ly/2HemEQM>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL
- Garcia, A. K. A., Fonseca, L. F., Aroni, P., & Galvão, C. M. (2016). Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>
- Grupo Português de Triagem. (2011). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Kitson A. L. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. University of Adelaide
- Kolcaba K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 13(2), 117–131. <https://doi.org/10.1177/089801019501300203>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.

- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Maldonado, R. N., Conchon, M. F., Birolim, M. M., & Fonseca, L. F. (2020). Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). The Person-Centred Practice Framework. In *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and Practice*. (2th, pp.41-58). Wiley-blackwell
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McFarlane, D. A. (2015). Teams, Change, and Leadership: Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(5), 748-757.
- Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: Estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 170-177. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Motta, N. H., do Nascimento, L. A., Pierotti, I., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2020). Evaluation of a safety protocol for the management of thirst in the postoperative period. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(2), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.005>
- Nascimento, L. A. D., Garcia, A. K. A., Conchon, M. F., Aroni, P., Pierotti, I., Martins, P. R., Nakaya, T. G., & Fonseca, L. F. (2020). Advances in the management of perioperative patients' thirst. *AORN journal*, 111(2), 165–179. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
- Nascimento, L. A. do.; Nakaya, T. G., Conchon, M. F., Garcia, A. K. A., Pierotti, I., Serato, V. M., & Fonseca, L. F. (2019). Prevalência, intensidade e desconforto da sede no

- paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Revista SOBECC*, 24(2), 85–90.  
<https://doi.org/10.5327/z1414-4425201900020006>
- Oliveira, L. D. de L., Nascimento, S. F. do, & Farias, C. R. L. de. (2020). Avaliação das dimensões da sede no paciente cirúrgico ortopédico. *Revista SOBECC*, 25(2), 99–104.  
<https://doi.org/10.5327/z1414-4425202000020006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia orientador de boa prática. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/c\\_adernosoe-dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/c_adernosoe-dor.pdf)
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Coutinho, P. (2016). Rede de referência de medicina intensiva. *Redes de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva*.
- Smith, M. C. (2019). *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.
- Pierotti, I., Fracarolli, I. F. L., Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2018). Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Escola Anna Nery*, 22(3), 1–8.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>
- Pierotti, I., Nakaya, T. G., Garcia, A. K. A., do Nascimento, L. A., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2018). Thirst and fasting time assessment in surgical patients. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, 1–9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27679>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 135 de 2018-07-16), 19359-19370.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (Nº 26

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced nursing*, 26(1), 65-72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Russo, J., Bico, I., & Vala, P. (2022). Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em contexto de unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 8(1), 96-116. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)

Sa, F. L., & Velez, M. A. (2021). O cuidado a família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

Serato, V. M., Fonseca, L. F., Birolim, M. M., Rossetto, E. G., Mai, L. D., & Garcia, A. K. A. (2019). Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(3), 600-608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>

Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.

Silva, L. C. J. R. da,; Aroni, P., & Fonseca, L. F. (2016). Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Revista SOBECC*, 21(2), 75. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201600020003>

Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Søreide, E., Spies, C., in't Veld, B., & European Society of Anaesthesiology (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology*, 28(8), 556–569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211.



**ANEXOS**

## **ANEXO I**

Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência  
do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

# Certificado



Certifica-se que Patricia Lagarto, com o cartão de cidadão nº 14174421, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022

*Márcio Miguel Coimbra do Carvalho*

Márcio Carvalho  
Presidente da Comissão  
Organizadora

*Áurea Andrade*

Áurea Andrade  
Enfermeira Diretora do CHUC

## 1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**DESAFIO EMERGENTE**

Centro de Congressos do CHUC  
19 e 20 maio 2022

Organização:



**TERTÚLIA EMERGENTE**  
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



## **ANEXO II**

Certificado de participação no Congresso Internacional de Investigação em  
Enfermagem - NursID



## NursID 2022

### DECLARAÇÃO

Declara-se que **Patrícia Andreia Amorim Lagarto** participou no evento **Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem - NursID 2022**, realizado de 14 de julho a 15 de julho de 2022, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 20 horas.

Atividades em que participou:

Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

# ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Sessão de formação: A sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório

## PLANO DE SESSÃO

**Tema:** A sede na pessoa e situação crítica no período perioperatório

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência Central e Unidade de Cuidados Intensivos

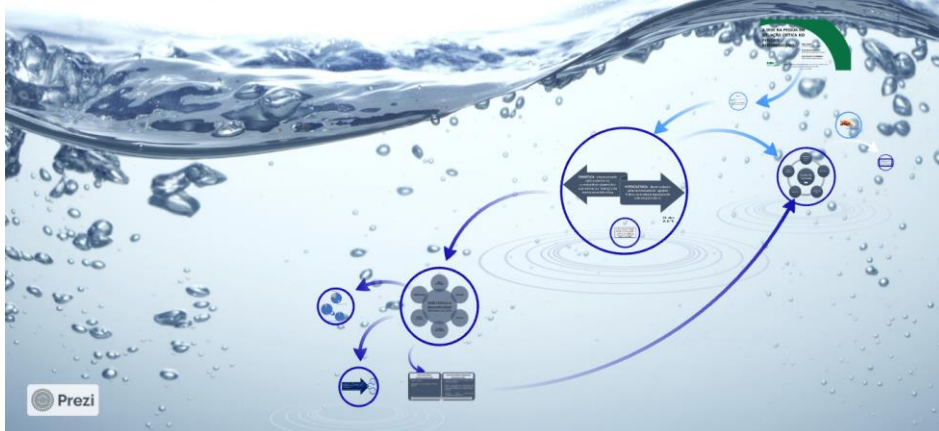
**Formadora:** Enfermeira Mestranda Patrícia Lagarto

**Objetivo geral:** Transmitir a importância da sede na pessoa em período perioperatorio

**Objetivos específicos:** Apresentar enquadramento teórico acerca da sede; explicar a sua importância para a pessoa no período perioperatório; expor a importância dos cuidados de enfermagem na gestão da sede.

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	DURAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação da formadora;</li><li>- Apresentação do tema;</li><li>- Apresentação dos objetivos.</li></ul>	Expositivo	Projektor Computador	2 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição de sede;</li><li>- Exposição da problemática da sede;</li><li>- Teoria de enfermagem: cuidar da pessoa com sede</li><li>- Estratégias de enfermagem na gestão da sede.</li></ul>	Expositivo	Projektor Computador	6 min.
Conclusão	Síntese final	Expositivo	Projektor Computador	2 min.

## A SEDE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO



## A SEDE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

**Mestranda:**  
Patrícia Lagarto nº10463



CURSO DE Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO  
Ano Letivo 2021-2022



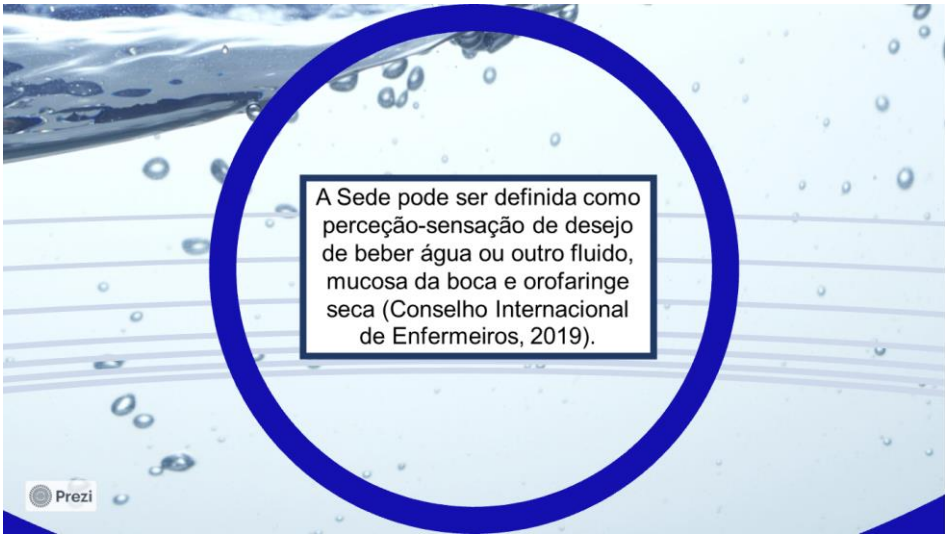
### Objetivos

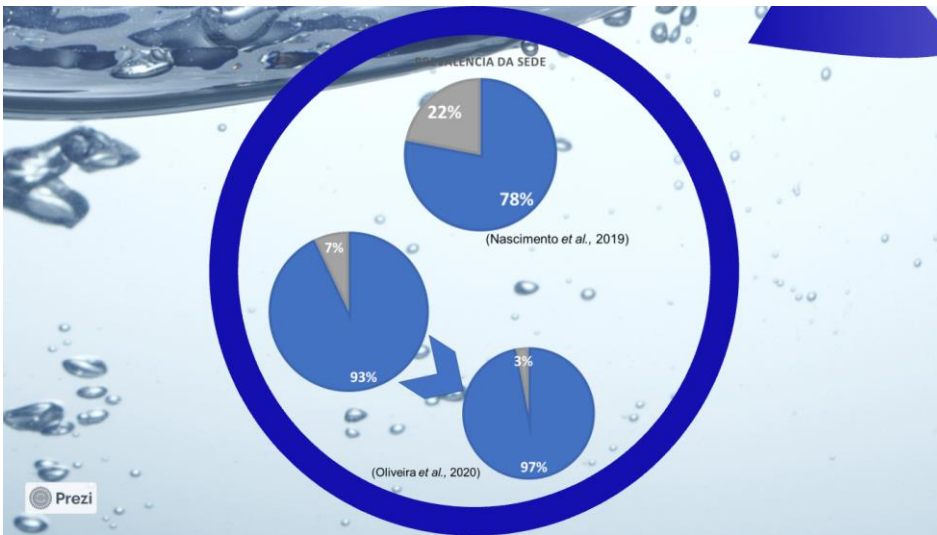
**Objetivo geral:** Transmitir conhecimentos acerca da sede vivenciada pela pessoa em situação crítica no período perioperatório.

**Objetivos específicos:**

- Apresentar o enquadramento teórico acerca da sede;
- Explanar a importância da sede para a pessoa no período perioperatório;
- Expor a relevância dos cuidados de enfermagem na gestão da sede.







<b>Teoria do Conforto</b> <b>Katharine Kolcaba (2003)</b>	<b>Teoria do Cuidado Fundamental</b> <b>Alison Kitson (2018)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visam o conforto;</li> <li>• Abordagem das necessidades humanas básicas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação terapêutica com a pessoa como centro dos cuidados;</li> <li>• Atingir a autonomia no cumprimento das suas necessidades físicas, psicossociais relacionais, atendendo o contexto onde os cuidados;</li> <li>• Condição clínica, conhecimentos, competências e experiência;</li> </ul>

Prezi



**Perioperative Thirst Discomfort Scale (PTDS)**

Is the patient thirsty?      ( ) Yes ( ) No

Spontaneous complaint?      ( ) Yes ( ) No

I am uncomfortable because:

	Not uncomfortable	A little uncomfortable	Very uncomfortable
My mouth is dry.	0	1	2
My lips are dry.	0	1	2
My tongue is thick.	0	1	2
My saliva is thick.	0	1	2
My throat is dry.	0	1	2
I have a bad taste in my mouth.	0	1	2
I want to drink water.	0	1	2

Final score:



# BIBLIOGRAFIA

- Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2014). Eficácia De Gelo E Água No Manejo Da Sede No Pós-Operatório Imediato: Ensaio Clínico Randomizado Ice and Water Efficiency in the Management of Thirst in the Immediate Postoperative Period - Randomized Clinical Trial. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(5), 1435–1440. <https://doi.org/10.5205/revuel.5863-60531-1-ED.0809201446>
- Garcia, A. K. A., Fonseca, L. F., Aroni, P., & Galvão, C. M. (2016). Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Revista Nursing Research*, 99–107. <https://doi.org/10.1097/ANR.0000000000000271>
- Kolcaba, K. (1999). The Art of Comfort Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 287–89. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Pub. Co.
- Maldonado, R. N., Conchon, M. F., Birolim, M. M., & Fonseca, L. F. (2020). Sede Do Paciente Cirúrgico Ortopédico No Pós-Operatório Imediato. *Revista Baiana de Enfermagem* 12 –1, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34523>
- Motta, N. H., do Nascimento, L. A., Pierotti, I., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2020). Evaluation of a Safety Protocol for the Management of Thirst in the Postoperative Period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(2), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.005>
- Nascimento, L. A. do, Garcia, A. K. A., Conchon, M. F., Aroni, P., Pierotti, I., Martins, P. R., Nakaya, T. G., & Fonseca, L. F. (2020). Advances in the Management of Postoperative Patients' Thirst. *AORN Journal*, 111(2), 165–179. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
- Nascimento, L. A. do, Nakaya, T. G., Conchon, M. F., Garcia, A. K. A., Pierotti, I., Serato, V. M., & Fonseca, L. F. (2019). Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Revista SOBEECC*, 24(2), 85–90. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201900020006>
- Oliveira, L. D. de L., Nascimento, S. F. do, & Farias, C. R. L. de. (2020). Avaliação das dimensões da sede no paciente cirúrgico ortopédico. *Revista SOBEECC*, 25(2), 99–104. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202000020006>



## **APÊNDICE II**

Poster: Gestão da Sede No Período Perioperatório: Intervenção Especializada de Enfermagem

# GESTÃO DA SEDE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Lagarto, P<sup>1</sup>; Nascimento, C<sup>2</sup>

## Introdução

A sede é uma manifestação de elevada prevalência no período perioperatório, causando desconforto e ansiedade na pessoa. Existe a crença de que a sede no perioperatório é expectável e serve para prevenir complicações, estando esta ideia enraizada na cultura dos sistemas de saúde, profissionais e utilizadores (Nascimento et al., 2019). Esta visão faz com que este sintoma seja subestimado e desvalorizado (Motta et al., 2020), tornando-se imperativo conhecer as intervenções que permitem gerir a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório, com vista ao conforto da mesma e incremento da qualidade dos cuidados de saúde.

## Objetivo

Identificar as intervenções de enfermagem na gestão da sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório.

## Metodologia

Realizada pesquisa dos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Selecionados estudos nos idiomas português, espanhol ou inglês sem qualquer limitação na data de publicação. Realizada análise dos artigos tendo como referenciais teóricos de enfermagem a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Cuidado Fundamental de Alison Kitson.

## Resultados



- Avaliar a sede através da utilização da escala de desconforto da sede perioperatória;
- Humedecer a boca utilizando compressas embebidas em água ou soro fisiológico frio e administração de quantidades muito reduzidas de água;
- Utilização de gelo picado e gelados;
- Bochechar com soluto mentolado ou água fria o que irá estimular a produção de saliva e diminuir a sensação de boca seca.

## Conclusões

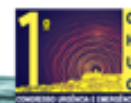
A sede é uma sensação que pode influenciar negativamente a vivência da pessoa no período perioperatório. A evidência concluiu que existem intervenções que são eficazes na gestão da sede, dando particular ênfase a utilização de soluções frias, como o gelo ou o mentol. Estas demonstraram maior eficiência no controlo da sede através da ativação de recetores da orofaringe, diminuindo a libertação da hormona antidiurética. A gestão da sede assume uma importância crucial não só como fator de conforto e bem-estar para a pessoa, bem como na sua homeostase. Emerge a necessidade de ser valorizada, podendo o enfermeiro assumir um papel chave na gestão deste sintoma. Kolcaba (2003) refere que os cuidados de enfermagem que visam o conforto de forma holística vão ter resultados não apenas no conforto da pessoa e sensação de bem-estar, mas também vão influenciar positivamente toda a experiência hospitalar vivenciada, bem como a visibilidade da qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo a teoria do Cuidado Fundamental este visa as necessidades diárias, físicas, psicossociais e relacionais da pessoa (Kitson, 2018).

## REFERÊNCIA 8



**Palavras-chave:** Critical ill patient; Thirst; Nursing care; Management; Perioperative Period.

1. Enfermeira, CHULN, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ESEL
2. Professora, ESEL



## **APÊNDICE III**

Certificado de 1º prémio na categoria de Comunicação Livre em formato de E-Poster no  
1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar  
Universitário de Coimbra

# Certificado



1º PRÉMIO

COMUNICAÇÃO LIVRE EM FORMATO DE E-POSTER

Certifica-se que a Comunicação Livre, intitulada GESTÃO DA SEDE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM, apresentada por Patrícia Lagarto, cujos autores são Patrícia Lagarto e Carla Nascimento, ganhou o 1º Prémio na categoria de Comunicação Livre em formato de e-Poster no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).  
Coimbra, 23 maio 2022

*Márcio Carvalho*

Márcio Carvalho  
Presidente da Comissão  
Organizadora

*Áurea Andrade*

Áurea Andrade  
Enfermeira Diretora do CHUC

*Rui Gonçalves*

Rui Gonçalves  
Presidente da Comissão Científica

1º CONGRESSO  
DE ENFERMAGEM  
EM URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e  
Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC  
19 e 20 maio 2022

Organização:



TERTÚLIA EMERGENTE  
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



## **APÊNDICE IV**

Desafio Emergente - Livro do 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: Gestão da sede no período perioperatório: intervenção especializada de enfermagem



### GESTÃO DA SEDE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Patrícia Lagarto

#### E-poster premiado com 1º prémio

**Introdução:** A sede é uma manifestação de elevada prevalência no período perioperatório, causando desconforto e ansiedade na pessoa. Existe a crença de que a sede no perioperatório é expectável e serve para prevenir complicações, estando esta ideia enraizada na cultura dos sistemas de saúde, profissionais e utilizadores (Nascimento et al., 2019). Esta visão faz com que este sintoma seja subestimado e desvalorizado (Motta et al., 2020), tornando-se imperativo conhecer as intervenções que permitem gerir a sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório, com vista ao conforto da mesma e incremento da qualidade dos cuidados de saúde.

**Objetivo(s):** Identificar as intervenções de enfermagem na gestão da sede na pessoa em situação crítica no período perioperatório.

**Método(s):** Foi realizada uma pesquisa inicial de artigos e conceitos no google académica, e bases de dados, com vista a definir a problemática e a sua importância. Foi identificada linguagem natural e seguidamente a linguagem indexada. Realizou-se uma pesquisa dos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Foram utilizadas as expressões booleanas OR entre termos que representem o mesmo conceito e AND entre termos que representem conceitos diferentes.

Foram selecionados estudos nos idiomas português, espanhol ou inglês sem qualquer limitação na data de publicação.

**Resultados:** Encontrando-se a revisão integrativa da literatura em desenvolvimento, os resultados preliminares permitirão identificar intervenções de enfermagem, dando resposta ao objetivo estabelecido. A utilização de escalas que avaliam o desconforto associado à sede permitiu registar a perceção da pessoa acerca deste desconforto, mensurando-o, tal como é realizado com a dor. Intervenções como humedecer a boca com água, utilizando um algodão, administração de quantidades muito reduzidas de água, ou utilização de gelo picado e gelados, demonstraram ser eficazes na gestão da sede sem comprometer o período de jejum. A utilização de soluções que promovem uma sensação de frio, como solutas mentoladas, água fria e gelo demonstraram particular eficiência no controlo da sede.

Também a utilização de saliva artificial, compressas humedecidas em água ou soro fisiológico frio e bocajes com água fria permitiram estimular a produção de saliva e diminuir a sensação de boca seca, transmitindo uma sensação de conforto à pessoa.

**Conclusão:** A sede é uma sensação que pode influenciar negativamente a vivência da pessoa no período perioperatório, existindo já literatura que o confirma. Emerge a necessidade de ser valorizada, podendo o enfermeiro assumir um papel chave na gestão deste sintoma. A evidência vem dar particular ênfase a soluções frias, como o gelo ou o mental, uma vez que estas demonstram ser eficazes na ativação de receptores da orofaringe, diminuindo a libertação da hormona antidiurética. Por este motivo, a gestão da sede assume uma importância crucial não só como fator de conforto e bem-estar para a pessoa, bem como na sua homeostase.

**Palavras-chave:** Doente crítico; Sede; Cuidados de enfermagem; Gestão; Período Perioperatório.

**Referências Bibliográficas:** Motta, N. H., do Nascimento, L. A., Pierotti, I., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2020). Evaluation of a Safety Protocol for the Management of Thirst in the Postoperative Period. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(2), 193-197. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.005>

Nascimento, L. A. da, Nakaya, T. G., Conchon, M. F., Garcia, A. H.A., Pierotti, I., Serato, V. M., & Fonseca, L. F. (2019). Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Revista SOBECC*, 24(2), 85-90. <https://doi.org/10.5327/r1414-4425201900020006>

## **APÊNDICE V**

Questionário: A sede – Uma intervenção especializada de enfermagem



## A Sede - Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Caro(a) colega, o meu nome é Patrícia Lagarto e no âmbito do meu Projeto de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica a realizar na ESEL, sob orientação da Professora Carla Nascimento, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O mesmo tem por objetivo recolher a perceção do enfermeiro sobre a temática sede na pessoa em situação crítica. Peço que a sua resposta seja o mais aproximada possível ao que verdadeiramente pensa e sente. O preenchimento deste questionário deverá ser cerca de 5 minutos. Os dados aqui registados servem apenas o propósito indicado, sendo possível a sua integração nos trabalhos relacionados com o meu Relatório de Estágio. Esta recolha de dados garante o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Género?

- Feminino  
 Masculino

Idade?

- 20-30  
 30-40  
 40-50  
 >50

É detentor do título de especialista?

- Sim  
 Não

Se referiu que é detentor do título de especialista, qual a sua área científica de especialização?

- Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem de Reabilitação
- Gestão em Enfermagem
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Considera a sede uma manifestação relevante de avaliar no pós operatório?

	1	2	3	4	5	
Nada Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Relevante

Considera a sede uma manifestação que influencia o conforto da pessoa?

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

Na sua perspetiva a sede é um desconforto comumente referido pela pessoa alvo de cuidados?

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

Considera que a sede tem influência na hemodinâmica da pessoa alvo de cuidados?

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

---

Tem a prática de questionar se a pessoa alvo de cuidados sente sede ou boca seca?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

---

Perante uma pessoa que refere sede, tem como prática intervir?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

---

Das seguintes intervenções quais as que utiliza na gestão da sede?

- Humedecer a boca com água natural
  - Humedecer a boca com água fria
  - Utilização de gelo picado
  - Humedecer a boca com soluto mentolado
- 

Das seguintes intervenções quais as que considera mais relevantes para a gestão da sede?

- Humedecer a boca com água natural
- Humedecer a boca com água fria
- Utilização de gelo picado
- Humedecer a boca com soluto mentolado

## **APÊNDICE VI**

Certificado de apresentação de um Pitch no Congresso Internacional de Investigação em  
Enfermagem

**NURSID 2022  
 CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
 INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO**

No âmbito da organização do Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem e integrado nas candidaturas ao painel Pitch: Investigação em Enfermagem (Mestrado e Doutoramento) declara-se que **Patrícia Andreia Amorim Lagarto** apresentou o pitch com o tema: **A sede na pessoa em situação crítica**, no dia 8 de julho de 2022, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



(Professor Doutor Carlos Sequeira)



**ENFERMAGEM PORTO**  
 POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS