

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**O Cuidado Fundamental e a Recuperação da Pessoa  
em Situação Crítica: Intervenção de Enfermagem  
Especializada**

**Maria João Costa das Neves Godinho Pires**

**Lisboa**

**2018**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**O Cuidado Fundamental e a Recuperação da Pessoa  
em Situação Crítica: Intervenção de Enfermagem  
Especializada**

**Maria João Costa das Neves Godinho Pires**

Orientador: Professora Maria Cândida Durão

Co-Orientador: Professora Helga Rafael Henriques

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,  
requer uma devoção tão exclusiva,  
um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;  
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado  
ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?  
É uma das artes; poder-se dizer, a mais belas das artes!”  
Florence Nightingale



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Cândida Durão pela sua disponibilidade, rigor, exigência e por ter acreditado em mim e neste trabalho.

À Professora Helga Rafael Henriques pela sua paciência, contribuição, profissionalismo e orientação neste momento.

Ao Edi, companheiro e amigo de uma vida, pelo amor, paciência, compreensão e motivação nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, Miguel e Beatriz, pela compreensão, carinho e apoio nos momentos de ausência.

Aos meus pais, privados do meu tempo, pela compreensão.

À minha amiga Paula, a responsável por este percurso, companheira deste caminho, pelo apoio e amparo nos momentos mais difíceis.

Aos enfermeiros orientadores e restantes equipas, pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CF - Cuidado Fundamental

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de  
Pessoa em Situação Crítica

CP - Cuidados Paliativos

CVC - Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NHF - Necessidades Humanas Fundamentais

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SC - Subcutânea

SI - Sistema Informático

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UPP - Ulceras Por Pressão



## RESUMO

O Cuidado Fundamental engloba todos os cuidados que visam a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais exclusivas de cada pessoa. É o cuidado necessário a cada pessoa, independentemente da sua condição clínica ou ambiente de saúde, desenvolvido com o objetivo de proporcionar segurança, saúde, bem-estar físico e psicossocial. Em contexto de situação crítica o Cuidado Fundamental fica comprometido, cabendo aos enfermeiros intervir para proporcionar a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais. Assegurar o Cuidado Fundamental contribui, em muito, para reduzir as complicações durante o internamento dos doentes. Esta temática serviu de fio condutor ao percurso de desenvolvimento de competências tendo por base as competências estipuladas para o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, pressupostos dos descritores de Dublin – 2º ciclo de estudos e competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, este relatório pretende descrever e analisar, criticamente, o referido percurso de estágio, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem. Com o intuito de desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica adulta/idosa, o estágio decorreu em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, tendo existido uma incursão estratégica numa Unidade de Cuidados Paliativos. Para a concretização deste relatório socorri-me das minhas experiências em contexto de estágio e da reflexão que fiz sobre as mesmas, à luz das competências inerentes ao enfermeiro especialista. Das competências desenvolvidas, saliento as competências no domínio ético, legal e de responsabilidade, assim como na gestão da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica/família. Consolidei competências na prevenção e controlo da infeção e ao nível da gestão de equipas. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, permitiu uma tomada de decisão refletida, mobilizar conhecimentos para a prática clínica e prestar cuidados baseados na evidência científica. Atuei no sentido da sensibilização da equipa para uma área específica da enfermagem, o Cuidado Fundamental, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos numa área específica da enfermagem e competências de reflexão e autoaprendizagem.

**Palavras-chave:** doente crítico; cuidados fundamentais; recuperação; segurança.



## ABSTRACT

The Fundamental Care includes all the care that seeks to satisfy the Fundamental Human Needs of each person. It is the necessary to care for each person, regardless of their clinical condition or health environment, developed with the objective of providing safety, health, physical and psychosocial well-being. In a critical situation, Fundamental Care is compromised, and nurses must intervene to provide the satisfaction of the Fundamental Human Needs. Ensuring Fundamental Care contributes greatly to reducing complications during hospitalization. This theme served as a guide to the development of competences based on the skills stipulated for the Master's Degree in Nursing in the area of Specialization of Person in Critical Situation, presuppositions of the Dublin descriptors - 2nd cycle of studies and competences defined by the Order of Nurses. In this sense, this report intends to describe and analyze, critically, the said course of internship, as well as the acquisition and development of specialized nursing competences. In order to develop specialized nursing skills in the care of the critically ill adult / elderly person, the internship took place in the context of an emergency service and intensive care unit, and there was a strategic incursion into a Palliative Care Unit. In order to achieve this report, I have benefited from my experiences in the context of the internship and the reflection I have given on them, in the light of the skills inherent to the specialist nurse. From the competences developed, I emphasize the competences in the ethical, legal and responsibility domain, as well as in the management of the quality of the care provided to the person in critical situation / family. I have strengthened the skills in prevention and control of infection and in the management of teams / team management. Taking care of the person to experience the complex processes of critical illness, allowed a reflected decision, mobilizing knowledge for clinical practice and providing care based on scientific evidence. I worked towards the awareness of the team for a specific area of nursing, Fundamental Care, demonstrating an in-depth level of knowledge in a specific area of nursing, reflection and self-learning skills.

**Keywords:** critical patient; fundamental care; recovery; safety.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
<b>1.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica</b> .....	19
<b>1.2. Cuidados de enfermagem fundamentais à PSC: intervenção especializada</b> .....	22
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	29
<b>2.1. Serviço de Urgência</b> .....	32
<b>2.3. Unidade de Cuidados Intensivos</b> .....	50
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71

## APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do 7º CMEEPSC

Apêndice III – Objetivos específicos para o estágio da UCP

Apêndice IV – Objetivos específicos para o estágio no SU

Apêndice V – Objetivos específicos para o estágio na UCI

## ANEXOS

Anexo I – Certificado do congresso “II Congresso Internacional de Enfermagem da Prática à Evidência - Abordagem do Doente Crítico

Anexo II – 4º Encontro de Enfermagem de Emergência 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos

Anexo III – Certificado da apresentação do resultado da RIL numa comunicação livre no V Encontro dos Enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica, a partilha da excelência da prática especializada

Anexo IV – Certificado da apresentação do resultado da RIL, em formato de póster no 4<sup>th</sup> International Health Congress Politécnico de Leiria



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração deste relatório. Este pretende evidenciar o percurso realizado com vista ao desenvolvimento de competências especializadas, na área da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Este documento tem, assim, como objetivo descrever e analisar, criticamente, o percurso de estágio realizado, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, definidas para o CMEEPSC (ESEL, 2010), assim como as metas expressas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Poder-se-ia dizer que este trabalho ganhou alguma consistência com a elaboração de um projeto de estágio numa área de interesse pessoal e profissional, durante o 2º semestre do 1º ano. No entanto, este percurso nasceu muito antes, quando tomei a decisão de me dedicar ao cuidado de pessoas em situação crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), no ano de 1992. O interesse por esta área surgiu quando a experiência e o desenvolvimento de competências me trouxe a capacidade, a proficiência, para perceber as situações como um todo e não de forma isolada e mesmo a perícia de em muitas situações ser capaz de agir de maneira intuitiva, a partir de uma compreensão profunda da situação que nem sempre é fácil de objetivar (Benner, 2001). Assim, fui-me consciencializando que não é possível cuidar da PSC, respeitando a sua dignidade e identidade, sem dar atenção às necessidades humanas fundamentais (NHF), aos aspetos do cuidar centrado na pessoa.

Desta forma, a escolha da temática do Cuidado Fundamental (CF) teve por base uma motivação intrínseca/interesse pessoal e uma necessidade profissional na prestação de cuidados à PSC. O local onde atualmente trabalho é uma UCI, onde diariamente observo a desvalorização dos componentes do CF (como por exemplo a promoção do sono), que são essenciais à recuperação, prevenção de complicações e satisfação do doente. Esta motivação foi reforçada com a pesquisa bibliográfica acerca da evidência disponível sobre o assunto, que mostra uma preocupação

crescente em recuperar o CF face às exigências de contextos cada vez mais complexos e tecnologizados.

O título deste relatório, que serviu de fio condutor ao trajeto de desenvolvimento de competências, foi, então, **“O Cuidado Fundamental e a recuperação da PSC: intervenção de enfermagem especializada”**, tendo por base o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adotado por Benner (2001).

O CF é um elemento essencial do cuidado, inclui aspetos físicos, psicossociais e relacionais, que são exigidos por cada doente, independentemente da sua condição de saúde ou do ambiente em que os recebem (Feo & Kitson, 2016). Os CF são os cuidados que respeitam e enfocam as necessidades essenciais e únicas de cada pessoa, com o fim de garantir a sua segurança, saúde, bem-estar físico e psicossocial (Feo, Conroy, et al., 2018). Do CF fazem parte as atividades diárias de autocuidado. Em contexto de doença aguda ou crónica, lesão ou incapacidade, a capacidade da pessoa realizar estas atividades fica comprometida, necessitando assim do apoio dos enfermeiros (Henderson, 2007; Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010).

Os CF são muitas vezes invisíveis, o que leva à sua desvalorização, e são considerados pouco importantes para os *outcomes* dos doentes (Feo & Kitson, 2016). Trata-se, assim, de centrar a preocupação nas “pequenas coisas” da vida, nas coisas que dão sentido à vida e são importantes para a pessoa (Hesbeen, 2000). Estes cuidados têm como objetivo o atendimento individual, onde a pessoa é vista como ser único e complexo. Visam a manutenção da saúde, a recuperação ou uma morte pacífica, através da satisfação das necessidades humanas, sempre que existe falta de força, vontade ou conhecimento (Clares et al, 2012; Henderson, 2007). Na PSC, recuperar significa “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b, p.1).

A recuperação da PSC não depende só das intervenções focalizadas na doença, mas também de intervenções de enfermagem centradas na pessoa, CF (promoção do sono, avaliação da pele, nutrição, entre outras), que promovem a saúde, o conforto, o bem-estar do doente, a dignidade e evitam complicações (Curtis & Wiseman, 2008).

O CF prestado, ou orientado, por um enfermeiro com competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC corre menos riscos de ter falhas na

avaliação adequada das necessidades fundamentais do doente (Kitson & MacMillan, 2016).

Em contexto de UCI e Serviço de Urgência (SU), o recurso à tecnologia permite ao enfermeiro focar-se nas intervenções de enfermagem, mas o enfermeiro terá que conciliar harmoniosamente a perícia da tecnologia com a arte do cuidar (Locsin, 2013; Sá, Botelho, & Henriques, 2015), por onde passa necessariamente o CF. Assim, deve existir uma articulação entre o cuidar e a tecnologia, de modo que a competência tecnológica seja uma expressão do cuidado, mediante valorização da interação entre o profissional, o doente/família e a tecnologia. Devem, por isso, ser desenvolvidas estratégias, com o intuito de proporcionar uma prática de enfermagem mais humana, centrada na pessoa, onde se visualize o indivíduo, não apenas como mais um, e sim como um ser que detém experiências próprias, mesmo quando estas experiências não podem ser expressas por palavras. Para tal, é necessário um processo reflexivo, acerca de valores e princípios morais e éticos, que norteiem e conduzam o cuidado de Enfermagem e/ou multiprofissional, com o objetivo de produzir uma realidade mais humana (Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier, 2013).

O estado de gravidade da PSC faz com que esta fique incapacitada de escolher ou decidir, até mesmo em relação ao CF, como higiene pessoal, alimentação, eliminação, entre outros (Nascimento & Trentini, 2004).

Neste contexto, defini como objetivo geral para o estágio que realizei:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC adulta/idososa.

E como objetivos específicos:

- Aprofundar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, em contexto de urgência e cuidados intensivos;
- Aperfeiçoar competências especializadas de enfermagem no âmbito do CF à PSC adulta/idososa.

Tendo como referência as minhas necessidades de aprendizagem, como sejam a fundamentação do tema e a dificuldade em mobilizar o que a evidência científica revela relativamente à temática do CF em contexto de UCI e SU, recorri a uma revisão

crítica da literatura e a uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL)<sup>1</sup> (Protocolo da RIL - Apêndice I).

A metodologia utilizada neste relatório, baseia-se na análise crítica e reflexiva de documentos resultantes de uma pesquisa bibliográfica livre, dados da RIL, documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), Direção-Geral da Saúde (DGS) e outros documentos produzidos durante o período de estágio (jornais de aprendizagem, estudo de caso e outros trabalhos realizados). O estágio, com início a 2 de outubro de 2017 e com término a 9 de fevereiro de 2018, foi operacionalizado em contextos de SU e UCI, tendo existido uma incursão estratégica em Cuidados Paliativos (CP).

Este documento está organizado em três capítulos. Tem início com uma introdução que contempla uma contextualização, justificação do tema e sua finalidade. No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico ao tema em estudo. Segue-se o capítulo referente ao percurso de desenvolvimento de competências, onde são descritas e refletidas as competências desenvolvidas durante a prestação de cuidados à PSC, no período de estágio, em contexto de SU e UCI, assim como incursão em CP e a participação em eventos científicos. O último capítulo, contempla as considerações finais, onde é feita uma síntese dos temas abordados, dificuldades sentidas e implicações práticas.

Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da ESEL, estando a referenciação bibliográfica conforme a norma da *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2010; Godinho, 2017).

---

<sup>1</sup> A RIL é uma ferramenta essencial para assegurar uma prática baseada na evidência científica, sintetiza as pesquisas disponíveis sobre a temática em estudo e direciona a prática fundamentada em conhecimento científico (Soares, Hoga, Peduzzi, Sangaletti, Yonecura, & Silva, 2014). A questão orientadora da RIL, foi: "Qual o impacto dos cuidados fundamentais na recuperação da PSC?".

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Sendo o tema deste relatório o CF, especializado, e a recuperação da PSC, neste capítulo irei desenvolver os conceitos relevantes para o desenvolvimento de competências ao longo do percurso de estágio. Este capítulo encontra-se organizado em dois pontos: o primeiro dedica-se à clarificação do conceito de cuidar da PSC e, simultaneamente, pretende caracterizar os contextos de cuidados onde é dada assistência à PSC; no segundo ponto aborda-se os cuidados de enfermagem fundamentais à PSC, numa perspetiva de uma intervenção especializada de enfermagem.

### **1.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica**

Ao longo da história, os enfermeiros evidenciaram-se por cuidar bem dos doentes e de forma organizada, envolvendo disciplina e conhecimento científico (Souza, Filha, Silva, Monteiro, & Fialho, 2006). O cuidado, assim como todos os conceitos inerentes, a saúde, o conforto, a ajuda, orientaram a prática clínica dos enfermeiros antes de fazerem parte do corpo das teorias de enfermagem.

Cuidar, cuidar de si, cuidar do outro e ser cuidado, implica a satisfação das NHF, com o objetivo da sobrevivência. Cuidar é “AJUDAR A VIVER” (Collière, 1999, p.227).

Cuidar é mais do que fazer coisas às pessoas, é uma série de interações mediadas através do relacionamento, que são a essência da enfermagem. Implica que o enfermeiro se concentre nas necessidades do outro, como o autocuidado, e que seja sensível a essas mesmas necessidades (Henderson, 2007; Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons, 2005; Watson, 2002).

A enfermagem é uma ciência e arte de cuidar, pois envolve cuidados técnicos, científicos e humanos, baseado num modelo holístico, em que a pessoa é vista como um todo. É ciência, porque cuidar em enfermagem pressupõe um corpo de conhecimentos próprio, com competências e capacidades, que lhe permite a qualidade dos cuidados, caminho para o fortalecimento de identidade da profissão (Polti & Beck, 2004). É arte porque usa a sensibilidade e a humanidade para assistir o outro, transmitindo sentimentos. O cuidar pode ser visto como uma forma de

expressão artística, uma arte, pois através da prática, o ser humano expressa nitidamente sentimentos vividos pelas pessoas, que, por sua vez, são também vividos pelo recetor da intervenção do cuidar. A arte do cuidar surge como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos (Watson, 2002).

A situação clínica da PSC requer monitorização intensiva, terapêutica contínua e tecnologia de suporte, que exige do enfermeiro conhecimentos especializados com base numa aprendizagem baseada na experiência e no conhecimento científico (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

A PSC é aquela que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente, revela um elevado risco de instabilidade de diferentes focos orgânicos, dependendo de meios avançados de monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A assistência de enfermagem à PSC pode acontecer em vários contextos, sendo que neste relatório darei mais ênfase ao SU e UCI. É no SU, que é feita uma estabilização inicial da pessoa, está presente uma vigilância e uma deteção precoce do risco de vida das pessoas, e são estabelecidas prioridades no tratamento (Howard & Steinmann, 2011). Nem sempre o SU consegue dar resposta às necessidades da PSC, sendo necessário a sua transferência para a UCI, com o objetivo de obter um tratamento e vigilância mais rigorosos (Huddleston & Ferguson, 2006).

A UCI define-se, como sendo um serviço habilitado para assumir a responsabilidade absoluta dos doentes com disfunção orgânica, capaz de sustentar, prevenir e reverter situações de falência com risco de vida, durante vinte e quatro horas por dia. Destina-se à prestação de cuidados clínicos, complexos, intensos e vigilantes. Está dotada de pessoal e equipamento próprio, e efetua técnicas e manobras que nos levam ao diagnóstico, monitorização, suporte e tratamento dos doentes (DGS, 2003; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

A UCI tem características próprias, tais como, o contato diário dos profissionais e dos doentes com situações de risco, o realce do conhecimento técnico-científico e da tecnologia para a resolução do problema biológico, com o objetivo de manter o doente vivo, assim como as rotinas, muitas vezes rígidas, e inflexíveis, e a rapidez de ação no atendimento, tudo isto pode conduzir a uma desvalorização do CF (Nascimento & Trentini, 2004). Neste contexto, o ambiente é determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e orientado para a monitorização e tratamento das

alterações que ameaçam a vida. Os enfermeiros de cuidados intensivos têm que ter competências para prestar cuidados de elevada qualidade, utilizando a tecnologia apropriada, e utilizando-a para os auxiliar a passar mais tempo junto do doente, incorporando uma abordagem psicossocial e holística, quando apropriado ao tempo e à situação clínica do doente (Ashworth, 1990; Urden et al., 2008).

A PSC quando entra numa UCI, é confrontada com vários procedimentos invasivos (entubação endotraqueal, colocação de cateter venoso central), ou seja, é “invadido” pelo cuidar tecnológico, com o objetivo de “salvar” a vida. Estes procedimentos têm uma relação estreita com o modelo biomédico, o que incita à desvalorização do CF (Ashworth, 1990).

O ambiente da UCI, para a PSC, é um ambiente desconhecido, ameaçador, provoca medo, o que contribui para aumentar o *stress* sentido pela pessoa, o que leva a um aumento da vulnerabilidade<sup>2</sup> (Urden et al., 2008). São várias as causas de vulnerabilidade, como a exposição do corpo, a preocupação, o medo, a ansiedade, a insegurança, a dependência, a dor, o desconforto e a solidão (Mckinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002). A PSC tem as suas capacidades individuais diminuídas, para se proteger de eventuais danos causados por outros. Encontra-se num estado de dependência extrema, depende de outros na satisfação das suas NHF. São as intervenções de enfermagem, na satisfação das NHF, que podem diminuir a vulnerabilidade de cada um, impedindo que se transforme numa experiência traumática (Gjengedal et al., 2013).

Cuidar da PSC exige o desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas de enfermagem, onde o CF assume uma importância elevada, por contribuir para a sua recuperação, a minimização da vulnerabilidade e o respeito pela dignidade e identidade pessoal.

---

<sup>2</sup> A vulnerabilidade é definida por Neves (2006) como a suscetibilidade de ser ferido. É uma palavra que deriva do latim, *vulnus* (*eris*) e significa “ferida”.

## 1.2. Cuidados de enfermagem fundamentais à PSC: intervenção especializada

Vários estudos têm sido feitos, no sentido de perceber e definir o conceito de CF. Desde 2010 que este conceito tem vindo a ser estudado. Estudos feitos por Feo, Kitson, e Conroy (2018) concluem que existe a necessidade de consolidar a definição do que é o CF, para ajudar os enfermeiros na sua prática, na prestação do CF.

A criação de uma definição padronizada para o CF é essencial para o desenvolvimento de uma base rigorosa de evidências, que permita a implementação efetiva e a avaliação das melhores práticas para o CF. As autoras Feo, Conroy, et al. (2018) definem CF como cuidados que respeitam e enfocam as necessidades essenciais e únicas de cada pessoa, com o fim de garantir a sua segurança, saúde e bem-estar físico e psicossocial. Estas necessidades são satisfeitas através de cuidados atempados, que resultam da negociação e interação das necessidades físicas, psicossociais e relacionais da pessoa. De acordo com a teoria *Technological Competency as Caring in Nursing*<sup>3</sup>(Locsin, 2013), para a satisfação destas necessidades existe a exigência da pessoa ser cuidada num contexto tecnologizado, respeitando a sua humanidade. O enfermeiro e a pessoa estabelecem uma relação terapêutica de partilha, com o objetivo da recuperação ou do suprimento/assistência nas necessidades/NHF, respeitando a cultura, o nível de dependência, o contexto do cuidado e a condição clínica.

As NHF mudam com a situação de doença, ou seja, as NHF são alteradas de acordo com o nível de dependência da pessoa, provocado pela sua situação clínica, e em que ambiente ou lugar a pessoa se encontra (Kitson et al., 2010).

Ao longo do tempo tem-se vindo a verificar uma desvalorização do CF por parte dos enfermeiros, que é atribuída à escassez de pessoal e aos cortes financeiros (Aiken & Sermeus, 2014). A falta de tempo, os cortes financeiros, são sem dúvida, causas para a não valorização do CF, mas Feo e Kitson (2016) argumentam que a essência do problema está na forma como o CF é percebido. De acordo com estes autores, o facto do CF ser invisível e subsequentemente desvalorizado, por ser considerado pouco importante para os *outcomes* dos doentes, leva a que seja delegado a outros profissionais de categoria abaixo dos enfermeiros.

---

<sup>3</sup> A teoria *Technological Competency as Caring in Nursing* é definida como a manifestação competente de intervenções intencionais, e autênticas por enfermeiros que prestam cuidados em ambientes que requerem perícia na utilização de alta tecnologia (Locsin, 2013).

Um estudo efetuado por Kalisch (2006) revela existirem áreas de cuidado que se têm vindo a perder, como o posicionamento, a alimentação, o ensino ao doente, o planeamento da alta, o suporte emocional, a higiene e a vigilância. As razões para tal acontecer são a escassez de pessoal, a ineficiente utilização dos recursos humanos existentes, a falta de tempo para as intervenções de enfermagem, o deficiente trabalho de equipa, a delegação ineficaz, as más práticas de liderança. Apesar das muitas inovações na prática clínica e na pesquisa em enfermagem, permanecem algumas lacunas na compreensão do que é importante para os doentes/cuidadores e enfermeiros que prestam cuidados em ambientes complexos, como o de uma UCI ou de um SU. Independentemente da situação clínica dos doentes, devemos ter documentado, quais os CF para aquele doente. Através do registo consegue-se fazer uma avaliação da evolução clínica e tomar decisões, em equipa, baseadas em dados concretos. Estes registos dos cuidados, e dos CF, devem constar num plano de cuidados, onde são identificadas as necessidades do doente, feito um planeamento, implementação das intervenções e avaliação dos resultados (Nóbrega, Nóbrega, & Silva, 2011). Um plano de cuidados escrito exige ao enfermeiro pensar nas necessidades individuais do doente e permite a todos os que cuidam do doente seguir uma sequência na prestação de cuidados (Henderson, 2007).

Os profissionais devem compreender o seu papel terapêutico em termos de proteção, manutenção e promoção de um atendimento digno e respeitoso, centrado na pessoa, baseado nas melhores evidências possíveis. O CF promove a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como o bem-estar do doente (Kitson et al., 2010), dando resposta aos padrões de qualidade de enfermagem definidos pela OE (2001).

Os CF são atividades universais essenciais para a vida, que fazem parte das nossas atividades diárias de autocuidado. Atividades necessárias a cada pessoa, independentemente da sua condição clínica ou ambiente de saúde. Em contexto de doença aguda ou crónica, lesão ou incapacidade, a capacidade de a pessoa realizar estas atividades fica comprometida, necessitando assim do apoio dos enfermeiros. Embora no dia-a-dia não sejam muito valorizados, pois fazem parte da nossa vida diária (Henderson, 2007; Kitson et al., 2010), em contexto de doença os CF são os primeiros a serem comprometidos.

Os CF, prestado aos doentes, tem como objetivo um atendimento individual, onde a pessoa é única e complexa, com vista à manutenção da saúde, para a

recuperação ou para chegar a uma morte pacífica (Clares et al., 2012; Henderson, 2007).

A prática de enfermagem, de acordo com a teoria de Virginia Henderson requer que o enfermeiro saiba avaliar as NHF da pessoa, que englobam os aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais, necessários ao ser humano para manter e/ou recuperar a sua saúde (Henderson, 2007). Os CF são, assim “compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada pessoa” (Henderson, 2007, p.10). Estas necessidades são constituintes básicos dos cuidados de enfermagem, exclusivas dos enfermeiros e podem ser descritas como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestir, temperatura corporal, higiene, controlo do ambiente, comunicação, religião, trabalho, lazer e aprendizagem. Quando o ser humano está impossibilitado de satisfazer estas NHF, precisa de cuidados para recupera-las e readquirir a sua independência (Clares et al., 2012; Henderson, 2007). Quando implementados usando a evidência disponível, melhoram significativamente os *outcomes* dos doentes (Vollman, 2009).

Intervenções simples, CF, como a diminuição do ruído, apagar as luzes, são intervenções promotoras do sono e contribuem para a recuperação do doente. No entanto, o desafio de cuidar da PSC, que exige ações de enfermagem frequentes, influenciam as intervenções às quais se dá prioridade (Eliassen & Hopstock, 2011).

Para Henderson (2007) o cuidar tem como objetivo a independência da pessoa para a satisfação das suas NHF. A função do enfermeiro é de extrema complexidade, pois exige identificação e compreensão da PSC, avaliando as suas NHF.

Evidências internacionais, citadas por Feo e Kitson (2016) mostram que os CF são muitas vezes mal-executados em ambientes de cuidados intensivos e urgência, resultando em ameaças à segurança dos doentes. A maior parte das vezes, o enfermeiro tem como prioridade a administração de terapêutica, focado na correção dos desequilíbrios hidroeletrólítico, na estabilização hemodinâmica, na ventilação, na restauração, na conservação da volémia, bem como na correção das alterações metabólicas e no controlo da dor (Feo & Kitson, 2016; Nunes, 2015).

O CF implica que os enfermeiros dêem prioridade ao doente, à prática eficaz, preservar a segurança, promover o profissionalismo e promover a confiança (Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2017). Para estes autores, os CF estão a tornar-se desagregados, ao serem prestados por outros profissionais de saúde, como

nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Desta forma ninguém assume responsabilidades, pelo que é crucial definir os papéis dos profissionais de saúde. Os enfermeiros devem defender e assegurar o CF, defendendo o seu valor junto da equipa e promovendo o trabalho de equipa. Os enfermeiros, através da prática do CF, vão ao encontro das necessidades do doente, assegurando uma prática de cuidados com uma abordagem holística, tendo em conta uma prática centrada no doente (Feo et al., 2017).

A evidência científica refere que os CF contribuem em muito para reduzir o risco do desenvolvimento de complicações no doente durante o internamento hospitalar. Intervenções simples, iniciadas no SU, tais como documentação do estado nutricional, ajudarão a evitar a desnutrição; a alternância de decúbito e os cuidados com a pele, impedirão o desenvolvimento de Ulceras Por Pressão (UPP). Embora seja fácil a distração com o cuidar tecnológico, visto que os enfermeiros do SU, se encontram geralmente muito ocupados, é vital que os cuidados de enfermagem básicos, mas fundamentais, sejam fornecidos para a promoção da saúde, conforto e dignidade do doente (Curtis & Wiseman, 2008). Os enfermeiros, frequentemente se deixam distrair pelo cuidado tecnológico e descaram, bem-intencionados, a necessidade de comunicação com o doente. A tecnologia mais sofisticada e recente, exige tempo e esforço, para garantir que os membros da equipa estejam conscientes de que esta existe, quando e como se deve usar. Por outro lado, é necessário prestar cuidados de forma segura e centrados no doente, nos níveis mais básicos (Henneman, 2010). Deve existir um equilíbrio entre as habilidades exigidas no uso de equipamentos técnicos e os cuidados de enfermagem (Coyer, Wheeler, Wetzig, & Couchman, 2007).

A evidência ressalta ainda que o insucesso na prestação dos CF em UCI e SU é um fenómeno internacional (Feo & Kitson, 2016). É uma consequência inevitável da invisibilidade dos CF, provocada pelo predomínio do modelo biomédico, praticado pela maioria dos serviços e pela desvalorização dos CF pelos próprios enfermeiros. O CF é visto como tendo menos valor do que os cuidados que visam a melhoria do estado clínico do doente, logo não é pesquisado ou ensinado sistematicamente e não é implementado. A falta de pesquisa em relação ao CF, reforça a ideia de que estes não são importantes, permitindo que se continue a ignorá-los (Feo & Kitson, 2016).

Sem o CF, a segurança e o bem-estar dos doentes ficam comprometidas. É, por isso, necessário responder ao desafio de mudar a maneira de pensar em relação ao CF e aplicar medidas para o incluir no cuidado. É indispensável valorizar e

incorporar o CF na educação, pesquisa, prática e política em saúde (Feo & Kitson, 2016). Nesse sentido, é necessário uma atitude proativa do enfermeiro especialista na área da PSC perante a equipa de enfermagem na formação e no incentivo de intervenções autónomas (iniciam a prescrição elaborada pelo enfermeiro) que favoreçam a valorização do CF. O enfermeiro especialista tem competência científica, técnica e humana, para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados especializados, baseados em intervenções autónomas ou interdependentes (em conjunto com outros técnicos) (OE, 2010a).

O enfermeiro mais experiente e com mais formação académica, frequentemente, desempenha funções de chefia, ou seja, funções de gestão. Seria fundamental, articular a prática académica com a prática clínica, enriquecendo a clínica com a evidência científica. O CF prestado à PSC, deve ser prestado ou orientado por um enfermeiro com competências especializadas de enfermagem (Kitson & MacMillan, 2016).

O alicerce dos cuidados de enfermagem de qualidade é alcançado quando são satisfeitas as necessidades básicas do doente, satisfazendo essas necessidades de forma competente, respeitosa, pessoal e empática (Kitson et al., 2005). Se centrarmos o cuidado no doente, conseguimos prestar CF, e assim sendo, melhorar os *outcomes* dos doentes. O cuidado centrado na pessoa, diz-nos que temos de valorizar a cultura e o contexto, para se poder implementar o cuidado centrado na pessoa. A enfermagem, ao ter como referência esta abordagem, presta cuidados holísticos, aumentando assim, a satisfação do doente e a qualidade dos cuidados (McCormack, 2016). Em contexto de situação crítica, muitos são os fatores que se aglomeram e acabam por impedir a plena realização destes objetivos (Brito, Mara, & Leal, 2007).

Na atualidade, a enfermagem, parece estar a responder a várias exigências das máquinas, dando menos importância às necessidades da pessoa, que por sua vez está “presa” a uma máquina (Nascimento & Trentini, 2004).

Em ambientes críticos, é evidente, que a alta tecnologia está presente, são utilizadas muitas técnicas e máquinas sofisticadas. O enfermeiro tem que saber usar a tecnologia para lhe permitir passar mais tempo junto do doente (Ashworth, 1990).

A tecnologia, é um recurso que o enfermeiro deve usar para melhor conhecer a pessoa que cuida, com o objetivo de prestar cuidados individualizados. A tecnologia permite ao enfermeiro, conhecer os doentes plenamente como pessoas e não como objetos de cuidados. O recurso à tecnologia permite-lhe focar-se nas intervenções de

enfermagem. A teoria *Technological Competency as Caring in Nursing*, presume o recurso à tecnologia como um método para os enfermeiros conhecerem melhor a pessoa que cuidam, salientando o foco das intervenções de enfermagem (Locsin, 2013).

A tecnologia pode ser descrita como aquela que alcança a eficiência. A eficiência pode ser descrita como facilitadora de alcançar os resultados desejados (Locsin, 2001).

É necessário existir uma articulação entre o cuidar e a tecnologia, de modo a que a competência tecnológica seja uma expressão do cuidado, mediante valorização da interação entre o profissional, doente e tecnologia (Pott et al., 2013)

Segundo Benner (2001) aquando a prestação de cuidados, o recurso à tecnologia, aumenta a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, permitindo a deteção precoce de sinais de alerta e complicações, facilitando a prevenção e/ou a atuação sobre as mesmas.

A segurança do doente é definida pela DGS (2011), como a redução do risco de danos dispensáveis a um mínimo admissível. O mínimo admissível tem a ver com a noção coletiva em face ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.

Os CF, como já foi referido, são atividades universais, essenciais à vida. No nosso dia-a-dia respondemos à fome, à sede ou à necessidade de cuidados de higiene, mas quando surgem situações de doença, este conhecimento é o primeiro a ser comprometido e estas atividades assumem-se como muito importantes (Kitson et al., 2010). A abordagem à PSC é feita em ambientes onde é fundamental recorrer ao suporte tecnológico, é necessário um grau de perícia, implica, segundo Benner (2001) articular a vertente técnica e psicológica do cuidar. Segundo esta autora, o desenvolvimento de competências faz com que as nossas ações sejam cada vez mais baseadas na experiência. É fundamental que sejam identificadas todas as necessidades fundamentais da PSC, o que só é possível, quando tomamos consciência do doente na sua globalidade.

No próximo capítulo deste relatório, será feita uma articulação entre o que descrevi e a prática. Esse capítulo pretende abordar o planeamento e execução de intervenções de enfermagem, que correspondam às necessidades da PSC. A prestação de cuidados à PSC, contribuiu simultaneamente, para o desenvolvimento

de competências comuns e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC.

Cuidar da PSC é algo complexo, requer um conjunto de saberes específicos, pelo que a implementação de cuidados de enfermagem fundamentais, de acordo com as necessidades individuais dos doentes, exige um elevado grau de competência e uma abordagem especializada do enfermeiro.

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com este capítulo, pretendo descrever e analisar criticamente, o meu percurso de desenvolvimento de competências, resultante da prática de cuidados, assim como, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas com o propósito de as colmatar. Está dividido em dois subcapítulos, cada um referente ao contexto de estágio que frequentei – SU e UCI. Este percurso foi planeado, com a elaboração de um projeto de estágio, durante o 2º semestre do 1º ano, numa área de interesse pessoal e profissional.

Considerarei indispensável a minha passagem por um SU polivalente, uma vez que não possuía qualquer experiência neste contexto de cuidados. Era importante desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e na valorização do CF neste contexto. Pareceu-me igualmente importante contactar com outras realidades de UCI polivalente, outros métodos e formas de trabalho, partilhar conhecimentos, modelar comportamentos e práticas. Também aqui o meu intuito era, portanto, desenvolver e consolidar competências na prestação de cuidados à PSC e valorizar o CF, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, promotora da satisfação do doente e da diminuição das complicações.

A escolha dos contextos de estágio, partiu da realização de entrevistas informais a enfermeiros de várias instituições hospitalares. Destas idas a campo resultou a escolha dos referidos contextos de estágio. A realização dos estágios teve a duração total de 500 horas, com início a 2 de outubro de 2017 e com término a 9 de fevereiro de 2018, conforme cronograma em apêndice (Apêndice II).

Para o estágio com relatório foi definido um objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC adulta/idosa.

E como objetivos específicos:

- Aprofundar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, em contexto de urgência e cuidados intensivos;
- Aperfeiçoar competências especializadas de enfermagem no âmbito do CF à PSC adulta/idosa.

Tendo como referência estes objetivos, para cada contexto de estágio, foram definidos objetivos específicos, e para cada objetivo específico, foram estabelecidas as respectivas atividades e indicadores de resultado (Apêndice IV, VI). Para atingir os objetivos delineados, desenvolvi atividades em cada campo de estágio, algumas transversais aos três campos de estágio. São exemplo disso: pesquisa bibliográfica; consulta de protocolos; análise de objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador e professora. A pesquisa bibliográfica teve como objetivo, agir de acordo com as necessidades dos doentes, prestar cuidados convenientemente fundamentados, sentir competência na realização dos mesmos e vir a adquirir competências enquanto enfermeira especializada na área de enfermagem à PSC. A análise conjunta dos objetivos de estágio, permitiu que fossem ajustados posteriormente, após contato com o contexto. A consulta de protocolos foi promovida pelos enfermeiros dos serviços, o que facilitou a consulta dos mesmos.

Considerou-se pertinente a estratégia de realizar uma incursão numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), para facilitar o desenvolvimento de competências com ênfase no CF (Apêndice III). Esta incursão, com a duração de cinco semanas, no período compreendido entre 2 de outubro de 2017 e 5 de novembro de 2017, foi prévia à realização dos dois estágios em contextos de cuidados à PSC, para que as competências desenvolvidas fossem posteriormente mobilizadas nos contextos da PSC, através das intervenções autónomas de enfermagem especializada, com o intuito de melhorar os *outcomes* da PSC.

Apesar da minha experiência profissional me permitir perícia no raciocínio clínico no cuidado à PSC, sentia que me fazia falta centrar os cuidados no doente e não só na doença. Era importante redirecionar o meu olhar para o doente, como uma pessoa que em situação de doença ficou dependente de alguém para satisfazer as suas NHF. A opção por realizar uma incursão numa UCP prende-se com a valorização que é dada, neste serviço, ao CF. O estágio em CP, teve, assim, como principal objetivo adquirir competências na valorização do CF. Neste contexto, o foco dos cuidados é a pessoa/família e não a doença, sendo o objetivo assegurar a melhor qualidade de vida possível (Twycross, 2001). Os CP têm total empenho na valorização do sofrimento e da

qualidade de vida, como objeto de tratamento e de cuidados ativos e organizados (DGS, 2005).

A maioria das pessoas internadas nestas unidades estão dependentes na satisfação das suas NHF (Twycross, 2001). No caso da PSC, também esta se encontra dependente na satisfação das suas NHF, apesar do objetivo principal dos cuidados em contexto de situação crítica seja a “(...)sobrevivência da pessoa, suportada em meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9). Pretende-se que essa venha a ter a melhor qualidade de vida possível, para isso devemos centrar os cuidados não só na doença, mas também na pessoa, tendo como finalidade dar resposta às necessidades afetadas, permitindo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção de complicações e a diminuição das incapacidades, tendo como finalidade a recuperação total da pessoa (OE, 2010b).

Neste sentido, os contributos obtidos na UCP vão sendo apresentados e refletidos à medida que for analisando o meu desempenho em cada um dos contextos de cuidado à PSC, SU e UCI.

O processo de integração nos contextos de estágio foi facilitado pela disponibilidade dos orientadores em me acompanhar. Apresentaram-me aos profissionais do serviço como seu par, o que promoveu o diálogo com os profissionais, criou momentos de partilha de experiências profissionais e, naturalmente, o meu desenvolvimento de saberes. Uma mais-valia resultante da parceria com o orientador foram os momentos de *debriefing*, que foram realizados a dois, ou por vezes com a equipa. Estes momentos proporcionaram a minha reflexão, permitiram perspetivar cada situação em função do CF e possibilitaram a introdução de modificações na prática de cuidados.

O facto de os enfermeiros orientadores assumirem funções de coordenação dentro dos respetivos serviços possibilitou que ficasse com uma visão alargada da estrutura física dos serviços, dos recursos tecnológicos existentes e da capacidade dos serviços para utilizar esses mesmos recursos.

## 2.1. Serviço de Urgência

Efetuei o estágio num SU, de um Hospital Central na região de Lisboa. Qualquer SU<sup>4</sup> tem como objetivo proporcionar uma estabilização inicial, vigilância e uma deteção precoce do risco de vida das pessoas que a ele recorrem, onde são estabelecidas prioridades no tratamento (Howard & Steinmann, 2011). Este estágio teve a duração de 6 semanas, no período compreendido entre 6 de novembro e 15 de dezembro de 2017, com o objetivo de: **aprofundar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, em contexto de urgência; e aperfeiçoar competências especializadas de enfermagem no âmbito do CF à PSC adulta/idosa.**

Foram ainda definidos objetivos específicos:

- Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto;
- Aprofundar competências na área da gestão de cuidados à PSC;
- Aplicar os conceitos relacionados com as situações de catástrofe e a atuação em situações de exceção;
- Prestar cuidados à PSC, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal;
- Contribuir para a valorização do CF à PSC, tendo como referência os critérios de qualidade e segurança;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Para atingir os objetivos específicos delineados, estabeleci atividades a desenvolver com os respetivos indicadores de resultado (Apêndice VI).

Existiu um momento importante, antes do estágio, que foi a participação no II Congresso Internacional de Enfermagem Da Prática à Evidência-Abordagem do Doente Crítico (Anexo I), realizado de 22 a 23 de maio de 2017. Este contribuiu para uma compreensão do percurso da PSC, desde a abordagem no pré-hospitalar ao Inter-hospitalar, abordagem na sala de reanimação da pessoa politraumatizada no SU: particularidades da abordagem na sala de reanimação e a abordagem multidisciplinar ao

---

<sup>4</sup> Os SU, segundo o despacho Normativo nº 11/2002, “são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março do Ministério da Saúde, 2002, p.1865). Situações de urgência, para a DGS (2001), “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”; as “emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.7).

doente crítico numa urgência polivalente. Apesar de alguns conteúdos abordados terem sido contemplados nas unidades curriculares do CMEEPSC, não deixou de ser um congresso pertinente, pois estiveram presentes, especialistas na área que se basearam na sua experiência, em estudos científicos e *guidelines* para proferir as suas comunicações. Houve partilha de experiências, debates e colocaram-se questões acerca de ideias e dos conceitos abordados. Os conhecimentos adquiridos na participação no congresso, bem como as reflexões e discussões suscitadas, possibilitaram-me partilhar conhecimentos adquiridos entre os pares e introduzir mudanças na minha prática clínica. Esta foi uma experiência importante para perceber como posso selecionar “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, 2010, p.1) e atuar “como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2010a, p.10).

A inexperiência em SU e a dimensão do serviço, organizado por setores, fez com que a minha passagem por cada setor, exigisse um processo de integração. O tempo limitado em que o estágio decorreu, levou-me a sentir algumas dificuldades (localização dos setores, circuito das pessoas dentro do SU, localização dos materiais, apreensão das rotinas, entre outras). Como estratégia para ultrapassar essas dificuldades, numa primeira fase, procurei conhecer e compreender a dinâmica de organização e funcionamento do SU, assim como, quais as situações mais comuns que levam os doentes a recorrer ao SU. A oportunidade de acompanhar os pares em momentos de articulação entre os vários setores do SU e outros serviços da instituição hospitalar, permitiu colmatar a minha dificuldade inicial.

A grande extensão do serviço e o facto de certos setores não serem contíguos ao balcão, fez-me sentir alguma dificuldade inicial no encaminhamento das pessoas para os setores que lhes correspondiam. Para o processo de integração contribuiu conhecer os fluxos de doentes preconizados pelo serviço, desde a porta de entrada até ao serviço de internamento. Para tal, foi importante a realização de turnos nos vários setores do SU e a transferência de doentes para os serviços de internamento da instituição.

O delinear do meu percurso, em conjunto com a enfermeira orientadora, em muito contribuiu para o processo de integração e aprendizagem. Teve início dos postos menos complexos para os mais complexos. Iniciar o percurso em postos menos complexos, de

modo a poder manusear todo o material existente no serviço, compreender procedimentos e medicação mais habitual, compreender o funcionamento do programa ALERT® e do sistema de medicação Pyxis® (sistema de fornecimento automatizado), à medida que ia exercendo prestação direta de cuidados aos doentes que iam chegando, contribuiu para uma integração gradual no serviço e permitiu colmatar as dificuldades sentidas. Esta aprendizagem experiencial, feita ao longo do tempo, foi essencial para um desenvolvimento progressivo de competências. A experiência leva-nos a uma compreensão intuitiva das situações (Benner, 2001).

O sistema de medicação Pyxis®, é um sistema intuitivo e de fácil utilização, permite uma melhor gestão da medicação, segurança, eficácia e diminuição dos gastos desnecessários, promove uma melhor gestão da medicação a administrar a cada doente, contribuindo para a segurança, eficiência e redução de gastos supérfluos (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). Para a administração de medicação segura foi igualmente importante a mobilização dos conhecimentos e competências adquiridas na UCP na gestão de sintomas, centrando a atenção na perceção que o doente tem dos mesmos. Na UCP adquiri competências na manipulação e administração dos vários fármacos usados no controlo dos sintomas, quais as suas incompatibilidades e indicações. Foi-me permitido assistir a uma ação de formação realizada pela diretora clínica do serviço, cujo tema foi: “Interação medicamentosa”. Ao assistir a esta formação adquiri mais conhecimentos relativamente à administração da medicação mais utilizada. O fármaco que mais se utiliza para o controlo da dor, nesta unidade, é a morfina, pois o doente refere dor severa. Inicialmente as doses de morfina foi algo que questionei, pois em contexto de UCI, a morfina é considerada como depressora do centro respiratório. Segundo Twycross (2001) “A morfina não causa depressão respiratória assinalável nos doentes com dores. Isto deve-se ao facto de a dor ser um antagonista fisiológico dos efeitos depressores centrais da morfina” (Twycross, 2001, p.94). Tudo isto levou a uma aprendizagem no que diz respeito à dose, titulação e cuidados específicos a ter com a sua administração. Com base em tudo o que referi considero ter desenvolvido competências na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (OE, 2010b), que se enquadram em dimensões importantes do CF. Da UCP pude ainda transferir aprendizagens na gestão de sintomas como a dispneia, as náuseas e os vómitos. Estes

sintomas são controlados, na maior parte das vezes, com a administração de fármacos por via subcutânea (SC).

Apesar do SU ser um serviço de atendimento urgente e/ou emergente no tratamento de situações agudas, que põem a vida da pessoa em risco, assisti e prestei cuidados a uma pessoa em estado terminal, resultante de uma doença crónica. A pessoa estava internada no **serviço de observação (SO)**, em fase agónica. Foi-lhe proporcionado conforto e foram-lhe administrados fármacos analgésicos, por via SC, para controlo da dor, dimensão importante do CF. Esta via torna-se benéfica para o doente, pois na maior parte das situações desta natureza as vias endovenosa e oral não se encontram disponíveis. No contexto de situação crítica a administração de terapêutica pela via endovenosa é o método de eleição para o controlo de sintomas, através de terapias agressivas contínuas (Catalão, 2014; Marinela et al., 2013). Contudo percebi que a via SC é uma excelente alternativa, cómoda, eficaz, com pouco risco de complicações locais (infecção e hemorragia) e sistémicas (sépsis), quer para administração de terapêutica como para a administração de fluidos (Marinela et al., 2013). Aqui voltei a mobilizar competências adquiridas na UCP, sobre a administração e manutenção da via SC, assim como, competências no apoio, na escuta, na presença e no toque, que promovem tranquilidade e conforto (Twycross, 2001). Desenvolvi competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (OE, 2010b), em fim de vida e noutras situações de saúde.

O Sistema Informático (SI) utilizado neste contexto, tornou-se numa barreira, pois é muito diferente do SI com que trabalho diariamente. Nas organizações em que os processos clínicos são em suporte digital é crucial que os profissionais tenham a capacidade e competência para ter acesso à informação necessária, para melhor cuidar da pessoa. É através do SI que os profissionais têm acesso ao histórico de informação da pessoa, facilitando o desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem. Todos os cuidados de enfermagem planeados, tornam-se de certa forma eficazes. Um plano de cuidados escrito, permite a todos os que cuidam do doente, seguir uma sequência na prestação de cuidados (Henderson, 2007). Esta dificuldade foi sendo ultrapassada diariamente, com o manuseamento da aplicação. O acesso ao histórico de informação da pessoa, facilitou o desenvolvimento do processo de cuidados, permitindo

o adquirir de competências no domínio da qualidade e no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010a). A consulta dos processos permitiu também selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (ESEL, 2010).

O facto de ter passado pelo **setor de triagem** deu-me a oportunidade de compreender a complexidade do papel do enfermeiro neste setor. Na triagem, apesar de se seguir um fluxograma, o enfermeiro deve estar dotado de experiência profissional e conhecimento científico. A sua avaliação clínica, em função das questões que coloca, influencia diretamente a forma como a pessoa é atendida no SU, assim como a dinâmica do serviço, uma vez que “a teoria oferece o que pode ser formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p.61). O meu papel no setor de triagem foi de observadora, participei de forma a esclarecer dúvidas, questionar e perceber o papel do enfermeiro, que é de alguma forma complexo.

Para adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, no que concerne à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010b) e adquirir as competências para o CMEEPSC, no que concerne ao “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p.1), tive acesso aos protocolos de via verde coronária, sépsis e acidente vascular cerebral, o que contribuiu para uma melhor compreensão do circuito que as pessoas realizam dentro do SU. Possibilitou também adquirir e aprofundar conhecimentos neste âmbito, ficando mais desperta para as necessidades imediatas de cada pessoa. A consulta destes protocolos permitiu-me ajustar a prestação de cuidados às principais *guedelines*, otimizando assim o *outcome* da PSC. Tal como refere Benner (2001), no domínio da administração e vigilância de protocolos terapêuticos, é importante cumprir as normas e orientações relacionadas com a diminuição do erro, o que promove e aumenta a segurança nas práticas.

Na gestão de protocolos complexos, onde o objetivo é “salvar” e manter a vida, existe a preocupação com o diagnóstico e tratamento, impossibilitando o CF. Em CP utiliza-se a expressão “baixa tecnologia e elevado afeto” (Twycross, 2001). A interligação destas duas áreas pode progredir para o alívio do sofrimento e melhorar a qualidade de vida, através de abordagens individualizadas (Catalão, 2014).

O descontrolo de sintomas da pessoa em situação paliativa<sup>5</sup>, em muito se assemelha ao caso da PSC. A pessoa em situação paliativa é admitida na UCP, por apresentar um descontrolo de sintomas, com o objetivo da sua estabilização e controlo. Esta estabilização é feita através da administração de terapêutica, evitando ao máximo a utilização de “alta tecnologia”. Esta é utilizada “apenas quando os seus benefícios ultrapassam claramente quaisquer eventuais aumentos dos malefícios” (Twycross, 2001, p.17). O descontrolo de sintomas impede a pessoa de satisfazer as suas NHF, o que a leva muitas vezes, a PSC, a recorrer ao SU, logo deve-se olhar para esta pessoa como um todo, na procura da gestão de sintomas e satisfação das NHF. Os cuidados baseiam-se nas necessidades individuais de cada pessoa (DGS, 2005).

O **SO** é uma sala que possui 16 camas, cada unidade é composta com o mesmo tipo de material existente nas salas de reanimação, à exceção do ventilador mecânico, de ventilação invasiva. Aqui os doentes só podem ser submetidos a ventilação não invasiva. Durante a minha permanência no **SO**, que foi cerca de 6 turnos, tive oportunidade de prestar CF à PSC internada. Neste ambiente de cuidados, vive-se uma grande agitação, os doentes vivem a incerteza do diagnóstico, estão rodeados de máquinas, são submetidos a vários exames complementares de diagnóstico. Estão por vezes deitados em macas, sem privacidade, apesar dos enfermeiros improvisarem espaços mais recatados com biombos e almofadas com lençóis e cobertores. Tive oportunidade de mobilizar competências de promoção do CF, adquiridas no contexto de CP, como seja priorizar o conforto, pois é considerado como necessário e deve fazer parte dos cuidados de enfermagem (Associação Nacional de CP, 2006). Houve o cuidado de utilizar as almofadas improvisadas no posicionamento dos doentes, promovendo o conforto e a prevenção de UPP. No turno da manhã, os doentes que a sua situação clínica o permitisse, foi feito o levante para o cadeirão, promovendo a mobilização precoce, evitando complicações e valorizou-se o CF (Curtis & Wiseman, 2008).

Neste contexto, a minha preocupação foi a apreensão da dinâmica do serviço e os locais dos materiais. Confesso que inicialmente tive alguma dificuldade, principalmente no registo dos CF prestados à PSC, pois tinha como referência o meu local de trabalho, a UCI, onde o ambiente é mais controlado e onde existem rotinas, muitas vezes, rígidas

---

<sup>5</sup> Entende-se por situação paliativa, uma doença irreversível ou doença crónica progressiva com prognóstico reservado (DGS, 2005).

e inflexíveis, que permitem um trabalho mais organizado (Nascimento & Trentini, 2004). Apesar de estar desperta para o CF, o facto de estar num contexto onde não era perita, onde tinha que desenvolver competências na área técnica, provocou também alguma dificuldade na valorização do CF. Este facto levou-me a refletir a importância do domínio das várias dimensões do conhecimento de enfermagem, científico, pessoal, ético e estético (Carper, 1978), para se prosseguir com a valorização do CF. O conhecimento em enfermagem, nas suas diferentes dimensões, aliado experiência no contexto, dá essa capacidade ao enfermeiro, não descurando o cuidar tecnológico (Locsin, 2013). Embora seja fácil a distração com a tecnologia e com as necessárias respostas prioritárias no sentido de manutenção da vida, é vital que os cuidados de enfermagem fundamentais sejam fornecidos para a promoção da saúde, conforto e dignidade do doente (Curtis & Wiseman, 2008).

A experiência adquirida na UCP, onde o CF é bastante valorizado pelos enfermeiros, permitiu estar mais atenta, ajudando assim a ultrapassar esta dificuldade, mas deixou-me igualmente consciente de que só a perícia traz condições para ser suficientemente completo na abordagem à PSC, não descurando as dimensões do CF (comer e beber, respirar, eliminar, deslocar-se, dormir, entre outras)<sup>6</sup>. Por tudo o que referi considero ter desenvolvido competências na “Gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1).

Uma estratégia utilizada, para ultrapassar esta dificuldade sentida na valorização do CF, foi a realização de um jornal de aprendizagem<sup>7</sup> relacionado com uma situação de cuidados, ministrada pela enfermeira orientadora, onde a preocupação da doente e

---

<sup>6</sup> Estas dimensões do CF, nos CP são assistidos e valorizados, pelo enfermeiro, com todo o tempo. Nesta unidade existem protocolos relativamente à periodicidade do banho no chuveiro com ajuda total, banho na cama com ajuda total, cuidados complementares de conforto, higiene oral. Estes cuidados são bastante valorizados nos registos de enfermagem e na transição de cuidados, dando visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, reforçando a autonomia e responsabilidade profissional. Os registos são fundamentais para o trabalho em equipa, permitem a comunicação entre a equipa, e a individualização dos cuidados. Facilitam o planeamento e continuidade dos cuidados através da identificação das necessidades do doente (Pereira, 2005). Os registos são comuns, o que permite a monitorização regular dos principais sintomas, assim como a informação é partilhada pelos vários grupos profissionais (Associação Nacional de CP, 2006).

<sup>7</sup> Durante o estágio de CP, também tive oportunidade de realizar um jornal de aprendizagem, acerca de uma situação de cuidados vivida, onde tive oportunidade de analisá-la criticamente, para tentar compreender o que aconteceu com base nos resultados obtidos. Segundo Benner (2001), “as enfermeiras peritas poderão beneficiar da consignação e da descrição sistemática dos incidentes críticos que terão vivido ao longo das suas práticas, as quais põem a nu a experiência ou a baixa de competência” (Benner, 2001, p.60). O exercício reflexivo é uma ferramenta essencial na aprendizagem, implica um trabalho efetivo dos intervenientes e contribui para a construção do pensamento em Enfermagem (Mendes, 2016).

família foram valorizadas, assim como a relação da doente com a família. Existiu, por parte da enfermeira orientadora, a preocupação em assistir “a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2010b). Este jornal permitiu a reflexão à distância, fundamentada com revisão bibliográfica. Refleti “sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” (ESEL, 2010, p.1) e voltei a confirmar como é importante a experiência profissional no contexto, para não ser descurado o CF. O doente que recorre ao SU e as particularidades da situação clínica em causa, precisam de resultados num espaço de tempo (Machado, 2008). Situações que por vezes dificultam o conciliar da resposta às necessidades clínicas do doente com a satisfação das NHF. A enfermeira com experiência tem facilidade na compreensão profunda da situação e entende o problema diretamente sem se perder num conjunto de soluções (Benner, 2001). A elaboração do jornal de aprendizagem permitiu desenvolver competências de autoaprendizagem e assim atingir as metas expressas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

No SU as intervenções são priorizadas pela situação de emergência que a pessoa apresenta, contudo, a minha orientadora estava sempre desperta para a valorização do CF, como tal, tive-a como modelo. Como refere Benner (2001), “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis” (Benner, 2001, p.33).

Tive oportunidade de prestar CF tais como, avaliação da pele, o reposicionamento e mobilização, a massagem com a utilização de creme, a alimentação e hidratação, a educação do doente e família. Tal como alguns autores concluem, Shahin, Dassen, e Halfens (2009), Curtis e Wiseman (2008), intervenções simples, iniciadas no SU, ajudam a evitar a desnutrição e o desenvolvimento de UPP. É por isso vital que os cuidados de enfermagem fundamentais sejam iniciados o mais precocemente possível nas Instituições Hospitalares, para que se atinjam *outcomes* de saúde, conforto e dignidade do doente.

Foi também proporcionado privacidade à pessoa internada e à sua família. Na prestação de cuidados especializados à PSC é importante que o enfermeiro englobe o

doente e a família, pois o contexto de saúde-doença é vivenciado por ambos. A família da PSC depara-se com desafios importantes. Os enfermeiros enquanto membros integrantes de uma equipa multidisciplinar, são profissionais de saúde com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família, não só pela relação que ambos criam, mas também porque o enfermeiro está presente junto do doente e família. Cuidar a família da PSC requer do enfermeiro competências especializadas pela singularidade do peculiar contexto de urgência e emergência (Sá, Botelho, & Henriques, 2015, Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

Nos CP o apoio à família é fundamental. No contexto da PSC, os enfermeiros, preocupados em responder às necessidades dos doentes, podem-lhes passar despercebido os receios da família. Momentos de escuta, apoio, presença, contribuíram para um adquirir de competências no apoio à família (Twycross, 2001). As situações de cuidados permitiram-me que desenvolvesse competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010a).

As pessoas internados em **SO**, em insuficiência respiratória, são submetidas a ventilação não invasiva, caso a situação clínica o determine e permita. A ventilação não invasiva é um método ventilatório que utiliza uma máscara, em vez de um tubo orotraqueal, para administração de ventilação por pressão positiva. Este tipo de ventilação tem vantagens, como seja, a diminuição da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), maior conforto, e permite uma aplicação e remoção fácil, pois é de natureza não invasiva. As contra-indicações incluem a instabilidade hemodinâmica, disritmias, apneia, não colaboração da pessoa, intolerância à máscara e incapacidade de manter a via aérea permeável, aspiração de secreções e o ajuste da máscara (Urden et al., 2008). Quando a ventilação não invasiva é ineficaz procede-se à entubação traqueal, estabiliza-se a pessoa, e posteriormente transfere-se para uma UCI do centro hospitalar, pois o SU só tem ventiladores para ventilação mecânica invasiva nas salas de reanimação, o que por vezes também acontece permanecerem pessoas ventiladas nestas salas, por inexistência de vagas na UCI. Nestas pessoas, em situação de doença aguda ou crónica agudizada, recorre-se à utilização da tecnologia como um garante de uma prática eficiente e segura. O recurso à tecnologia permite ao enfermeiro focar-se nas dimensões do CF, como sejam a otimização da ventilação, proporcionar conforto,

suporte emocional, mantendo a vigilância de complicações. Intervenções de enfermagem para otimizar a oxigenação e a ventilação incluem dimensões do CF, como seja o posicionamento, com o objetivo de prevenir a descaturação e promover a eliminação de secreções. Neste caso, o enfermeiro concilia harmoniosamente a perícia da tecnologia com a arte do cuidar (Locsin, 2013; Sá et al., 2015; Urden et al., 2008).

Passei também pela **sala de tratamentos**, onde são prestados cuidados ao pequeno trauma e a pessoas que lhe foram atribuídas pulseiras com o grau de prioridade laranja e amarelo. Neste setor senti alguma dificuldade na gestão da prestação de cuidados, pois o número de pessoas doentes e as suas necessidades de cuidados excede em muito os recursos humanos. Para além das pessoas doentes temos as pessoas significativas que os acompanham, o que faz com que o espaço físico fique muito aquém das necessidades. No meu contexto, o rácio é de 1 enfermeiro para 2 doentes, realidade muito diferente no SU, o que exigiu da minha parte uma maior capacidade de aprendizagem no decorrer do estágio, na gestão na prestação de cuidados à “pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p.1). Inicialmente senti que a minha capacidade para a gestão das prioridades era reduzida, tendo vindo a melhorar ao longo do estágio, devido à disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora e restante equipa. Na **sala de tratamentos**, é indispensável que o enfermeiro, seja capaz de identificar o mais rápido possível a intervenção prioritária para cada pessoa, e identificar quais as pessoas que necessitam de cuidados prioritários. As pessoas detêm necessidades distintas, como por exemplo a administração de terapêutica, a avaliação regular de parâmetros vitais, a realização de técnicas como entubação gástrica, algaliação, colheita de espécimes para análise microbiológica, encaminhamento atempado da pessoa para a realização de exames auxiliares de diagnóstico e processo de internamento. O facto de o número de doentes e suas necessidades de cuidados excederem os recursos humanos, dificultou-me na valorização de algumas dimensões do CF, como seja a dimensão psicológica, social e espiritual. O cuidar não se restringe à execução de atividades técnicas, mas envolve o doente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas. É de considerar importante os aspetos emocionais, psicológicos e físicos, ouvir o que o doente

deseja expressar, acalmar, acolher, e valorizá-lo em todas as suas dimensões (Pott et al., 2013).

Durante a administração de terapêutica injetável, em doentes que já possuem acesso (intervenção igualmente fundamental, que facilmente se torna mecanizada), procurei não ver esta intervenção como uma tarefa mecânica a ser executada, utilizei o pensamento e o exercício de juízo profissional. Assim, durante o procedimento, procurei promover medidas de conforto e comunicação, na procura da humanização do cuidado (Pott et al., 2013), elementos determinantes para a implementação do CF. O processo de conforto baseia-se numa abordagem humanista-afetiva, é intercedido pela interação enfermeiro/doente, onde a ação intencional do enfermeiro é decisiva para dar resposta às necessidades de conforto do doente (Ribeiro, 2012).

Tive oportunidade de reconhecer focos de instabilidade (instabilidade hemodinâmica, sinais de hipoxemia, sinais de hipoglicémia, retenções urinárias, entre outros) e de planejar cuidados de enfermagem especializados em parceria com a enfermeira orientadora, assim como a partilha do conhecimento entre ambas, através de pequenas conversas informais. Cada doente e cada situação são únicas, contudo, ao longo do estágio, constatei que as prioridades devem ser efetuadas sempre da mesma forma, ou seja, o objetivo inicial é estabilizar o doente, diminuindo a morbidade e mortalidade (Madeira et al., 2011). Estas intervenções contribuíram para desenvolver competências na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos (OE, 2010a).

Ainda na **sala de tratamentos**, tive contato com alguns dispositivos utilizados na pessoa politraumatizada, como os colares cervicais e imobilizadores laterais, planos rígidos, macas de imobilização de vácuo. Os doentes admitidos nesta sala, vinham com imobilizadores de pescoço e coluna, pois a primeira abordagem a estas pessoas era feita por bombeiros, técnicos de emergência médica, médicos e enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação. As pessoas acidentadas, ao chegarem ao SU, tinham que se retirar ou substituir os imobilizadores, até ser eliminada a hipótese de lesão da coluna cervical. Aqui tive oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular - Suporte Avançado de Vida em Trauma (estabilização manual da cabeça, aplicação do colar cervical, técnica de extração e imobilização, levantamento do

doente em bloco, entre outras). Desenvolvi competências no “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p.1; OE, 2010b). A permanência demorada da pessoa vítima de trauma em plano duro compromete a estabilidade hemodinâmica e a integridade cutânea. Neste serviço é o enfermeiro que delibera o momento de em que se retira o plano duro, tendo sido minha preocupação a sua permanência o menor tempo possível. Esta ação engloba dimensões do CF, como seja a promoção do conforto e a prevenção de UPP. A pessoa politraumatizada admitida, e sua família, têm altos níveis de ansiedade relacionados com o medo do desconhecido, com o medo do futuro, e com a presença de prováveis sequelas. A minha intervenção perante estas situações passou por mostrar disponibilidade, compreensão, estabelecendo uma relação terapêutica, tendo por base uma comunicação assertiva e adequada à situação do estado de saúde da pessoa, envolvendo-a e à sua família, no processo de cuidados. Mais uma vez mobilizei conhecimentos adquiridos no contexto de CP. Os CP têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Twycross, 2001). Na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, considero ter desenvolvido aptidões que me permitiram dar assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação que vivenciam (OE, 2010b).

Nas **salas de reanimação**, desenvolvi competências de enfermagem na abordagem à PSC do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico e vítima de trauma. Na sala de emergência vive-se um ambiente stressante. Inicialmente, por forma a não prejudicar o funcionamento da equipa, que sabem muito bem que lugar devem ocupar, optei por observar toda a dinâmica, o que cada um fazia, como fazia e fundamentalmente como comunicavam nestas situações. Foi a observação de peritos nesta área que me permitiu refletir sobre as suas ações e esclarecer todas as minhas dúvidas relacionadas com as intervenções. Com o passar do tempo ganhei conhecimento, confiança e destreza na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Nas **salas de reanimação** são admitidas pessoas a quem é atribuída uma prioridade de cor vermelha, incluindo as que são transportadas pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Neste setor, os

motivos mais frequentes de admissão relacionam-se com insuficiência respiratória, dor pré cordial e arritmia cardíaca, sendo a fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida a mais frequente. Estas pessoas necessitam de monitorização eletrocardiográfica. Geralmente a pessoa é despida de forma a expor o tórax anterior, pondo em causa a sua intimidade e privacidade, pois encontram-se outras pessoas na **sala de reanimação**. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009a), o enfermeiro tem o dever de garantir a privacidade e intimidade da pessoa. Assim que se finalize a monitorização da pessoa é indispensável que esta seja tapada para garantir a sua privacidade, dimensão do CF.

Na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos destaco as Vias Verdes: Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis, e o Protocolo de Manutenção do Potencial Dador. Cada nível do SU desempenha um papel particular, na resposta à situação. É fundamental que as Vias Verdes se comecem no local do evento ou do início dos sintomas, ou seja, os sistemas hospitalares e extra-hospitalares têm o dever de garantir a continuidade dos cuidados (DGS, 2017).

A identificação precoce de focos de instabilidade na PSC, assim como, prevenir o agravamento do estado clínico, são funções do enfermeiro especialista (OE, 2010b). Adquiri e mobilizei conhecimentos, resultantes da revisão da literatura, sobre o quanto é importante atuar em tempo útil, como a ativação de alertas médicos, encaminhamento dos doentes para as **salas de emergência**. No futuro, no meu local de trabalho, estarei sem dúvida mais desperta para as necessidades imediatas de cada pessoa, o que me permitirá atuar em tempo útil, promovendo um melhor *outcome* da PSC.

Durante a minha permanência no **SO, sala de reanimação e sala de tratamentos laranja**, foram várias as experiências vivenciadas e foram vários os momentos de aprendizagem. Gostava de salientar a oportunidade que tive de colaborar na gestão do Protocolo de Manutenção do Potencial Dador em morte cerebral.

Colaborei com a equipa multidisciplinar na realização das segundas provas de determinação clínica de morte cerebral, algo que não me era desconhecido, pois já tinha colaborado no meu local de trabalho. Após os testes confirmatórios, o potencial dador foi declarado em morte cerebral. A partir deste momento, os nossos cuidados centram-se na preservação e promoção da função dos órgãos. Centrar o nosso cuidado na

preservação e manutenção dos órgãos, levou-me a refletir, que também é função do enfermeiro, prestar cuidados que visem a manutenção da identidade da pessoa, com respeito e dignidade, independentemente do procedimento que irá ser realizado.

O potencial dador deve ser tratado de forma compassiva, não descurando a pessoa na sua integralidade, considerando-se a pessoa que foi e que, em consequência do princípio da dignidade da condição humana, merece respeito como qualquer outro doente (Costa, Costa, e Aguiar, 2016). O potencial dador de órgãos deveria ter sido transferido para a UCI, mas por inexistência de vaga permaneceu na sala de reanimação.

O papel desempenhado por nós enfermeiros, na continuidade dos cuidados é complexo. O objetivo dos nossos cuidados ao potencial dador, não se focalizaram só na manutenção e estabilidade hemodinâmica, segundo o protocolo padronizado. O papel do enfermeiro foi vital para o sucesso da recuperação dos órgãos transplantáveis (Urden et al., 2008), no entanto não descurou a preservação da identidade da pessoa. É parte do dever ético dos enfermeiros agir segundo o princípio da beneficência, tratando o dador de órgãos como ser e não como objeto (Costa et al., 2016).

Antes de vir a equipa de transplante, para transferir a pessoa para o bloco operatório, foi dada a oportunidade à família para se despedir, momento para mim constrangedor. É nosso papel assegurar apoio aos familiares do dador. O enfermeiro tem um papel destacável, pela sensibilidade, empatia e humanidade em compreender e lidar adequadamente com os conflitos e o sofrimento humano provocado pela doação de órgãos. A família já tinha sido informada pela equipa médica, que a pessoa se encontrava em morte cerebral e que seria um potencial dador de órgãos (Urden et al., 2008). Tanto eu como a enfermeira orientadora ficamos junto da família para responder a questões e preocupações que fossem surgindo. Esta família manteve a postura de que esta situação trágica de perda do familiar, transformou-se numa ação nobre de doação, amenizando a dor e confortando-os (Moreira et al., 2016).

Mais uma vez ancorei a minha postura, junto desta família, nas competências adquiridas no contexto de CP, momentos de escuta, apoio, presença (Twycross, 2001). Cuidar da família da pessoa em situação paliativa foi uma competência que tive de trabalhar, apesar de diariamente, no meu contexto de trabalho, comunicar com os

familiares da PSC. Os objetivos da comunicação com a família foram reduzir a incerteza, melhorar o relacionamento, mostrar à pessoa e família uma direção.

A transmissão de mensagens à pessoa e família pode ser feita através da comunicação não verbal, que inclui: a expressão facial; o contacto olhos nos olhos; a postura, sentado ou de pé; o tom e velocidade da voz e o tato. Colocar a mão na mão constitui um meio importante de restabelecer a sensação de ligação com as pessoas e com o mundo em geral (Twycross, 2001). O toque foi a competência que mais tive de trabalhar, pois em contexto de situação crítica, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) – com o objetivo de “proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos doentes”(DGS, 2012) – limita este contacto. Trabalhar a comunicação não verbal permitiu-me desenvolver competências no assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação clínica da pessoa, e na promoção de uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação de doença (OE, 2010b). Permitiu também tomar consciência de mim enquanto pessoa e profissional (OE, 2010a) e reconhecer os meus recursos e limites.

Ao longo do estágio constatei que a família, seja em CP, seja em contexto de cuidados à PSC, vive a incerteza do dia seguinte. Aprendi que a família deve ser encorajada a viver cada dia, sem fazer planos a longo prazo. O apoio à família é fundamental, e é parte integrante dos CP (Twycross, 2001), tal como poderá sê-lo no cuidado à PSC.

Tudo isto contribuiu para que desenvolvesse competências no domínio da gestão de cuidados, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p1), competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010 b) e competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010a).

No domínio da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC (OE, 2010 b), e as competências do CMEEPSC em “Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p1), procurei conhecer as diretivas da comissão de controlo de infeção. Na abordagem à PSC, face a possíveis fontes de infeção ou contaminação que as pessoas

possam ter, foram utilizados EPI (luvas, bata e máscara) (DGS, 2012). Constatei que relativamente ao controlo de infeção durante os procedimentos invasivos, os princípios recomendados pela DGS (2015), nem sempre eram cumpridos, como usar campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente, descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local, mudar o penso com periodicidade adequada utilizando técnica assética. O não cumprimento destes princípios parece-me que se deve à existência de várias contingências como o espaço físico, o rácio enfermeiro/doente e o tempo disponível para responder às várias solicitações. Em relação a este assunto houve vários momentos de partilha de conhecimentos, informalmente com os colegas e enfermeira orientadora, tendo-se debatido a importância do controlo de infeção face à gestão das prioridades da gestão clínica do doente. Estes debates permitiram-me “Expor com clareza e argumentar os resultados do (meu) próprio raciocínio” e “Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p1), o que resultou nalgumas alterações nomeadamente na realização do penso do local de inserção do Cateter Venoso Central (CVC), tendo havido uma maior preocupação em manter a técnica assética.

Na **sala de reanimação**, os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva permanecem algum tempo, sempre que não existem vagas na UCI. Relativamente ao protocolo da PAV, detetei que não estavam a ser implementadas as medidas preconizadas pela DGS (2013), como a avaliação da pressão do cuff do tubo endotraqueal (deve estar entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O), a elevação da cabeceira a 30º, a higiene oral, o posicionamento dos doentes e a aspiração de secreções. Estas situações também promoveram alguns momentos de reflexão e partilha de conhecimentos, informalmente com os colegas e enfermeira orientadora. O facto de as pessoas permanecerem pouco tempo ventiladas, na **sala de reanimação**, faz com que os profissionais tenham pouco contacto com estes procedimentos, o que dificulta o assegurar todos os cuidados inerentes à prevenção da PAV. Após esta partilha de conhecimentos verifiquei que houve alguma alteração das práticas, nomeadamente no que concerne à elevação da cabeceira a 30º, execução da técnica de aspiração de secreções, conforme o que é preconizado pela DGS (2013). Embora não tenha realizado nenhuma formação formal, por

indisponibilidade do serviço, considero que a minha presença, foi um agente de mudança no que concerne à prevenção da PAV. A educação permanente faz parte de um compromisso pessoal, adquirido com as mudanças de atitude, resultado das experiências vividas, através das relações com os outros (Paschoal, Mantovani, & Méier, 2007).

Com o objetivo de adquirir competências na conceção e dinamização de respostas a situações de catástrofe ou emergência (ESEL, 2010), tive a preocupação de conhecer o plano de emergência interna deste SU. Não tendo havido, durante o meu período de estágio, nenhuma situação que obrigasse à ativação desse plano, foi-me apresentado, pelo enfermeiro pertencente ao grupo de elaboração do plano, o plano de atuação em situação de catástrofe e/ou multivítimas. Este plano contempla os procedimentos a ter em conta, em caso de emergência, hierarquias, contactos, *action cards* para os diferentes elementos da equipa e algoritmos de atuação, que fazem parte de um manual disponível no serviço. Foi-me também apresentado, através de fotografias em *PowerPoint*, um simulacro que foi efetuado, permitindo a visualização das estruturas físicas que são adaptadas no caso de o plano ser acionado.

A enfermeira orientadora, na ausência do enfermeiro chefe de equipa, assumia a coordenação da equipa, que mantinha informalmente, mesmo quando o enfermeiro chefe de equipa estava presente. No meu local de trabalho, UCI, também desempenho funções de chefe de equipa, o que permitiu alguns momentos de discussão/partilha. No meu local de trabalho, ambiente mais organizado, com um número limitado de doentes, em que o rácio enfermeiro/doente é de um enfermeiro para dois doentes, o processo de liderança da equipa fica facilitado. Nos momentos de partilha, concluímos que o processo de liderança é essencial na profissão de enfermagem, principalmente num serviço desta dimensão. Ter competências de comunicação, solucionar conflitos e ter iniciativa, são competências que contribuem para o cuidar.

Os enfermeiros, na sua prática de cuidados, deparam-se com várias situações de tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, gestão de conflitos, coordenação de equipa, para atingir os objetivos da instituição e a excelência dos cuidados prestados ao doente/família (Ribeiro, Santos, & Meira, 2006). O papel do enfermeiro chefe de equipa é de grande importância, cabe-lhe proporcionar um ambiente favorável à prestação de cuidados, para ir ao encontro das necessidades dos doentes

que a este serviço recorrem. É função do chefe de equipa coordenar a equipa de enfermagem, e desenvolver aptidões que promovam a liderança equilibrada de um grupo heterogêneo, transmitindo segurança na tomada de decisão (Ribeiro, et al., 2006). Temas como, tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, gestão de conflitos, coordenação de equipa, foram abordados com a enfermeira orientadora, foram partilhadas experiências, o que permitiu-me desenvolver competências no domínio da gestão de equipas e na gestão de cuidados (OE, 2010a), contribuindo assim para “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1).

Durante este estágio as oportunidades de aprendizagem foram imensas, fui sempre acompanhada por profissionais de excelência, sempre preocupados e esforçados por garantirem a qualidade dos cuidados de enfermagem, apesar de não trabalharem nas melhores condições. Ancorei as minhas intervenções nas NHF identificadas por Virginia Henderson, que englobam os aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais necessários ao ser humano para manter e/ou recuperar a sua saúde (Henderson, 2007).

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir sobre a forma como presto cuidados. Atualmente, cuidar, para mim implica intervenções em que o centro dos cuidados é a pessoa e família. Se centrar os cuidados na pessoa, irei responder às suas necessidades, promovendo a valorização do CF (Henderson, 2007; Kitson et al., 2005; Watson, 2002). É importante refletir sobre a nossa prática de cuidados, refletir sobre a nossa postura, pois só desta forma podemos operar mudanças no seio da equipa multidisciplinar onde estamos integrados (Caetano, Andrade, Soares, & Ponte, 2007). A reflexão sobre a prática levou-me à construção da experiência e ao desenvolvimento de competências, através de uma articulação entre pares (Serrano, Costa, & Costa, 2011). Tive oportunidade de constatar o quanto a experiência profissional, influencia o enfermeiro na valorização do CF. Para uma melhor assistência, ao doente e família, temos que fundamentar os nossos cuidados, não apenas na técnica, mas também em valores pessoais, compreendendo o verdadeiro significado e a abrangência do cuidado humano.

### 2.3. Unidade de Cuidados Intensivos

As UCI são locais habilitados, para se comprometerem em assumir os cuidados e tratamento à PSC, com disfunção de órgãos, com falência ou eminência de falência orgânica (DGS, 2003).

Efetuei o estágio numa UCI, de um Hospital Central na região de Lisboa, com a duração de seis semanas, no período compreendido entre 3 de janeiro e 9 de fevereiro de 2018. Esta UCI, não me era totalmente desconhecida, pois foi onde iniciei a minha atividade profissional, em janeiro de 1992, e onde permaneci três anos. Tive como objetivo: **aprofundar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, em contexto de cuidados intensivos; e aperfeiçoar competências especializadas de enfermagem no âmbito do CF à PSC adulta/idosa.**

Foram ainda definidos objetivos específicos:

- Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto;
- Aprofundar competências na área da gestão de cuidados à PSC;
- Prestar cuidados à PSC, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal;
- Contribuir para a valorização do CF à PSC, tendo como referência os critérios de qualidade e segurança;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Para atingir os objetivos delineados, estabeleci atividades a desenvolver com os respetivos indicadores de resultado (Apêndice V).

Numa primeira fase, tive necessidade de conhecer/reconhecer e compreender a dinâmica de organização e funcionamento da UCI, com o objetivo de vir a desenvolver competências enquanto enfermeira especializada na área de enfermagem à PSC. É uma unidade classificada em nível III, composta por 16 camas de nível III, e 8 de nível I<sup>8</sup> (DGS, 2003). As camas são distribuídas por salas com capacidade para dois ou quatro doentes. Existe uma grande mobilidade de doentes, pelo facto de existirem as camas de nível I e

---

<sup>8</sup> A unidade de nível I, tem como objetivo a monitorização, habitualmente não invasiva. Assegura, em caso de necessidade, manobras de reanimação e existe uma articulação com outros serviços e unidades de nível superior. A de nível III é uma unidade que têm de preferência quadros próprios de médicos e enfermeiros, com médico intensivista durante 24 horas, com possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários. Dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e possui programas de ensino e preparação em cuidados intensivos. É uma unidade característica dos hospitais com serviço de urgência polivalente (DGS, 2003).

III. O enfermeiro chefe de equipa e o meu enfermeiro orientador (com funções de gestão) colaboram nesta tomada de decisão, juntamente com a equipa multidisciplinar. Existe uma corresponsabilização do enfermeiro, trabalhando em articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo o fim único o bem-estar da pessoa doente. Durante o estágio tive oportunidade de colaborar nesta tomada de decisão interdependente, contribuindo para desenvolver competências na área da gestão dos “cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1), no domínio da melhoria da qualidade e no desenvolvimento de competências na gestão do risco (OE, 2010a). Esta experiência permitiu-me desenvolver a autonomia na tomada de decisão em interdependência.

A unidade possui uma sala equipada com tecnologia para realizar Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), onde é assegurada a realização de hemodiálise ou de ultrafiltração a pessoas internadas no Centro Hospitalar, que se encontram impossibilitadas de se deslocarem ao centro onde a realizam ou por uma situação de urgência. A utilização destas modalidades terapêuticas é assegurada pelo enfermeiro, e a prescrição é feita pelo médico da UCI. A experiência que adquiri no meu local de trabalho, na prestação de cuidados aos doentes a realizar TSFR, facilitou o estar mais desperta para a valorização das dimensões do CF.

Possui uma sala equipada com tecnologia, que permite técnicas como colocação de *pace* transvenoso. Nesta sala, sempre que não é possível o transporte do doente para uma instituição com sala de hemodinâmica, procede-se à colocação de um electroestimulador, pela equipa da UCI. Existe ainda uma sala para realização de *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Nesta sala são recebidos doentes vindos da rua em paragem cardiorrespiratória, pois existe uma articulação da UCI com o Instituto Nacional de Emergência Médica e Gabinete de Colheita de Órgãos. O programa da UCI tem como primeiro objetivo a reanimação com ECMO e como segundo objetivo, possibilitar que os doentes submetidos a manobras infrutíferas de ressuscitação, possam ser candidatos a dadores de coração parado. Considero que com esta tomada de decisão, preserva-se o direito humano à vida e à qualidade de vida, como seja proteger e defender a vida humana em todas as circunstâncias (OE, 2009). O ECMO no caso do dador em coração parado, veio permitir o aumento do número de dadores, garantindo

desta forma uma melhor qualidade de vida aos doentes em lista de transplante (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2017). Nestas salas o ambiente que se vive é determinado pela alta tecnologia, as ações são orientadas para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. São prestados cuidados de elevada qualidade (Urden et al., 2008). A PSC quando entra nesta sala é confrontada com procedimentos que têm uma relação estreita com o modelo biomédico, o que leva à desvalorização do CF (Ashworth, 1990). Após os procedimentos, verifiquei que existe a preocupação com os componentes do CF, como seja, cuidados de higiene, conforto, apoio emocional à família, entre outros.

O facto do meu orientador de estágio ser um dos enfermeiros responsáveis da UCI e ter horário fixo, permitiu-me conhecer a dinâmica das várias equipas de enfermagem. Realizei só manhãs, o que não me limitou no conhecimento da dinâmica do contexto, pelo facto de já ter trabalhado neste serviço e o meu local de trabalho ser uma UCI. O trabalho em equipa é fundamental para melhor conhecer e compreender a pessoa que é alvo de cuidados. Torna-se imprescindível para a qualidade dos cuidados prestados, a integração na equipa multidisciplinar (Nascimento, Backes, Koerich, & Erdmann, 2008).

O SI existente no serviço é igual ao do meu local de trabalho, o que facilitou a consulta do diário clínico e registos de enfermagem, possibilitando-me, desta forma, ser mais ativa na prestação de cuidados à pessoa.

Durante o estágio tive oportunidade de conhecer a articulação com outros Hospitais, do Centro Hospitalar, nomeadamente, através do transporte inter-hospitalar de doentes, em que participei. Tive oportunidade de planear o transporte, prevendo instabilidades, visando a segurança do doente (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A experiência em cuidados intensivos trouxe-me alguma facilidade na compreensão da gestão dos recursos da UCI. O facto do meu orientador se encontrar de horário fixo e sem doentes atribuídos, desempenhando funções de gestão, a monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e como dinamizador dos vários grupos de trabalho existentes na UCI. Permitiu-me abordar temas como, tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, gestão de conflitos, coordenação de equipa, foram partilhadas experiências, o que me permitiu desenvolver competências no domínio da gestão de

equipas e na gestão de cuidados (OE, 2010a), contribuindo assim para “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1).

A consulta dos protocolos promoveu a partilha de experiências relacionadas com o meu local de trabalho, visto os dois contextos fazerem parte do projeto STOP Infecção da Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Esta partilha também foi favorável ao processo de integração. Deste projeto faz parte a norma de prevenção da PAV (Direção Geral da Saúde, 2017) e a norma da prevenção da infeção associada à inserção do CVC (Direção-Geral da Saúde, 2015). Como já referi o meu local de trabalho também faz parte deste projeto, o que permitiu uma partilha de saberes, acerca das intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a redução da PAV e redução da infeção associada à colocação do CVC (DGS, 2015a, 2015b; Silva, Nascimento, & Salles, 2012). Desta partilha resultou uma reflexão acerca da prática de cuidados relacionada com o projeto e com as estratégias implementadas no meu local de trabalho para solucionar esta problemática, tais como a colocação da data de realização do penso do local de inserção do CVC (permite monitorizar a frequência da realização), monitorização da prática através da observação direta, o que promoveu uma provável mudança, promovendo a qualidade dos cuidados. A valorização do CF permite reduzir o risco de infeção, utilizando os recursos disponíveis para promover a segurança (DGS, 2011). No caso da PAV, componentes do CF, como a realização da higiene oral, foram abordados com o enfermeiro orientador. A higiene oral não só mantém um bom estado da boca, dos dentes e gengivas, como atua na prevenção da infeção associada ao aparelho respiratório, causado por microaspirações. Concluímos que tal cuidado só é priorizado dependendo da consciencialização do enfermeiro (Brito et al., 2007).

O estágio de CP trouxe-me a competências na compreensão do meu papel terapêutico em termos de proteção, manutenção e promoção de um atendimento digno e respeitoso, centrado na pessoa, baseado nas melhores evidências possíveis.

Na UCI centrei o cuidado na pessoa e ancorei a minha prestação de cuidados baseado na evidência relacionada com a prevenção da PAV. O CF promove a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como o bem-estar do doente (Kitson et al., 2010).

O estágio de CP trouxe-me a possibilidade de desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; na medida em que a tomada de decisão ética é feita em parceria com a pessoa e equipa, em várias situações. Onde a defesa dos direitos humanos, os valores deontológicos, o respeito pela privacidade e segurança da pessoa estão sempre presentes (OE, 2010a). No caso da PSC, esta encontra-se frequentemente impossibilitada de participar na tomada de decisão, ancorei a minha postura nas competências adquiridas nos CP, encorajando a família a participar na tomada de decisão, preservando a defesa dos direitos humanos.

A observação/participação nestas práticas de cuidados permitiu-me concluir que a supervisão clínica “ajudaria os enfermeiros a refletir nas suas atividades profissionais e a promover a qualidade dos cuidados” (Costa & Morais, 2013). A monitorização dos cuidados permitiria ao enfermeiro dar o *feedback* imediato, tendo em conta a evidência científica e as normas de qualidade, e corrigir as práticas no momento e sempre que necessário.

Da partilha de saberes com o enfermeiro orientador, concluímos, existir dificuldade na monitorização dos cuidados, não só pela apresentação física do serviço, de grande dimensão e organizado por salas, mas também pela escassez de recursos humanos, o que dificulta esta monitorização. O facto de terem integrado na equipa, vários elementos novos, também dificulta o cumprimento das normas. No entanto, a monitorização dos cuidados promove o desenvolvimento da equipa, e garante a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, pois sempre que é detetada alguma prática menos correta é corrigida no momento. Com base no que referi, desenvolvi competências no domínio da gestão de cuidados, da melhoria da qualidade, da prevenção e controlo de infeção (ESEL, 2010; OE, 2010a, 2010b).

Destaco uma situação de cuidados, em que um profissional de saúde (Assistente Operacional), conhecido de uma doente internada, em situação crítica, veio à unidade visitar a doente e saber informações, para as partilhar com a família, que não sabia do estado de gravidade da mesma. Esta foi aconselhada a dizer à família para vir visitar a doente e poder ser informada do seu estado clínico. Como já referi anteriormente os doentes estão em salas, o que limita o controlo da entrada de pessoas por parte do enfermeiro, contudo é da responsabilidade do enfermeiro manter o direito à privacidade

e à obrigatoriedade do sigilo profissional (OE, 2009). A família veio à visita, realizei o acolhimento, e foram prestadas informações acerca do estado geral da doente, comunicando a ausência ou a presença de evolução (Borges, 2015). Procurei conhecê-los, saber as suas preocupações e de que forma os poderia ajudar, a ultrapassar as dificuldades. Apliquei competências aperfeiçoadas no estágio de CP, principalmente ao nível do envolvimento da família nos cuidados e ao nível da comunicação com a PSC e família.

O acolhimento permitiu também recolher informação relativamente à doente, que possibilitou conhecê-la melhor, garantindo a segurança das práticas, e atuar em defesa dos seus direitos, especialmente, através da prestação de cuidados que promovam o respeito pela sua identidade e dignidade humana. Suportei a minha tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas (ESEL, 2010; OE, 2009, 2010a). Aqui tive oportunidade de mobilizar as competências adquiridas, no contexto de estágio de CP, como proporcionar momentos de escuta, apoio e presença (Twycross, 2001).

Estas intervenções contribuíram para que desenvolve-se competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”(ESEL, 2010 p.1; OE, 2010a).

No âmbito de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, no que diz respeito ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; OE, 2010b), tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados de enfermagem em várias situações de saúde, sobretudo, no cuidar à pessoa com risco de instabilidade hemodinâmica, assim como, na pessoa a realizar TSFR. Relativamente às TSFR com recurso à anticoagulação por citrato, foi importante o contacto com o monitor da *Fresenius*, em implementação no meu local de trabalho, na medida em que facilitou a minha aprendizagem.

Durante o estágio prestei cuidados à pessoa submetida a ventilação de alto fluxo, método de ventilação que me era desconhecido, utilizado recentemente nesta unidade. Senti necessidade de fazer pesquisa bibliográfica relativamente a esta técnica, para melhor concretização desta. A ventilação de alto fluxo é uma técnica pela qual o oxigênio aquecido e humidificado é administrado por cânula nasal com fluxos elevados (Bertonny,

Freitas, Martins, & Carvalho, 2016). As vantagens deste tipo de ventilação são a diminuição da incidência de PAV, promoção de conforto ao doente e permite uma remoção e colocação fácil. Permite também que o doente comunique normalmente e se alimente (Urden et al., 2008). Com este método de ventilação o enfermeiro pode mais facilmente avaliar junto da PSC que NHF não estão satisfeitas e desenvolver intervenções no sentido da sua satisfação, valorizando-se, desta forma, o CF. Tive vários momentos de partilha de conhecimento relativamente a esta modalidade terapêutica com o enfermeiro orientador, que promoveram a minha aprendizagem.

Durante o estágio tive oportunidade de observar a canulação e manutenção do ECMO. Esta técnica não era totalmente desconhecida para mim. A participação no 4º Encontro de Enfermagem de Emergência – 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos, realizado nos dias 20 e 21 de outubro de 2017 (Anexo II), permitiu-me assistir ao tema “ECMO em UCI: Atuação do enfermeiro”, o que fez que esta técnica não me fosse totalmente desconhecida. Temas como a resistência aos antimicrobianos, nutrição do doente crítico, circuito do doente crítico, fizeram do encontro um momento de partilha do conhecimento, através de especialistas na área. A participação no encontro, possibilitou-me mais uma vez, despertar a atenção para temáticas de interesse na área do cuidado de enfermagem à PSC, bem como para a seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, 2010, p.1).

O ECMO é uma técnica de suporte vital extracorporeal, que permite a substituição temporária das funções pulmonar e cardíaca, nos casos de falência respiratória e/ou circulatória aguda grave refratária ao tratamento convencional. É uma técnica de tratamento complexa, de alto risco e com custos elevados, que exige uma equipa multidisciplinar e multiprofissional diferenciada, com capacidade de resposta imediata (Makdisi & Wang, 2015). É de salientar que nesta unidade - um centro especializado em ECMO - existe um grupo de enfermeiros e médicos que receberam formação específica sobre esta técnica. As tecnologias mais sofisticadas e recentes, exigem tempo e esforço, por parte dos profissionais para garantir que os membros da equipa estejam preparados (Henneman, 2010). A formação emergiu de uma necessidade na implementação desta modalidade terapêutica.

A realização da técnica ECMO exige do enfermeiro capacidade de prestar cuidados diferenciados à PSC, cuidados estes complexos, que requerem do enfermeiro uma formação e atualização constante, para lhe permitir reconhecer, prevenir e detetar previamente as complicações, atuando em tempo útil (Almedia & Ribeiro, 2008). Também neste contexto de cuidados constatei que a experiência e o conhecimento científico conferem a estes enfermeiros a capacidade de centrar os cuidados no doente, valorizando componentes do CF, como seja o posicionamento, a higiene oral, cuidados com a pele, entre outros. O enfermeiro usa a tecnologia para lhe permitir passar mais tempo junto do doente (Ashworth, 1990).

Vários foram as PSC que acompanhei cujo o estado clínico podia evoluir para falência multiorgânica, o que exigia cuidados de alto grau de especificidade e complexidade. A experiência de estágio na UCI permitiu-me atingir competências na execução de “cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica”(OE, 2010b, p.3). Mas não foram apenas os cuidados ditos técnicos. Acompanhar a PSC/família em processo de luto foram situações de grande aprendizagem. Tendo como referência o estágio de CP, desenvolvi o meu autoconhecimento e assertividade e percebi que basta estar lá, ou até mesmo com um simples toque<sup>9</sup>.

Para adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC (OE, 2010b) e competências para o CMEEPSC (ESEL, 2010) no que concerne à gestão de protocolos terapêuticos complexos, e na prevenção e controlo de infeção, tive oportunidade de consultar protocolos, como protocolo de gestão de insulina, protocolo de prevenção da PAV, medidas de isolamento, protocolo de prevenção da infeção associada à inserção e manutenção de CVC, protocolo de gestão de temperatura pós PCR. Relativamente ao protocolo da PAV, detetei que nem sempre, estavam a ser implementadas todas as medidas, como a avaliação da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal ( só existe um medidor manual de avaliação da pressão do *cuff*, para todo o serviço), que deve estar entre 20 e 30cm H<sub>2</sub>O (DGS, 2017), o que promoveu alguns momentos de partilha de conhecimentos, informalmente com os colegas e enfermeiro

---

<sup>9</sup> Colocar a mão na mão constituiu um meio importante de restabelecer a sensação de ligação com as pessoas e com o mundo em geral (Twycross, 2001).

orientador. Segundo o enfermeiro orientador, o facto de a equipa de enfermagem ser muito numerosa, limita a divulgação da informação e também integraram um considerável número de elementos novos na equipa. Alterar hábitos de uma equipa numerosa é um desafio. Considero que uma das estratégias passa pela comunicação eficaz, mas para que tal aconteça o outro tem que estar motivado (Broca & Ferreira, 2012). Sempre que existiu uma abordagem em relação às práticas, verifiquei, que era bem aceite por parte de todos os elementos da equipa, o que me leva a acreditar que a equipa se encontrava motivada para alterar comportamentos.

No dia a dia, tive alguma dificuldade em perceber quais os doentes que estavam em isolamento (DGS, 2012), e que tipo de isolamento estava instituído. Este foi um aspeto que mereceu discussão e partilha de conhecimento com o meu orientador. Com o decorrer do estágio, tomei consciência que a forma dos enfermeiros perceberem quais os doentes que estavam em isolamento, era através da existência de batas de uso descartável (EPI) disponíveis na sala (DGS, 2012). Considero que este comportamento pode tornar-se em comportamento de risco, pois, este serviço recebe com frequências pessoas externas (alunos de enfermagem, internos de medicina). Na minha opinião, os doentes a quem foi instituído isolamento, a unidade do mesmo, deveria estar identificada com cartazes identificativos, com o tipo de isolamento instituído, consoante o agente infeccioso, com o objetivo de estabelecer barreiras físicas para evitar a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para o outro (DGS, 2007).

Um outro desafio foi a compreensão da escala de avaliação da dor e de sedação utilizada nesta unidade. A escala utilizada para a avaliação da dor em doentes sedados e ventilados é a *Behavioral Pain Scale*, que depois da avaliação permite gerir as intervenções farmacológicas e não farmacológicas apropriadas para a diminuição da dor. A *Behavioral Pain Scale* permite obter um score de dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação ao ventilador (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014). A dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (Twycross, 2001). Na perspetiva de Henderson, & Nite (1978) e a OE (2008), a dor pode ser um sinal primário de que algo não está bem com o corpo. Pode conduzir-nos à ideia da morte.

Depois de interpretada a escala *Behavioral Pain Scale*, implementei alguns componentes do CF, como sejam, a massagem de conforto ou o correto posicionamento no leito. Foram medidas implementadas para o alívio da dor, assim como para perceber a eficácia e a tolerância à analgesia.

Para compreender o nível de sedação é utilizada a *Richmond Agitation-Sedation Scale*, esta escala não é utilizada no meu local de trabalho, o que fez com que mais uma vez necessitasse de realizar pesquisa bibliográfica sobre o assunto, observação dos pares e experimentação. É de todo fundamental aliviar a ansiedade e assegurar o conforto do doente, assim como promover a sincronia ventilatória, dimensões do CF, para tal, tem que se aplicar a escala de avaliação de sedação, neste caso a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale*, para validar se o nível de sedação está a ser eficaz (Urden et al., 2008). Ao fazer a gestão destas escalas, permitiu-me adquirir competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (OE, 2010b). A utilização das escalas<sup>10</sup> permite elevar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, permitindo também fundamentar a prática da prestação de cuidados (Twycross, 2001).

Relativamente ao protocolo de gestão de temperatura no doente pós paragem cardiorrespiratória, para além de consultar o protocolo tive oportunidade de ver o início deste protocolo num doente pós paragem cardiorrespiratória. O protocolo do local de estágio recomenda a Hipotermia Terapêutica. Nos doentes pós paragem cardiorrespiratória em ritmo disbrilável opta-se pelo controlo da temperatura para os 33°C, para os doentes em ritmo não disbrilável o controlo é abaixo dos 36°C.

No decorrer do estágio foi-me dada a oportunidade de assistir à consulta de *follow-up*, efetuada por duas enfermeiras e médico desta unidade. Os cuidados intensivos e a doença crítica prejudicam a saúde e o bem-estar dos doentes. A evidência mostra que a principal preocupação dos cuidados intensivos é a mortalidade hospitalar, mas o futuro passa por valorizar a forma como as doenças críticas e os cuidados intensivos, afetam a saúde e o bem-estar dos doentes. Esta consulta tem como finalidade fazer uma avaliação da qualidade de vida, autonomia e morbilidade dos doentes. A avaliação da autonomia e

---

<sup>10</sup> Na UCP é utilizada uma escala de avaliação de sintomas, a *Edmonton Symptom Assessment Scale*. Esta escala possibilita a avaliação de um conjunto de sintomas, como sejam sintomas físicos e psicológicos da pessoa em CP. A validação faz-se numa escala de zero a dez, sendo que zero significa ausência de sintomas e dez a manifestação mais forte do sintoma. Esta escala deverá ser preenchida pelo próprio doente, permitindo assim o envolvimento da pessoa no cuidado (Twycross, 2001).

independência na satisfação das NHF são, indiscutivelmente, dimensões do CF. É feita seis meses após o internamento, têm como objetivo o encaminhamento dos doentes para consulta, a quem são detetadas alterações, nomeadamente, manifestações de *stress* pós internamento (Dale, Angus, Sinuff, & Mykhalovskiy, 2013). Os doentes de uma maneira geral referem ter atualmente uma melhor qualidade de vida. Verifiquei que a equipa multidisciplinar foi fundamental na avaliação precoce destes doentes, identificando necessidades e planeando programas para suprimir estas necessidades. Esta intervenção tem como objetivo, proporcionar a estes doentes, uma boa qualidade de vida após o internamento em cuidados intensivos (Nogueira, 2016).

Durante a observação na consulta verifiquei que as principais experiências relatadas pelos doentes, é a dor (os doentes referem as “picadas” a que são sujeitos), o estar dependente dos outros nas atividades de vida diária, a sede durante o período em que estiveram ventilados e a impossibilidade em comunicar. Após reflexão, acerca dos relatos feitos pelos doentes, aspetos como a sede e a comunicação, passaram a ser mais valorizados por mim e transportei esta preocupação na melhoria dos cuidados para o meu local de trabalho. Aspetos como, humedecer a mucosa oral dos doentes ventilados, com o objetivo de diminuir a sensação de sede e arranjar estratégias alternativas de comunicação, como a utilização da linguagem gestual, da escrita e da leitura da mímica labial, passou a ser uma preocupação na minha prestação de cuidados. Com estas intervenções autónomas, CF, considero ter desenvolvido estratégias, com o intuito de proporcionar uma prática de enfermagem mais humana, onde se visualize o indivíduo, não apenas como mais um, e sim como um ser possuidor de experiências próprias, mesmo quando estas experiências não possam ser expressas por palavras. O cuidar não se pode restringir à execução de atividades técnicas, mas envolve o doente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas. É de considerar importante as dimensões do CF, como os aspetos emocionais, psicológicos e físicos, ouvir o que o doente deseja expressar, acalmar, acolher, e valorizá-lo em todas as suas dimensões. Necessidades essenciais e únicas de cada pessoa, que garantem a segurança, saúde e bem estar físico e psicossocial (Feo, Conroy, et al., 2018; Pott et al., 2013). No estágio de CP percebi que as questões pessoais, familiares, espirituais não resolvidas, resultam num descontrolo de sintomas, principalmente quando o fim de vida se avizinha

(Twycross, 2001). Nestas situações foi importante o papel ativo da relação terapêutica com o enfermeiro. Pude observar, ao longo do estágio, que o tratamento de qualquer sintoma descontrolado se efetua de uma forma holística. Esta realidade levou-me a refletir acerca da situação da PSC, que de igual forma detém sentimentos e preocupações em relação ao vivido, na maioria das vezes impossibilitada de os verbalizar, pois não tem capacidade para o fazer, devido à sua situação de saúde atual. Estas experiências, de “cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença” (ESEL, 2010), permitiram-me o desenvolvimento de saberes relativamente à relação terapêutica e à comunicação, o que me levou a aperfeiçoar competências, mais uma vez, no domínio da qualidade (OE, 2010a).

A comunicação, representa a base da relação terapêutica. Cabe-nos a nós enfermeiros saber ouvir, sermos sensíveis à comunicação não verbal e encorajar os doentes a expressarem os sentimentos da forma que conseguirem (Henderson, 2007).

Cuidado Fundamental? Fui muitas vezes questionada pelos colegas “o que é isso de CF?”, ao qual respondi “o que fazemos diariamente, como cuidados de higiene, higiene oral, o posicionamento dos doentes, cuidados essenciais e autónomos da profissão de enfermagem”. Estes cuidados são essenciais, incluem também os aspetos físicos, psicossociais e relacionais, que são exigidos por cada doente, independentemente da sua condição de saúde ou do ambiente em que recebem os cuidados (Feo & Kitson, 2016). A curiosidade dos colegas permitiu esclarecer e sensibilizar para o tema. Esta situação permitiu que refletisse, acerca do que poderei fazer para melhorar a minha prática e dos meus pares no que concerne ao CF, em contexto da PSC. Pensei que seria importante a realização de formação em serviço, mas em conversa com o meu orientador, este explicou que os enfermeiros estavam pouco disponíveis para ações de formação, pois estavam a decorrer formações sobre alguns equipamentos adquiridos recentemente, pelo que mais uma formação iria ser uma sobrecarga horária. Não foi feita nenhuma sessão formal, mas informalmente argumentei junto dos meus pares, baseando os meus argumentos na evidência científica, de modo a conseguir a valorização do CF (Feo et al., 2017).

O facto de se ter valorizado as ações de formação relacionadas com a tecnologia, vem corroborar com o descrito na literatura que salienta que facilmente é desvalorizado

o CF em detrimento da tecnologia. Esquece-se que o CF é essencial que seja fornecido para a promoção da saúde, do conforto e da dignidade do doente (Curtis & Wiseman, 2008). Com isto não considero, de todo, menos importante o cuidar com auxílio da tecnologia, pois no contexto da PSC, ajuda-nos a conhecer plenamente o doente de quem cuidamos como pessoas e não como objeto de cuidados. A tecnologia dá facilidade ao enfermeiro em focar-se nas intervenções de enfermagem, mas o enfermeiro terá que saber conciliar a perícia da tecnologia com a arte do cuidar (Locsin, 2013; Sá et al., 2015).

Algumas dimensões do CF debatidas e que considero geradoras de conhecimento foram:

- Higiene oral. A higiene oral é uma das intervenções de enfermagem mais básicas, mas para além de proporcionar conforto ao doente, é uma das medidas da prevenção da PAV (Grealý & Chaboyer, 2012);

- Alternância de decúbitos. O posicionamento promove o conforto ao doente, mas também previne UPP e promove uma recuperação precoce da mobilidade. A cabeceira a 30° é outra das medidas para a prevenção da PAV (Grealý & Chaboyer, 2012);

- Cuidados de higiene. O banho diário e ter cuidados com as rugas do lençol, permitem prevenir zonas de pressão. Nos cuidados de higiene, a mobilização pode provocar dor no doente, logo deve-se providenciar o alívio da dor profilaticamente antes de iniciar o banho na cama (Grealý & Chaboyer, 2012).

O CF é visto como tarefas simples, que requerem pouca habilidade, e que têm pouco impacto na recuperação do doente, logo a sua invisibilidade leva a uma subsequente desvalorização do mesmo. No entanto, estes são cuidados de enfermagem de qualidade que resultam em melhores *outcomes* na PSC (Feo & Kitson, 2016).

Esta oportunidade em divulgar, junto dos pares, a importância do CF junto da PSC, permitiu-me desenvolver competências e atingir os objetivos preconizados no 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Concluí que o CF é ou não valorizado consoante é percebido por cada um. Pareceu-me, que o tempo de experiência profissional que a pessoa tem na prestação de cuidados à PSC é um fator determinante para a valorização do CF.

Esta unidade tem um horário de visitas alargado, das 14.30 às 15.30H e das 18.00 às 19.30H, o que me proporcionou estabelecer uma relação de ajuda com a família.

Articulei a experiência adquirida no meu local de trabalho, como o acolher a visita, explicando o estado clínico do doente, como o vai encontrar, acompanhá-lo desde a porta de entrada até à sala. Planeava os meus cuidados para que na hora das visitas estivesse disponível para perceber e esclarecer as dúvidas da família. Aqui, mais uma vez, tive oportunidade de mobilizar as competências adquiridas, no contexto de estágio dos CP, como seja a comunicação, que representa a base da relação terapêutica. Junto da família também colhi dados acerca do doente, o que permitiu prestar cuidados centrados na pessoa, valorizando o CF pois este implica que os enfermeiros deem prioridade ao doente (Feo et al., 2017; McCormack, 2016).

As UCI, são locais adequados à prestação de cuidados à PSC, mas ambientes agressivos e traumatizantes para a pessoa e sua família (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). Perante isto, cabe ao enfermeiro comunicar com a família/doente, com o objetivo de minimizar todo o stress vivenciado por estes. Faz parte das NHF “ajudar o doente a comunicar com outros expressando as suas necessidades e sentimentos” (Henderson, 2007, p.54). Estas intervenções, permitiram-me consolidar competências em assistir a pessoa e família, nas perturbações emocionais resultantes da doença (OE, 2010b).

O sistema de registos é feito na plataforma informática, SClínico®, plataforma utilizada no meu local de trabalho, o que facilitou a consulta do diário clínico e os registos de enfermagem. O plano de cuidados é efetuado na plataforma informática segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)<sup>11</sup>, o que, possibilitou fazer registos das intervenções realizadas e desta forma ser mais ativa na prestação de cuidados à pessoa<sup>12</sup>. Independentemente da situação clínica do doente, devemos ter documentados, quais os CF para aquele doente, pois as NHF mudam com a situação de doença e na PSC esta mudança fica ainda mais evidente (Kitson et al., 2010). Ao consultar o plano de cuidados, deparei-me com o facto de se encontrarem levantadas intervenções como, o barbear a pessoa, lavar a cabeça, pentear a pessoa, cortar o

---

<sup>11</sup> A CIPE é um sistema unificado de linguagem de Enfermagem que sustenta a padronização da documentação de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

<sup>12</sup> Com o objetivo de consolidar conhecimentos, fazer uma análise das competências desenvolvidas, refletir e analisar o trabalho efetuado, realizei um estudo de caso no estágio de CP. Para a realização deste estudo de caso utilizei o modelo conceptual de Virginia Henderson para identificação das NHF alteradas. Utilizei também a CIPE para a elaboração do plano de cuidados. Desta forma consegui fundamentar os cuidados prestados e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação do CF. Tal como refere Benner (2001, p.50) os enfermeiros “aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. A elaboração do estudo de caso permitiu-me “Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”, de acordo com o objetivos e competências do CMEEPSC (ESEL, 2010, p.1).

cabelo, entre outros CF, o que me leva a verificar que estes cuidados são prestados. Mais uma vez prestam-se CF, mas não se valorizam como tal, pois são considerados como tarefas simples, que requerem pouca habilidade, e que contribuem pouco para a recuperação do doente (Feo & Kitson, 2016).

Atividades de vida diária, como comer e beber, respirar, eliminar, deslocar-se, dormir, entre outras, em CP são assistidas e valorizadas, pelo enfermeiro. Existem protocolos relativamente à periodicidade do banho no chuveiro com ajuda total, banho na cama com ajuda total, cuidados complementares de conforto, higiene oral. Estes cuidados são bastante valorizados nos registos de enfermagem e na transição de cuidados, dando visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, reforçando a autonomia e responsabilidade profissional. Os registos são fundamentais para o trabalho em equipa, permitem a comunicação entre a equipa, e a individualização dos cuidados. Facilitam o planeamento e continuidade dos cuidados através da identificação das necessidades do doente (Pereira, 2005). Os registos são comuns, o que permite a monitorização regular dos principais sintomas, assim como a informação é partilhada pelos vários grupos profissionais (Associação Nacional de CP, 2006). Por tudo o que referi considero ter desenvolvido competências na “Gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1).

Com o objetivo de desenvolver estratégias de seleção e organização de informação e de partilha/discussão do conhecimento, participei no V Encontro dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, a partilha da excelência da prática clínica especializada (Anexo III), com a apresentação de uma comunicação livre, com o tema “Impacto dos Cuidados Fundamentais na Recuperação da PSC - Revisão Integrativa da Literatura”, com a duração de 10 minutos.

Como o mesmo objetivo aceitei o convite, feito pela Sr.<sup>a</sup> Professora Maria Cândida Durão, para apresentar o meu projeto e partilhar situações por mim vividas em estágio, aos novos alunos do 8º Mestrado em Enfermagem: Área de especialização PSC. Esta partilha de conhecimento deu-se numa aula cuja temática era o *Nursing as Caring*<sup>13</sup> e o

---

<sup>13</sup> A enfermagem é considerada uma profissão privilegiada porque tem o papel de cuidar, as pessoas são confiadas à capacidade de o enfermeiro cuidar. O cuidar compreende intervenções que se centram na pessoa doente, pessoas significativas (família) e os profissionais de saúde. O enfermeiro tem o dever de responder aos pedidos das pessoas de forma competente. A enfermagem está intimamente ligada ao cuidar, ao conhecer e respeitar o outro. O enfermeiro entra intencionalmente no mundo do outro, sempre com

*Technological Care*<sup>14</sup>. Partilhei situações vividas em contexto de CP, e como estas me trouxeram aprendizagens. Esta partilha contribuiu igualmente para desenvolver competências na partilha do conhecimento e atingir as metas expressas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013) e os objetivos e competências para o CMEEPSC (ESEL, 2010).

Considero que, com as apresentações, contribuí para a sensibilização dos profissionais que assistiram às mesmas. É fundamental na profissão de enfermagem, a atualização de conhecimentos, com o objetivo de desenvolver uma prática profissional no sentido da complexidade, especializada e exigente, possibilitando às pessoas obter cuidados de enfermagem personalizados e dirigidos às necessidades das pessoas, família ou comunidade (Paschoal et al., 2007). Esta partilha contribuiu também para a minha apropriação do saber, pois segundo a formação é “um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos” (Alarcão, & Rua, 2005, p. 374).

Com o objetivo dar continuidade à sensibilização dos profissionais e ao desenvolvimento das minhas competências, para esta temática, no dia 11 e 12 de maio, no *4<sup>th</sup> International Health Congress* Politécnico de Leiria, apresentei uma comunicação em formato de póster, cujo tema é “Os Cuidados Fundamentais na PSC em UCI: uma Revisão Integrativa da Literatura” (Anexo IV). O resumo desta comunicação em formato de póster irá ser publicado na revista *internacional BMC Health Services Research*.

Todo este processo contribuiu direta e indiretamente para o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; OE, 2010b).

Analisando o meu percurso de aquisição de competências, ao longo dos estágios, concluo que estes foram muito férteis em momentos de aprendizagem e desenvolvimento de saberes na área do CF. Ao longo do percurso fui compreendendo a forma como a tecnologia me aproxima ou afasta do doente e adquirindo a competência de utilizar a

---

o objetivo de o vir a conhecer e cuidá-lo como pessoa única, num determinado momento e situação (Boykin & Schoenhofer, 2000, 2013, Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005).

<sup>14</sup> Cuidar do doente crítico está muito relacionado com o cuidar recorrendo à tecnologia, este cuidado está descrito como facilitador dos cuidados para os enfermeiros, ou seja, é mais fácil alcançar os resultados desejados. Para se ter a visão da pessoa como um todo, o processo de enfermagem é uma ferramenta essencial. É um guia orientador para o enfermeiro. O recurso à tecnologia facilita os enfermeiros para melhor conhecerem a pessoa de quem cuidam, salientando o foco das intervenções de enfermagem. Recorrer à tecnologia facilita o conhecer a parte lesada em tratamento ou em monitorização, mas também nos permite conhecer a pessoa enquanto ser humano individual, com singularidades que o distinguem e que estão em constante mudança (Locsin, 2001, 2013)

tecnologia como um recurso para melhor conhecer a pessoa que cuida, no sentido de prestar cuidados individualizados, valorizando as dimensões do CF.

A realização deste relatório foi o culminar de todo o trabalho desenvolvido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório refere de modo crítico e reflexivo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, realizado ao longo do 7º CMEEPSC, tendo como referência os objetivos definidos para o mesmo (ESEL, 2010), assim como as metas expressas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013) e as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas de enfermeiro especialista na área da PSC (OE, 2010a, 2010b).

A temática que serviu de fio condutor a este relatório, “**O cuidado fundamental e a recuperação da PSC: intervenção especializada de enfermagem**”, é uma área que parece ser pouco pertinente para a prática de cuidados. Do CF fazem parte as atividades de vida diária, incluídas no quotidiano de cada um. É uma área que tem vindo a ter algum relevo na área dos cuidados à PSC.

Os locais escolhidos para estágio revelaram-se extremamente enriquecedores, permitindo-me mobilizar conhecimentos da minha experiência profissional, assim como os adquiridos nas aulas do CMEEPSC, na revisão da literatura e em congressos. Nestes contextos foi-me permitido sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do CF.

Na minha opinião, todos os contextos de estágio proporcionaram o meu crescimento pessoal e profissional. A experiência no contexto permitiu-me a valorização do CF na PSC, procurando assim aumentar a satisfação e diminuição das complicações. O estágio de UCI foi marcante por me permitir contactar com outras realidades, outros métodos e formas de intervir, e partilhar conhecimentos, o que possibilitou melhorar práticas no meu local de trabalho. Durante o estágio no SU relevo o apelo permanente à priorização dos cuidados. Neste contexto tive alguma dificuldade, por se tratar de um ambiente para mim desconhecido, em permanente “agitação”, onde existe uma grande diversidade de situações e uma necessidade de lidar com a novidade a todo o momento. Ultrapassei estas dificuldades, com o decorrer do estágio, com o meu interesse em desenvolver competências na área da emergência, e com a observação da prática de enfermeiros especialistas com enorme experiência nesta área da emergência e do CF.

Cuidar da PSC é complexo. A situação crítica que a pessoa vive define e orienta o processo de enfermagem, determinando a necessidade de uma avaliação precisa na antecipação de complicações e riscos, de um planeamento rigoroso e de intervenções imediatas. Como futura enfermeira especialista, durante a prestação de cuidados ao doente e família, valorizei a cultura e o contexto, prestei cuidados holísticos, procurando a minimização das complicações, a satisfação do doente e a qualidade dos cuidados.

Na incursão que realizei na UCP, desenvolvi competências que vim a aplicar nos estágios de UCI, SU e no meu local de trabalho. Competências relacionadas com a valorização da autonomia da PSC e o cuidar da família, que em ambiente de cuidados críticos, onde os enfermeiros preocupados em responder às necessidades dos doentes, por vezes podem passar despercebidas. Aprofundei competências na área da relação terapêutica com a PSC e família, em momentos de escuta, apoio e presença, competência que aplico diariamente na minha prática de cuidados, com o objetivo de ajudar o doente e família a ultrapassar a situação de doença.

As situações vividas trouxeram-me mudanças a nível profissional e pessoal. Considero-me uma pessoa diferente, olho a enfermagem, as pessoas e a finitude da vida com um olhar diferente. Um olhar que tenta encontrar as necessidades de cada um, para atingir ao máximo a sua autonomia e qualidade de vida. Este estágio trouxe-me ainda a tomada de consciência de saber se a tecnologia me afasta ou não do doente. Passei a compreender a tecnologia como um recurso que devo usar para melhor conhecer a pessoa que cuido, com o objetivo de prestar cuidados individualizados. Enfrentei desafios e imposições da atualidade na saúde, demonstrei perícia na atuação, desenvolvi competências e prestei cuidados de forma proactiva, nas várias necessidades manifestadas pelo doente e família.

Das competências desenvolvidas, destaco o facto de ter suportado a minha prática em conhecimentos e competências baseadas em evidência, recorrendo à reflexão e ao raciocínio crítico na tomada de decisão partilhada (doente, família, equipa multidisciplinar e docente orientador). Antecipei os cuidados, com vista à prevenção de complicações e recuperação total da pessoa, articulando-os com a equipa multiprofissional, respeitando o doente, com as suas crenças e valores. Reforcei na minha prática os valores da profissão, agindo na defesa dos direitos humanos, de acordo com os valores

deontológicos, o respeito pela privacidade e segurança da PSC e procurando um cuidado com qualidade e humanizado. Considero ainda ter sido um agente de mudança, em algumas práticas, nomeadamente na prevenção e controlo de infeção. Particpei na gestão de protocolos de terapêutica complexos, assim como na gestão diferenciada da dor, e assisti a PSC/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação clínica da pessoa. Particpei na gestão de equipas, otimizando a resposta da equipa de enfermagem. No que respeita à resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, apenas tomei conhecimento do plano de emergência interno do SU onde realizei o estágio, por isso considero ter sido a competência menos desenvolvida.

Em relação à área temática do projeto, aprofundei e aperfeiçoei o meu conhecimento na prestação do CF à PSC e sua família. Considero ter sido, mais uma vez, um agente de mudança e sensibilização dos profissionais relativamente à temática do CF em ambiente crítico, implicando uma mudança de comportamentos dos profissionais, promovendo cuidados de qualidade e melhores *outcomes* na PSC.

Com base no que referi, considero ter adquirido e desenvolvido competências de enfermeira mestre/especialista na área de intervenção à PSC, que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; OE, 2010b). Com o aprofundar de competências, cresci profissionalmente, adquirindo características de enfermeira perita (Benner, 2001), pois compreendo de maneira intuitiva cada situação e apreendo diretamente o problema sem me perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.

Como futura enfermeira especialista, tenho como objetivo a prestação de cuidados de excelência, centrado na pessoa e nas suas necessidades individuais, valorizando o CF. A temática em estudo permitiu-me desenvolver as competências antes referidas e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à PSC.

Termino aqui esta etapa, mas pretendo continuar a trabalhar esta temática no meu local de trabalho, propor a inclusão deste tema no plano de formação em serviço para os próximos anos, com o objetivo de sensibilizar a equipa para a valorização do CF. Junto da equipa, tenciono identificar líderes que possam contribuir para a sistematização do CF, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. Atualmente integro grupos de trabalho, como seja, “Prevenção e tratamento de UPP/monitorizar indicadores de UPP

na UCI”; “Procedimento de colheita de sangue para hemocultura” e “Precauções básicas e medidas de isolamento na UCI”, onde o CF surge como elemento transversal a todos eles e poderá ser reforçado. Na realização de auditorias ao procedimento “prevenção e tratamento de UPP/monitorizar indicadores de UPP na UCI”, terei oportunidade de introduzir mudanças no sentido de valorizar o CF nesta área específica de cuidados. São realizadas auditorias aos registos dos procedimentos de prevenção e tratamento de UPP na UCI (elemento do CF) no caso de inconformidades pretendo fazer formação no sentido de melhorar as práticas e valorizar o CF. Pretendo continuar a trabalhar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, como elemento responsável dos grupos de trabalho pelo “procedimento de colheita de sangue para hemocultura” e “precauções básicas e medidas de isolamento na UCI”, para a promoção da segurança do doente (elemento do CF) favorecendo a qualidade dos cuidados. São feitas auditorias às práticas do procedimento sectorial, com o objetivo de identificar práticas menos corretas. Da monitorização dos cuidados prestados pretendo dar *feedback* imediato, tendo em conta a evidência científica e as normas de qualidade, corrigindo as práticas no momento e sempre que necessário, tendo como objetivo a segurança do doente, elemento do CF.

Em termos de limitações neste percurso, saliento algumas dificuldades sentidas, quanto à gestão do tempo e motivação para percorrer este árduo caminho, que motivou uma aprendizagem pessoal e profissional, e culminou num maior nível de perícia.

Como projeto futuro, no domínio da temática deste relatório, tenciono ainda divulgar a RIL, através de um artigo para publicação. Com a divulgação da RIL, pretendo disseminar o conhecimento para todos os profissionais de saúde interessados nesta temática e proporcionar um artigo de referência para a realização de outros estudos de investigação nesta área do CF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, A. L., & Sermeus, W. (2014). Caring nurses hit by a quality storm. *nursing standard*, 28(35), 22–25. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f8dc1be1-a16e-4eed-ab8d-ff26154ffd8b@sessionmgr104>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almedia, M. C. B., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Stress dos doentes nos cuidados intensivos. *Referência*, 11(7), 79–88. Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-7988.pdf>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the american psychological association. Intellectual Property* (sixth edit, Vol. 1968). Washington: Copyright. <https://doi.org/10.1006/mgme.2001.3260>
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, 6(3), 150–160.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de serviços em cuidados paliativos - Recomendações da ANCP.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (S. P. Company, Ed.). New York.
- Borges, D. R. O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Obtido de [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. NLN publications.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2000). Invest in Yourself: Is There Really Time to Care? *Nursing Forum*, 35(4), 36–38. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2000.tb01230.x>

- Brito, L., Mara, V., & Leal, S. (2007). Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(3), 359–367.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: Contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97–103. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>
- Caetano, J. A., Andrade, L. M., Soares, E., & Ponte, R. M. (2007). Cuidado humanizado em terapia intensiva: Um estudo reflexivo. *Esc. Anna R. Enfermagem*, 11(2), 325–330. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. Obtido de [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf)
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. R. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2).
- Catalão, D. F. G. (2014). *Qual a importância dos cuidados paliativos nos cuidados intensivos?* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. (2017). *CHLC avança com via verde para as vítimas de paragem cardiorrespiratória*. Lisboa. Obtido de [http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Sala\\_imprensa/2017/Via\\_Verde\\_PCR\\_CHLC\\_16\\_10\\_2017.pdf](http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Sala_imprensa/2017/Via_Verde_PCR_CHLC_16_10_2017.pdf)
- Clares, J. W. B., Freitas, M. C., Galiza, F. T., & Almeida, P. C. (2012). Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 54–59. Obtido de [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_09.pdf)
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *CIPE® Versão 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Costa, C. R., Costa, L. P., & Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista bioética*, 24(2), 368–73. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242137>
- Costa, M. A. C. M., & Morais, S. V. (2013). Supervisão clínica em enfermagem: A importância da relação supervisiva na partilha e construção de conhecimento. *Sinais Vitais*, (111), 12–20.
- Coyer, F., Wheeler, M., Wetzig, S., & Couchman, B. (2007). Nursing care of the

- mechanically ventilated patient: What does the evidence say? Part two. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(2), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.08.004>
- Curtis, K., & Wiseman, T. (2008). Back to basics-essential nursing care in the ED, Part 2. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(2), 95–99. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.005>
- Dale, C., Angus, J. E., Sinuff, T., & Mykhalovskiy, E. (2013). Mouth care for orally intubated patients: A critical ethnographic review of the nursing literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.09.003>
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República II Série, Nº 28(10-02-2015)*, 3882(2)–3882(10).
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março. (2002). Normas para elaboração das escalas-tipo dos serviços de urgência. *Diário da República: I Série, Nº 55 (6-03-2002)*, 1865-1866 Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/252339>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência, 1–23. Obtido de <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/443/i005661.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). «Feixe de intervenções» de prevenção de pneumonia associada à intubação. *Norma nº021/2015, (Nº 021/2015)*, 1–13.
- Direção-Geral de Saúde. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 1–19.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Recomendações para as precauções de isolamento Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão, 1–47.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI), (Nº029/2012), 1–26.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). «Feixe de intervenções» de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. *Norma nº022/2015*, 1–26.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma-via verde do acidente vascular cerebral no adulto. *Norma nº015/2017*, 1–25.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). Relatório de referência do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações. Lisboa: Direção-Geral do Ensino Superior. Obtido de [https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_qnq\\_qeq.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf)

- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Direcção-Geral da Saúde, Ed.), Direcção Geral da Saúde. Lisboa. <https://doi.org/176690/02>
- Eliassen, K. M., & Hopstock, L. A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit-A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.001>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Obtido de <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Implementing fundamental care in clinical practice aims and intended learning outcomes. *Nursing Standard*, 31(32), 52–61. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10765>
- Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Athlin, A. M., Brovall, M., Parr, J., ... Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 1(15), 1–15. <https://doi.org/10.1111>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 1–72. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>
- Freitas, M. B. A., Silva, A. C. C., Souza, A. G. M., & Carvalho, K. M. M. B. (2016). Terapia de alto fluxo com cânula nasal na insuficiência respiratória hipoxêmica: Uma revisão de literatura. *Centro Universitário Católica de Quixadá*, 3(1), 1–4. Obtido de [file:///Users/mariapires/Downloads/895-2793-1-PB \(1\).pdf](file:///Users/mariapires/Downloads/895-2793-1-PB%20(1).pdf)
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *STOP infeção hospitalar - Um desafio Gulbenkian*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido de [https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29200515/1-2-Cad-Broch-Stop-Infe%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG\\_sem-miras.pdf](https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29200515/1-2-Cad-Broch-Stop-Infe%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf)
- Gjengedal, E., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., ... Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care - Reflections on encounters in every day practice. *Nursing Philosophy*, 14(2), 127–138. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x>
- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações normas APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Grealy, B., & Chaboyer, W. (2012). Essential nursing care of the critically ill patient. Em Elsevier (Ed.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (pp. 105–132). Australia.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. (M. P. CO, Ed.). Nova Yorque.
- Henneman, E. A. (2010). Patient Safety and Technology. *Critical Care Nurse*, 01003(2), 8–12. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181a0b468>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª Edição). Loures: Lusociência.
- Huddleston, S. S., & Ferguson, S. G. (2006). *Emergências clínicas: Abordagens, intervenções e auto-avaliação* (3ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing Theory, practice and research*. (DavisPlus, Ed.) (4th Editio). Philadelphia: Copyright. Obtido de [http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org\\_\\_Family\\_Health\\_Care\\_Nursing\\_\\_Theory\\_\\_Practice\\_\\_amp\\_\\_Research\\_\\_4th\\_Edition.pdf](http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org__Family_Health_Care_Nursing__Theory__Practice__amp__Research__4th_Edition.pdf)
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Qual*, 21(4), 306–313. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=344c3ea7-196e-40b2-bd0a-5f0760ffc2b2@sessionmgr102&hid=118>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2005). Reclaiming and redefining the fundamentals of care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. *Adelaide*, (978-0-9872126-2-7 (electronic)), 1–31. Obtido de [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl\\_75843.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf)
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A., & MacMillan, K. (2016). Introduction from the guest editors: perspectives on fundamental care. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(1), 6–9. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24640>

- Locsin, R. C. (2001). The culture of technology: Defining transformation in nursing, from «The Lady With a Lamp» to «Robonurse»? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4.
- 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.
- Machado, H. D. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Universidade Nova de Lisboa. Obtido de [http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado\\_h.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado_h.pdf)
- Madeira, S., Porto, J., Nieves, F., Henriques, A., Pinto, N., Henriques, G., & Rato, J. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (Instituto Nacional de Emergência Médica, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- Makdisi, G., & Wang, I. W. (2015). Extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) review of a lifesaving technology. *Journal of Thoracic Disease*. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.07.17>
- Marinela, E., Rodrigues, L., & Almeida, P. (2013). A via subcutânea em cuidados paliativos. *Enformação*, 3(2182-8261), 18–25. Obtido de [http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq\\_revistas/enformacao\\_03\\_2013.pdf](http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_03_2013.pdf)
- McCormack, B. (2016). Person-centredness and fundamentals of care – Dancing with beauty rather than fighting ugliness. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(1), 17–25. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24642>
- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23.
- Moreira, W. C., Barbosa, T. M. A., Ribeiro, W. R. A., Damasceno, C. K. C. S., Alencar, D. C., & Vieira, S. K. S. F. (2016). Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes. *Revista prevenção de infeção e saúde (REPIS)*, 2(12), 32–42. Obtido de <file:///Users/mariapires/Downloads/4381-21512-1-PB.pdf>
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>
- Nascimento, E. P., & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia

- intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 250–257. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>
- Nascimento, K. C., Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdmann, A. L. (2008). Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42(4), 643–648. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>
- Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2), 157–172. Obtido de [https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M.\\_Patr%C3%A3o\\_Neves\\_Sentidos\\_da\\_Vulnerabilidade.pdf](https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Patr%C3%A3o_Neves_Sentidos_da_Vulnerabilidade.pdf)
- Nóbrega, R. V., Nóbrega, M. M. L., & Silva, K. L. (2011). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 501–510. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a14.pdf>
- Nogueira, R. F. (2016). *Avaliação da qualidade de vida dos doentes após o internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB)*. UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. Obtido de [file:///Users/mariapires/Downloads/Tese\\_\\_Rui\\_Nogueira \(3\).pdf](file:///Users/mariapires/Downloads/Tese__Rui_Nogueira%20(3).pdf)
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev. bioét.*, 23(1), 187–99. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar_-_padroes_de_qualidade_dos_cuidados.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009a). Código deontológico do enfermeiro. *Lei nº111/2009, de 16/09*, 1–12. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2009b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 82. Obtido de [http://www.apem.com.pt/attachments/article/83/REPE\\_EstatutoOE\\_2011.pdf](http://www.apem.com.pt/attachments/article/83/REPE_EstatutoOE_2011.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro

especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem pessoa em situação crítica. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações* (Centro Edi). Lisboa. Obtido de [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)

Paschoal, A. S., Mantovani, M. F., & Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. Esc. Enferm USP*, 41(3), 478–484. Obtido de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf>

Pereira, S. (2005, Setembro). A importância dos registos de enfermagem. *Sinais vitais*, (62), 58–61.

Polti, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (5ª edição). Porto Alegre: Arned, Editora.

Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174–179. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>

Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. Em *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 230–251). Loures: Lusociência.

Ribeiro, M., Santos, S. L., & Meira, T. G. B. M. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Esc. Anna R. Enfermagem*, 10(1), 109–115. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>

Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa projeto integrado de vivência e cuidado co-criado*. Universidade católica Portuguesa. Obtido de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese\\_Doutoramento\\_Patr%C3%ADciaPont%C3%ADficeSousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese_Doutoramento_Patr%C3%ADciaPont%C3%ADficeSousa.pdf)

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica : A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*,

- 19(1), 31–46.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Enfermagem Referência*, 3, 15–23. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a02.pdf>
- Shahin, E., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Pressure ulcer prevention in intensive care patients: Guidelines and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 370–374. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01018.x>
- Silva, S. G., Nascimento, E. R. P., & Salles, R. K. (2012). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma construção coletiva. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(4), 837–844. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400014>
- Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. (2014). Revisão integrativa: Conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP*, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>
- Souza, A., Filha, M., Silva, L., Monteiro, A., & Fialho, A. (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: Reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 805–807. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600016>
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (1ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Vollman, K. (2009). Back to the fundamentals of care: Why now, why us! *Australian Critical Care*, 22(4), 152–154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2009.09.001>
- Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



## **APÊNDICES**



Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura



# PROTOCOLO DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

## **Título da Revisão:**

Impacto dos cuidados fundamentais na recuperação da pessoa em situação crítica

## **Revisor:**

Maria João Pires (1)

Professora Maria Cândida Durão (2)

1 - maria.pires@campus.esel.pt

2 - candida.durao@esel.pt

## **Instituição onde é conduzida a revisão:**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## **Questão de Revisão:**

Qual o impacto dos cuidados fundamentais na recuperação da pessoa em situação crítica?

**P** –Pessoa em Situação Crítica

**I** – Intervenções de enfermagem

**C**

**O**- Situação clínica

## **Objetivo**

Determinar a evidência relacionada com os cuidados fundamentais na recuperação da PSC

## **Enquadramento Teórico**

PSC é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de

monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9).

Para a enfermagem o conceito de PSC é definido por Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), como aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, que o impede de manter de forma capaz e independente a estabilidade fisiológica e revela um alto risco de instabilidade de diferentes focos orgânicos.

A situação crítica da pessoa, define e orienta as intervenções de enfermagem. As intervenções imediatas e a prontidão constante para as desempenhar são essenciais para a prática de enfermagem na UCI e SU, motivo pelo qual a PSC é admitida nestes contextos. A PSC requer monitorização intensiva, terapêutica contínua e tecnologia de suporte (Benner et al., 2011).

Para um tratamento apropriado à PSC, os contextos adequados são o SU e UCI (Rhoades, Holleran, Carpenter, & Colin, 2011).

O SU proporciona uma estabilização inicial, vigilância e uma deteção precoce do risco de vida das pessoas que a ela recorrem. Também são estabelecidas prioridades no tratamento (Howard & Steinmann, 2011). Nem sempre o serviço SU consegue dar resposta às necessidades da PSC, sendo necessário a sua transferência para a UCI (Huddleston, Sandra, & Furguson, 2006).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2003), a UCI define-se como sendo um serviço habilitado para assumir a responsabilidade absoluta dos doentes com disfunção orgânicas, capazes de sustentar, prevenir e reverter situações de falência com risco de vida, durante vinte e quatro horas por dia.

Ao longo da história os enfermeiros evidenciaram-se por cuidar bem dos doentes e de forma organizada, envolvendo disciplina e conhecimento científico. O cuidado, assim como todos os conceitos inerentes, como a saúde, o conforto, a ajuda, orientaram a prática clínica antes de fazerem parte do corpo das teorias de enfermagem (Souza et al., 2006).

Os cuidados fundamentais são atividades universais essenciais para a vida, que fazem parte das nossas atividades diárias de autocuidado. Atividades necessárias a cada pessoa, independentemente da sua condição clínica ou ambiente de saúde. Em contexto de doença aguda ou crónica, lesão ou incapacidade, a capacidade de a pessoa realizar

estas atividades é comprometida, necessitando assim do apoio dos enfermeiros. Os cuidados fundamentais em contexto de doença, são os primeiros a serem comprometidos. No nosso dia a dia não são muito valorizados, pois fazem parte da nossa vida diária (Henderson, 2007; Kitson et al., 2010).

Virgínia Henderson identificou catorze necessidades fundamentais, que englobam os aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais necessários ao ser humano para manter e/ou recuperar a sua saúde. Estas necessidades são componentes básicos dos cuidados de enfermagem, são exclusivas dos enfermeiros e podem ser descritas como: respiração; alimentação; eliminação; movimento; sono e repouso; vestir; temperatura corporal; higiene; controlo do ambiente; comunicação; religião; trabalho; lazer e aprendizagem. Quando o ser humano está impossibilitado de satisfazer estas necessidades fundamentais, precisa de cuidados para recupera-las e readquirir a sua independência (Clares et al., 2012; Henderson, 2007).

Para Virgínia Henderson (2007), o cuidar tem como objetivo a independência da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais. A função do enfermeiro é de extrema complexidade, pois exige identificação, compreensão de todos os tipos de pessoas, incluindo a PSC. Cabe ao profissional de enfermagem avaliar as necessidades humanas fundamentais da pessoa.

O alicerce dos cuidados de enfermagem de qualidade é alcançado quando são satisfeitas as necessidades básicas do doente, satisfazendo essas necessidades de forma competente, respeitosa, pessoal e empática (Kitson et al., 2005).

### **Pertinência do Estudo**

Têm acontecido muitas inovações na prática clínica e na pesquisa em enfermagem, mas permanecem algumas lacunas na compreensão do que é importante para os doentes/ enfermeiros e cuidadores que prestam cuidados em ambientes complexos, como o de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou serviço de urgência (SU). Independente da situação clínica do doente, devemos ter documentado, quais os cuidados fundamentais para aquele doente. As necessidades fundamentais mudam com a situação de doença. Os profissionais devem compreender o seu papel terapêutico em

termos de proteção, manutenção e promoção de um atendimento digno e respeitoso, centrado na pessoa, baseado nas melhores evidências possíveis. Os cuidados fundamentais promovem a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como o bem-estar do doente (Kitson et al., 2010).

A segurança do doente é definida pela Direção Geral de Saúde, como a redução do risco de danos dispensáveis a um mínimo admissível. O mínimo admissível tem a ver com a noção coletiva em face ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Os enfermeiros ao prestarem cuidados de enfermagem de qualidade, conseguem dar resposta aos padrões de qualidade de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Assim, esta revisão permite aceder à evidência científica mais atualizada neste âmbito, para que o enfermeiro possa prestar cuidados fundamentais fundamentados na melhor evidência disponível.

### **Critérios de inclusão:**

Tipo de Participantes:

Esta revisão incluirá todos os estudos com PSC, relacionados com os cuidados fundamentais;

Tipo de Intervenção:

Esta revisão incluirá todos os estudos cujas intervenções visem os cuidados fundamentais;

Tipo de Resultados:

Esta revisão incluirá todos os estudos cujos resultados contribuam para a valorização dos cuidados fundamentais;

Tipos de Estudo:

Esta revisão incluirá todos os tipos de estudos e/ou trabalhos relacionados com os cuidados fundamentais à PSC.

### **Estratégia de Pesquisa**

A pesquisa tem como objetivo encontrar artigos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL Plus with Full Text.

Numa fase inicial são introduzidos nas bases de dados, os termos de pesquisa em linguagem natural, para o reconhecimento dos termos indexados para cada base de dados.

Para esta revisão, só iram ser analisados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Inicialmente foram utilizadas as seguintes palavras chave:

<b>População (P)</b>	<b>Intervenção (I)</b>	<b>Contexto (C)</b>	<b>Outcome (O)</b>
- Critically ill patients - Critical illness - Critical patients	- Nursing care - Fundamentals of care - Patient-centered care		-Patient safety - Safety - Privacy - Recovery

### **Método de Revisão e colheita de dados**

No final da realização do cruzamento das palavras chave/descriptores específicos, será feita a eliminação dos artigos repetidos, e também daqueles que não se encontrem em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, através do título e abstract.

Posteriormente será feita uma leitura integral, para verificar a sua relevância e adequação, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

### **Síntese e apresentação de resultados**

A caracterização dos estudos será feita, tendo em conta os seguintes dados:

- Estudo: nº da amostra, faixa etária ou idade;

- Intervenção: descrição da intervenção em análise;
- Resultados: principais achados relativos aos cuidados fundamentais prestados à PSC
- Conclusões

### **Conflito de Interesses**

O revisor refere não existir conflitos de interesses

### **BIBLIOGRAFIA**

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (S. P. Company, Ed.). New York.
- Clares, J. W. B., Freitas, M. C., Galiza, F. T., & Almeida, P. C. (2012). Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 54–59. Obtido de [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_09.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.), *Direção Geral da Saúde*. Lisboa. <https://doi.org/10.176690/02>
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª Edição). Loures: Lusociência.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2005). Reclaiming and redefining the fundamentals of care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. *Adelaide*, (978-0-9872126-2-7 (electronic)), 1–31. Obtido de [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl\\_75843.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf)
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010).

Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar_-_padroes_de_qualidade_dos_cuidados.pdf)

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações* (Centro Edi). Lisboa. Obtido de [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)

Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. Em *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 230–251). Loures: Lusociência.

Souza, A., Filha, M., Silva, L., Monteiro, A., & Fialho, A. (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: Reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 805–807. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600016>



Apêndice II – Cronograma do 3º Semestre do 7º CMEEPSC da ESEL



### CRONOGRAMA DO 3.º SEMESTRE DO 7º CMEEPSC DA ESEL

	set	outubro					novembro				dezembro			janeiro				fevereiro						
	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18		3	8	15	22	29	5	12	19	26	
	29	6	13	20	27	3*	10	17	24	1*	18	15		2*	5	12	19	26	2	9	16	23	2	
<b>Início das Aulas</b>														<b>Férias de natal</b>										
<b>U Paliativos H. Luz Arrábida</b>																								
<b>SU H. Sta Maria</b>																								
<b>UUM H. São José</b>																								
<b>Relatório de Estágio</b>																								



Apêndice III – Objetivos específicos para o estágio da UCP



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

### OBJETIVO 1 – Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar uma visita guiada à Unidade de Cuidados Paliativos;</li><li>- Observar a estrutura física da Unidade de Cuidados Paliativos,</li><li>- Compreender a dinâmica da Unidade de Cuidados Paliativos;</li><li>- Identificar os recursos humanos e materiais existentes;</li><li>- Consultar os projetos, protocolos, normas e manuais existentes.</li><li>- Realizar pesquisa bibliográfica, em relação aos cuidados paliativos;</li><li>- Integrar as atividades em que o serviço está envolvido;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Descreve a estrutura física da Unidade de Cuidados Paliativos, os recursos humanos e materiais existentes;</li><li>- Demonstra estar integrado no serviço e na equipa multidisciplinar;</li><li>- Demonstra conhecer as normas e protocolos do serviço;</li><li>- Demonstra possuir conhecimentos, em relação ao contexto;</li><li>- Demonstra uma relação empática e profissional com a equipa.</li></ul>

**OBJETIVO 2 – Aprofundar competências na área da gestão de cuidados à pessoa em situação paliativa**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Observar o enfermeiro Tutor na coordenação do serviço e equipa de enfermagem;</li><li>- Colaborar na gestão de cuidados à pessoa em situação paliativa e família.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstra conhecimentos sobre a coordenação do serviço e equipa de enfermagem;</li><li>- Participa na gestão de cuidados à pessoa em situação paliativa.</li></ul>

100

**OBJETIVO 3 – Prestar cuidados à pessoa em situação paliativa, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Observar decisões sobre situações, tendo como referência os princípios éticos paliativos e o código deontológico da OE.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cumpre os princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão;</li><li>- Participa na tomada de decisão ética, tendo como referência o conhecimento científico mais recente, a experiência profissional e o código deontológico;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve competências especializadas ao nível da prestação dos cuidados fundamentais, usando a melhor evidência disponível.</li> <li>- Participa nas reuniões multidisciplinares.</li> </ul>
--	---

**OBJETIVO 4 – Identificar a forma como são promovidos e valorizados os cuidados fundamentais à pessoa em situação paliativa**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar a prestação de cuidados fundamentais à pessoa em situação paliativa, tendo em conta os critérios de qualidade e segurança;</li> <li>-Listar as áreas de cuidados fundamentais valorizados neste contexto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colhe dados e assegura a confidencialidade dos mesmos;</li> <li>- Garante o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais;</li> <li>- Planeia cuidados, tendo a pessoa no centro dos cuidados;</li> <li>- Assume estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente, equipa e família sempre que seja possível;</li> <li>- Identifica os cuidados fundamentais prestados à pessoa em situação paliativa;</li> <li>- Identifica a cultura de prestação e valorização dos cuidados fundamentais.</li> </ul>

**OBJETIVO 5 – Refletir acerca da prática de cuidados à pessoa em situação paliativa**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
- Realizar um documento reflexivo relativo à prestação de cuidados fundamentais, à pessoa em situação paliativa.	- Produz um documento reflexivo sobre as práticas observadas e vividas.

Apêndice IV - objetivos específicos para o estágio no SU



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O ESTÁGIO NO SU

### OBJETIVO 1 – Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto

Atividades a desenvolver	Indicadores de resultado
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar uma visita guiada ao SU;</li><li>- Observar a estrutura física do SU;</li><li>- Compreender a dinâmica do SU;</li><li>- Compreender o circuito realizado pelo doente, no SU, desde a admissão até à transferência/alta, assim como a articulação deste com os outros serviços;</li><li>- Identificar os recursos humanos e materiais existentes;</li><li>- Estabelecer relação com a equipa multidisciplinar, manifestando disponibilidade e vontade de aprender e desenvolver competências;</li><li>- Consultar os projetos, protocolos, normas e manuais existentes;</li><li>- Realizar pesquisa bibliográfica, em relação ao contexto;</li><li>- Integrar as atividades em que o serviço está envolvido;</li></ul>	

- Discutir os objetivos e as atividades de estágio com o enfermeiro Tutor, adaptando o projeto à realidade do contexto, se necessário.	
--	--

**OBJETIVO 2 – Aprofundar competências na área da gestão de cuidados à PSC**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
- Acompanhar o enfermeiro Tutor na coordenação do serviço e equipa de enfermagem; - Colaborar na gestão de cuidados à PSC e família.	- Demonstra conhecimentos sobre a coordenação do serviço e equipa de enfermagem; - Participa na gestão de cuidados à PSC.

**OBJETIVO 3 – Aplicar os conceitos relacionados com as situações de catástrofe e a atuação em situações de exceção**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultar o plano de emergência e situações de catástrofe do serviço;</li><li>- Colaborar na definição de prioridades no que se refere à prestação de cuidados em situações de urgência e emergência;</li><li>- Compreender como funciona a triagem de prioridades em Urgência e em situações de catástrofe;</li><li>- Desenvolver competências na prestação de cuidados em situações de urgência e emergência.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstra conhecer o plano de emergência e catástrofe;</li><li>- Programa o cuidado conforme a situação, respeitando prioridades e recursos;</li><li>- Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de emergência e catástrofe, a nível intra-hospitalar;</li><li>- Demonstra conhecer os graus de urgência e decide a sequência de atuação, baseada em prioridades.</li></ul>

**OBJETIVO 4 –Prestar cuidados à PSC, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
- Decidir sobre situações, tendo como referência os princípios éticos e o código deontológico da OE.	- Promove o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão; - Participa na tomada de decisão ética, tendo como referência o conhecimento científico mais recente, a experiência profissional e o código deontológico; - Toma iniciativa no processo de tomada de decisão.

**OBJETIVO 5 –Contribuir para a valorização do cuidado fundamental à PSC, tendo como referência os critérios de qualidade e segurança**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
-Prestar cuidados fundamentais à PSC, tendo em conta a melhor evidência e os critérios de qualidade e segurança.	- Colhe dados e assegura a confidencialidade dos mesmos; - Garante o respeito pelos valores, costumes, crenças culturais e espirituais; -Planeia cuidados, tendo a pessoa no centro dos cuidados;

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir informalmente com o enfermeiro orientador e com a equipa de saúde/enfermagem a importância dos cuidados fundamentais à PSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assume estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente, sempre que seja possível;</li> <li>- Promove a cultura da prestação e valorização dos cuidados fundamentais;</li> <li>- Desenvolve competências especializadas ao nível da prestação de cuidados fundamentais, usando a melhor evidência disponível;</li> </ul>
--	---

**OBJETIVO 6 – Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC**

<p style="text-align: center;"><b>Atividades a desenvolver</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Indicadores de resultado</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados à PSC em situações de emergência;</li> <li>- Identificar antecipadamente os focos de instabilidade e risco de falência orgânica;</li> <li>- Ajudar as pessoas significativas da PSC a vivenciar situações de saúde/doença;</li> <li>- Cumprir as normas de prevenção de infeção associadas aos cuidados à PSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeia, implementa e avalia os cuidados apropriados à situação;</li> <li>- Reconhece situações de instabilidade;</li> <li>- Comunica com o cliente e pessoas significativas, contribuindo para a compreensão da situação clínica;</li> <li>- Fomenta uma relação terapêutica com a pessoa significativa da PSC.</li> <li>- Cumpre as normas de prevenção e controlo da infeção.</li> </ul>



Apêndice V - Objetivos específicos para o estágio na UCI



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O ESTÁGIO NA UCI

### OBJETIVO 1 – Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar uma visita guiada à UCI;</li><li>- Observar a estrutura física da UCI;</li><li>- Compreender a dinâmica da UCI;</li><li>- Identificar os recursos humanos e materiais existentes;</li><li>- Estabelecer relação com a equipa multidisciplinar, manifestando disponibilidade e vontade de aprender e desenvolver competências;</li><li>- Consultar os projetos, protocolos, normas e manuais existentes e atividades em que o serviço está envolvido;</li><li>- Realizar pesquisa bibliográfica, em relação ao contexto.</li><li>- Integrar as atividades em que o serviço está envolvido;</li><li>- Discutir os objetivos e as atividades de estágio com o enfermeiro Tutor, adaptando o projeto à realidade do contexto, se necessário.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Descreve a estrutura física da UCI, os recursos humanos e materiais existentes;</li><li>- Demonstra estar integrado no serviço;</li><li>- Demonstra relação empática;</li><li>- Demonstra estar integrado na equipa multidisciplinar;</li><li>- Demonstra conhecer as normas e protocolos do serviço;</li><li>- Demonstra possuir conhecimentos, em relação ao contexto;</li><li>- Demonstra uma relação empática e profissional com a equipa.</li></ul>

**OBJETIVO 2 – Aprofundar competências na área da gestão de cuidados à PSC**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhar o enfermeiro Tutor na coordenação do serviço e equipa de enfermagem;</li><li>- Colaborar na gestão de cuidados à PSC e família.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstra conhecimentos sobre a coordenação do serviço e equipa de enfermagem;</li><li>- Participa na gestão de cuidados à PSC.</li></ul>

**OBJETIVO 3 – Prestar cuidados à PSC, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Decidir sobre situações, tendo como referência os princípios éticos e o código deontológico da OE.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promove o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão;</li><li>- Participar na tomada de decisão ética, tendo como referência o conhecimento científico mais recente, a experiência profissional e o código deontológico;</li><li>- Toma iniciativa no processo de tomada de decisão.</li></ul>

**OBJETIVO 4 – Contribuir para a valorização e promoção do cuidado fundamental à PSC, tendo como referência os critérios de qualidade e segurança**

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<p>-Prestar cuidados fundamentais à PSC, tendo em conta os critérios de qualidade e segurança;</p> <p>- Discutir informalmente com o enfermeiro orientador e com a equipa de saúde/enfermagem a importância dos cuidados fundamentais à PSC.</p>	<p>- Colhe dados e assegura a confidencialidade dos mesmos;</p> <p>- Garante o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais;</p> <p>-Planeia cuidados, tendo a pessoa no centro dos cuidados;</p> <p>- Assume estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente, sempre que seja possível;</p> <p>- Promove a cultura da prestação e valorização dos cuidados fundamentais;</p> <p>- Desenvolve competências especializadas ao nível da prestação dos cuidados fundamentais, usando a melhor evidência disponível.</p>

## OBJETIVO 5 – Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC

<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Prestar cuidados à PSC em situações de emergência;</li><li>- Identificar antecipadamente os focos de instabilidade e risco de falência orgânica;</li><li>- Ajudar as pessoas significativas da PSC a vivenciar situações de saúde/doença;</li><li>- Cumprir as normas de prevenção de infecção associadas aos cuidados à PSC.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Planeia, implementa e avalia os cuidados apropriados à situação;</li><li>- Reconhece situações de instabilidade;</li><li>- Comunica com o cliente e pessoas significativas, contribuindo para a compreensão da situação clínica;</li><li>- Ajuda as pessoas significativas da PSC a gerir situações emocionais;</li><li>- Fomenta uma relação terapêutica com a pessoa significativa da PSC;</li><li>- Cumpre as normas de prevenção e controlo da infecção.</li></ul>

**ANEXOS**



Anexo I – Certificado do congresso “II Congresso Internacional de Enfermagem Da  
Prática à Evidência-Abordagem do Doente Crítico”





## Certificado

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Senhor.(a)

Esteve presente no II Congresso Internacional de Enfermagem JMS com o tema  
“Da prática à evidência – Abordagem do doente crítico”  
realizado dias 22 e 23 de Maio de 2017 no Auditório da  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, polo Artur Ravara

Lisboa, 23 Maio de 2017

Maria Fátima Faria  
Presidente



Anexo II – 4º Encontro de Enfermagem de Emergência 10ª Jornadas de  
Enfermagem de Cuidados Intensivos



# DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA  
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica  
que

participou no evento “Doente Crítico 2017”,  
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.



Anexo III – Certificado da apresentação do resultado da RIL numa comunicação livre no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, a partilha da excelência da prática especializada





## CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

**Maria João Pires**

participou no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, no dia **20 de Janeiro de 2018**, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora, enquanto **Autor da Comunicação Livre**:

**Impacto dos Cuidados Fundamentais na Recuperação da Pessoa em Situação Crítica**

**Coautores:**

**Helga Rafael Henriques**

**Maria Cândida Durão**

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco



Anexo IV – Certificado da apresentação do resultado da RIL, em formato de *póster* no 4<sup>th</sup> International Health Congress Politécnico de Leiria



**4<sup>th</sup> INTERNATIONAL  
HEALTH CONGRESS**  
POLITÉCNICO DE LEIRIA

**GLOBAL  
HEALTH  
TRENDS**

## CERTIFICATE

This is to certify that the poster communication entitle **Fundamentals of care in the critically ill person in ICU: an integrative literature review** , by Maria J. Pires, Helga R. Henriques and Maria C. Durão, was presented by **Maria J. Pires** at the 4th ILeiria International Health Congress: Global Health Trends, organized by the Center for Innovative Care and Health Technology (CiTechCare) of the ILeiria School of Health Sciences (Leiria, Portugal), on May 11 & 12, 2018.

