



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

**Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica:  
intervenção especializada de enfermagem**

**Ana Isabel Jóia Capelo da Fonseca**

---

**Lisboa  
2021**





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

**Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica:  
intervenção especializada de enfermagem**

**Ana Isabel Jóia Capelo da Fonseca**



Orientador:  
Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques



**Lisboa  
2021**



“tudo o que é teu encontrará uma forma de chegar até ti”

(Fernandes, 2014)





## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Eunice Henriques, por me ter orientado, pela paciência, disponibilidade, dedicação e carinho, ao longo deste caminho. Obrigado por me apoiar sempre.

A todos os Professores pelos ensinamentos que me transmitiram ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de mestrado, pela união e companheirismo, em especial à Andreia Cordeiro, Sónia Santos, Ângelo Santos, Rita Subtil, Patrícia Rodrigues e Catarina Henriques.

Aos Enfermeiros orientadores, pela dedicação, compreensão e conhecimentos que me transmitiram ao longo dos estágios.

À Enfermeira chefe do serviço de Medicina 1/Pneumologia e colegas de trabalho por toda a colaboração.

Aos meus pais, pelo amor, por serem o meu pilar, os meus guardiões, a minha âncora, pelas vezes que insistiram e me fizeram continuar.

Ao meu irmão, o farol da minha vida.

Aos meus tios Luís e Isabel por serem o meu porto de abrigo, por me ajudarem e apoiarem.

Ao Tiago, pela paciência, pelo amor, por compreender as ausências, por estar lá e me apoiar nos momentos de maior cansaço e desânimo.

“Às Pessoas - Sol da minha vida:

Obrigada”

(Fernandes, 2015)





## **LISTA DE SIGLAS**

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EE - Enfermeiro Especialista

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgicos

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TOT - Tubo orotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos



## RESUMO

A experiência de um sintoma representa a razão para a procura dos cuidados de saúde (Sidani, 2001). São um grande problema para os doentes/famílias e profissionais de saúde, porque existe dificuldade em desenvolver estratégias de gestão de sintomas, que podem ser aplicadas em cuidados agudos ou domiciliários. É importante que a causa subjacente de um sintoma seja encontrada, para que os tratamentos possam ser iniciados. A gestão começa com a avaliação da experiência dos sintomas na perspetiva do doente. É seguida pela identificação do foco de intervenção, implementação de intervenções, avaliação dos resultados e o processo de gestão.

A gestão de sintomas é um processo dinâmico, que geralmente exige mudanças nas estratégias ao longo do tempo, ou resposta à aceitação de um doente (ou falta de aceitação) da estratégia. Pode incluir intervenções destinadas a um ou mais componentes na experiência do sintoma, para influenciar um ou mais resultados desejados.

Este relatório tem como finalidade analisar e descrever de forma sustentada, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica. Para esse efeito, considerei como referenciais teóricos o modelo de Dreyfus, adaptado à enfermagem por Benner (2001), como norteador do desenvolvimento de competências profissionais, no âmbito da gestão de sintomas, utilizei a Teoria de Gestão de Sintomas publicada inicialmente por Larson et al., em 1994 e revista em 2001 por Dodd et al., como teoria de médio alcance.

O trajeto, que realizei contribuiu para a mobilização de conhecimentos relativos à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. A articulação dos conhecimentos teóricos com a práxis e a reflexão sobre a mesma possibilitaram a estruturação da minha prática, enquanto Enfermeira Especialista.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Gestão de Sintomas; Intervenção de Enfermagem.



## **ABSTRACT**

The experience of a symptom represents the reason for seeking health care (Sidani, 2001). They represent major problems for patients / families and health professionals, because it's difficult to develop symptom management strategies, that can be applied in acute or home care scenarios. It is importante that the underlying cause of a symptom is found so that treatments can be started. Management begins with assessing the experience of symptoms from the patient's perspective. It is followed by identifying the intervention, focus, implementing interventions, evaluating the results and the management process.

Symptom management is a dynamic process, which usually requires changes in strategies over time, or responding to a patient's acceptance (or lack of acceptance) of the strategy. It may include interventions aimed at one or more components in the symptom experience, to influence one or more desired results.

This report aims to analyze and describe in a sustained, way the development of specialized skills in the area of people in critical situations. For this purpose, I considered the model Dreyfus, adapted to Benner's nursing (2001) as a guideline for the development of professional, skills and in the scope of symptom management as theoretical references, I used the Symptom Management Theory published initially by Larson et al., in 1994 and revised in 2001 by Dodd et al., as a medium-range theory.

The journey, I took contributed to the mobilization of knowledge related to the assistance to the person in critical situation and their family. Articulating theoretical knowledge with praxis and reflecting on it made it, possible to structure my practice as a specialist nurse.

Key words: Person in Critical Situation; Symptom Management; Nursing Intervention.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	20
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	23
1.1. A Teoria da Gestão de Sintomas .....	23
1.2. Modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Benner (2001).....	29
1.3. Intervenções de Enfermagem Promotoras da Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica .....	33
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	37
2.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI .....	41
2.2. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no SU.....	47
2.3. Um caminho de aquisição de competências - Análise reflexiva.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
APÊNDICES.....	67
Apêndice I - Cronograma do 3º semestre .....	68
Apêndice II - Objetivos de estágio UCI.....	70
Apêndice III - Objetivos de estágio SU .....	73
Apêndice IV - Plano de sessão de formação realizada no SU .....	76
Apêndice V - Apresentação da formação elaborada no SU .....	70
Apêndice VI - Revisão Integrativa da Literatura (RIL) .....	76



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Abordagem integrada à Gestão de Sintomas .....	26
Figura 2. Modelo conceptual de controlo de sintomas .....	27
Figura 3. Mapeamento conceptual do percurso de aquisição de competências .....	40



## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Alicerça-se nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos - grau de mestre – enquadrado no processo de Bolonha (Lei nº 63/2016, 2016) em articulação com as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, 2019), específicas de enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018) e o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (Benner, 2001).

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do Enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. É necessário o desenvolvimento de cuidados de enfermagem contínuos ao doente, com uma ou mais funções vitais em risco imediato (Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019).

O desenvolvimento profissional em enfermagem passa pela progressão, através de vários níveis de proficiência espelhando a evolução do conhecimento clínico. Contudo, um outro elemento surge como pré-condição para esses padrões de conhecimento, a experiência. Para Benner (2001) é através da experiência que o Enfermeiro concebe aquilo que é importante e extrai o seu significado. O indivíduo passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Esta autora ajustou o Modelo Dreyfus, de aquisição e desenvolvimento de competências à intervenção do Enfermeiro. Os níveis descritos anteriormente, refletem uma mudança em torno de três aspetos: a passagem de uma confiança para princípios abstratos baseados na experiência anterior, a forma como o sujeito se apercebe da situação e por último deixa de ser um observador apagado, para alguém que se envolve ativamente e se empenha no que acontece (Benner, 2001). Este é um processo dinâmico, sendo importante a reflexão sobre a prática (*know-how*), ligando a experiência à teoria (conhecimento cognitivo) e a ética.

Os aspetos supramencionados continuam a ter utilidade para a disciplina e para a profissão. São a base de trabalho, para o enquadramento conceptual dos enunciados descritivos, dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 190/2015, 2015).

Com foco nas capacidades ao nível das aprendizagens próprias, a práxis apoiada na evidência, promove a investigação. Logo, demarca uma melhor tomada de decisão, sobre as intervenções ao doente, pela procura da qualidade dos cuidados.

Foi nesse contexto, que a teoria escolhida para fundamentar este trabalho é uma teoria de médio alcance, a Teoria de Gestão de Sintomas, publicada inicialmente por Larson et al., em 1994 e revista em 2001 por Dodd et al. A teoria possui três dimensões: a experiência de sintoma, estratégia de gestão de sintomas e resultado. É baseado na premissa de que as três dimensões estão inter-relacionadas. Para além disso, possui as variáveis Pessoa, Meio Ambiente, Saúde e Doença, que se acredita influenciarem todas as dimensões e refletem fatores demográficos e biopsicossociais (Dodd, Miaskowski & Steven, 2001)

O objetivo da gestão de sintomas é evitar ou atrasar um resultado menos favorável através de estratégias biomédicas, profissionais e de autocuidado. É um processo dinâmico, onde existem mudanças nas estratégias ao longo do tempo (Larson et al., 1994).

Hoje, procura-se encontrar a causa de um sintoma, para que o tratamento se inicie. No entanto, a evidência científica sobre a gestão de sintomas comprova, que, se a causa for o único foco na abordagem ao tratamento da sintomatologia, o doente pode conviver com esse sintoma, sem que o tratamento seja eficaz (Larson et al., 1994).

Neste sentido, as complexidades do controlo sintomático, constituem fortes necessidades das famílias porque experienciam momentos continuados de enorme vulnerabilidade (Mendes, 2018a). É fundamental que a equipa de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, incluam as famílias como participantes ativos no cuidado. Porque na transição situacional experienciada, face à transição saúde-doença do seu familiar, as necessidades que a família manifesta e as expectativas que coloca na interação com os profissionais dependerão substancialmente do que lhe é proposto e do que adquire no contexto de cuidados (Mendes, 2018a).

Relativamente à aprendizagem, conhecer e rever nos outros, em várias condições de vulnerabilidade e de sofrimento, necessita de abertura e experiência ao longo do tempo. A experiência capacita os Enfermeiros, para o despiste precoce de sinais e sintomas de vulnerabilidades, sabendo que a prática é um todo integrado que desenvolve no profissional, o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001; Mendes, 2018a).

Ao longo do estágio, procurei ver a experiência dos sintomas e a interação de fatores, que influenciam a percepção, a avaliação e a resposta.

Nesse sentido, considerando as competências para o mestrado, defini como objetivo geral: desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem, na gestão de sintomas da pessoa em situação crítica e como objetivos específicos:

- Demonstrar competências relacionais e comunicacionais com o doente/família;
- Demonstrar competências éticas e legais no cuidado à pessoa em situação crítica;
- Promover os princípios de prevenção e controlo de infeção.

Tornando este relatório mais claro e conciso, foi desenvolvida uma metodologia descritiva, sendo organizado em três capítulos. Assim, no primeiro capítulo, apresentam-se e fundamentam-se os referenciais teóricos, que sustentam a construção das diferentes conceções e o significado das intervenções de Enfermagem, bem como as principais ideias decorrentes da Revisão Integrativa da Literatura. No segundo capítulo analisa-se a evolução ao longo do estágio, a aquisição de competências adquiridas e no terceiro capítulo, as considerações finais e os elementos mais relevantes deste percurso.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Em todas as situações decorrentes da prática de Enfermagem, é possível verificar a importância do controlo adequado dos sintomas, para a prestação de cuidados de excelência.

Tendo em conta o já referido anteriormente, considera-se, que esta é uma área de grande interesse, sendo importante a investigação para que se possam otimizar as intervenções.

Deste modo, tornou-se primordial efetuar uma pesquisa sobre a temática e perceber como ela se traduz no modelo de competências.

Este capítulo, divide-se em três subcapítulos, sendo que o primeiro é respeitante à teoria da gestão de sintomas, o segundo refere-se ao modelo de Dreyfus adaptado por Benner à enfermagem e o terceiro subcapítulo às intervenções de enfermagem promotoras da gestão de sintomas, na pessoa em situação crítica.

## 1.1. A Teoria da Gestão de Sintomas

As pessoas são seres únicos, cuja integridade é manifestada em pensamentos, sentimentos e comportamentos. A vida experiente de cada pessoa é influenciada por uma herança genética, dons espirituais e a capacidade de exercer o livre arbítrio (Swanson, 1993).

Os solucionadores de problemas humanos, ao contrário dos computadores passivos, usam a história ativamente, para que a situação atual seja compreendida, através de uma teia de perspetivas de sensações ou padrões passados semelhantes e dessemelhantes (Benner & Wrubel, 1989). Isto cria um pré-requisito para a formação de diagnósticos clínicos. Entende-se, que os profissionais de saúde ajudem as pessoas a compreender o significado dos sintomas e trabalhem com eles para atingirem resultados positivos.

Os sintomas, são uma preocupação para as pessoas com doença aguda ou crónica, mas também para os profissionais de saúde porque representam a razão para a procura dos cuidados de saúde (Sidani, 2001).

A natureza subjetiva dos sintomas, apresenta alguns desafios para a sua avaliação rigorosa nomeadamente as múltiplas dimensões da cada sintoma experienciado, incluindo a frequência, a duração, a intensidade, o impacto, o significado atribuído pelo próprio e a

sua resposta, os fatores que agravam ou aliviam o sintoma e as estratégias utilizadas para gerir o sintoma e a sua eficácia (Henriques, 2019).

Desta forma, a gestão de sintomas permite a vivência da pessoa, o propósito do significado pessoal do processo de doença, atividades e restrições, provocadas pela existência de um ou mais sintomas. Esta atitude permite a individualização e planeamento do cuidado centrado na pessoa, de acordo com a dimensão que a presença do sintoma adquire na vivência da mesma (Brink & Skott, 2013).

A gestão de sintomas, uma prática essencial nos cuidados de enfermagem, tem como base: identificar e reconhecer os sintomas; interpretar, monitorizar e avaliar os sintomas; selecionar estratégias para aliviar os sintomas experimentados; melhorar o funcionamento e o bem-estar e avaliar a eficácia das intervenções (Sidani, 2001).

As intervenções de Enfermagem devem basear-se na experiência da doença da pessoa, avaliando-se o passado e o presente. Os sintomas devem ser valorizados, o corpo é compreendido como uma intencionalidade, inerente às respostas corporais, a situações com significado, uma forma de estar a pessoa no mundo (Benner & Wrubel, 1989).

A orientação para o cuidado começa com uma crença fundamental nas pessoas, a capacidade de fazê-lo através de eventos e transições, enfrentar um futuro com significado. Estar lá, inclui, não apenas a presença física, mas também a mensagem claramente transmitida de disponibilidade e capacidade para suportar o outro. Estar com o outro é dar tempo. Presença autêntica, escuta atenta e respostas reflexivas contingentes. Em muitas ocasiões é dar simplesmente de si mesmo, compromisso, preocupação e atenção pessoal do que cuida (Swanson, 1993).

É importante orientar a análise das contribuições de Enfermagem, para os cuidados de saúde, onde os domínios autónomos e interdependentes da intervenção de enfermagem, presentes no REPE e Decreto-Lei n.º 161/96, são estudados como um elo, entre as estruturas organizacionais e as características do doente, os resultados obtidos e o trabalho em equipa (Amaral, 2010). Um dos resultados de interesse a aplicar é o controlo de sintomas, porque oferece uma forma compreensiva de avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, dirigindo-se às características do ambiente, intervenções responsáveis pelo resultado nos doentes e verificar os efeitos das intervenções de Enfermagem na obtenção dos resultados (Amaral, 2010).

A Teoria de Médio Alcance do controlo de sintomas de Larson et al. (1994) e adaptada por Dodd et al. (2001) fornece pesquisa e informação para a prática de Enfermagem. Baseia-se em três conceitos fundamentais a saber: a experiência do sintoma do ponto de vista da pessoa, estratégias de gestão dos sintomas e as intervenções e resultados conseguidos.

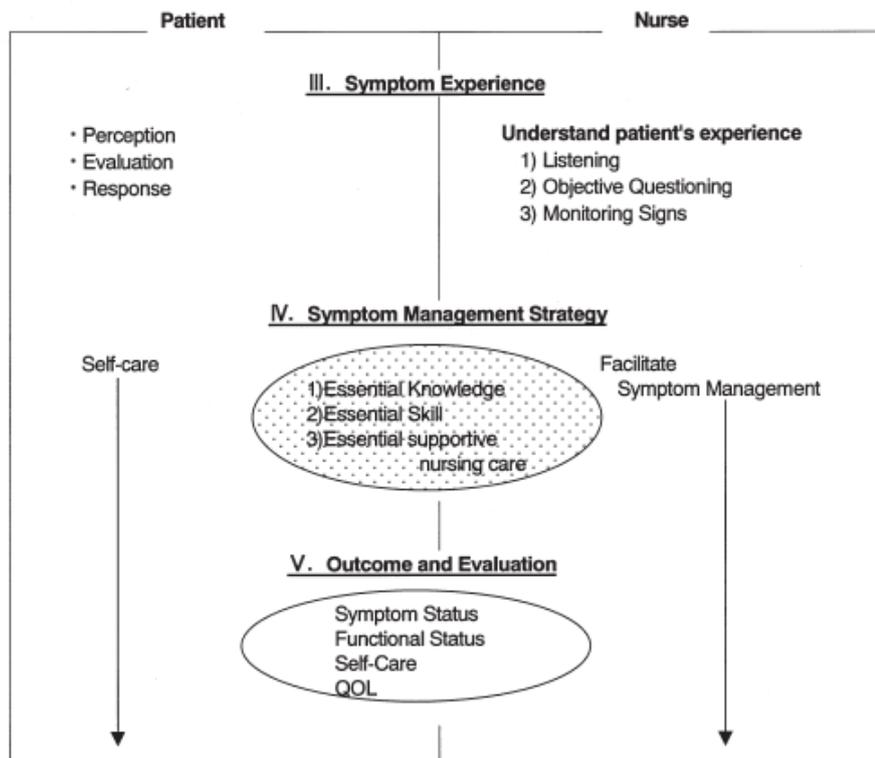
O objetivo da gestão de sintomas é evitar ou adiar resultados negativos através de estratégias biomédicas, profissionais e de autocuidado. A gestão inicia-se com a avaliação da experiência do sintoma na perspetiva do indivíduo, seguida da identificação do foco das estratégias de intervenção. As estratégias de intervenção podem ser direcionadas, para um ou mais componentes da experiência de sintoma do indivíduo para alcançar um ou mais resultados desejados (Henriques, 2019).

A experiência dos sintomas é dinâmica, envolvendo a interação da perceção, avaliação da resposta do doente. Inclui dimensões objetivas, manifestações que podem ser observadas por outros. Por exemplo, o sintoma de um doente de “sentir-se fraco” pode ser também verificado por outros, como manifestação de fraqueza se o doente não puder andar com firmeza. É importante que tanto as manifestações (observadas por outros), quanto a perceção do doente sobre o sintoma seja levada em consideração (Larson, Uchinuno & Izumi, 1999).

A intervenção do Enfermeiro associado à conquista da experiência dos sintomas deve ser claramente identificada. Os Enfermeiros devem compreender os sintomas do doente, ouvir e efetuar questões objetivas.

Neste sentido a Figura 1, explicita dois contextos: a experiência dos sintomas do doente e a abordagem do Enfermeiro, para entender a experiência (Larson et al., 1999).

**Figura 1.** Abordagem integrada à Gestão de Sintomas



Fonte: Larson et al., 1999

A teoria abrange os sintomas cobertos pela experiência, estratégias integradas de gestão e resultados, que permitam uma sistematização de gestão de sintomas, forneça orientação para o desenvolvimento de pesquisas e estratégias de resolução (Dodd et al., 2001).

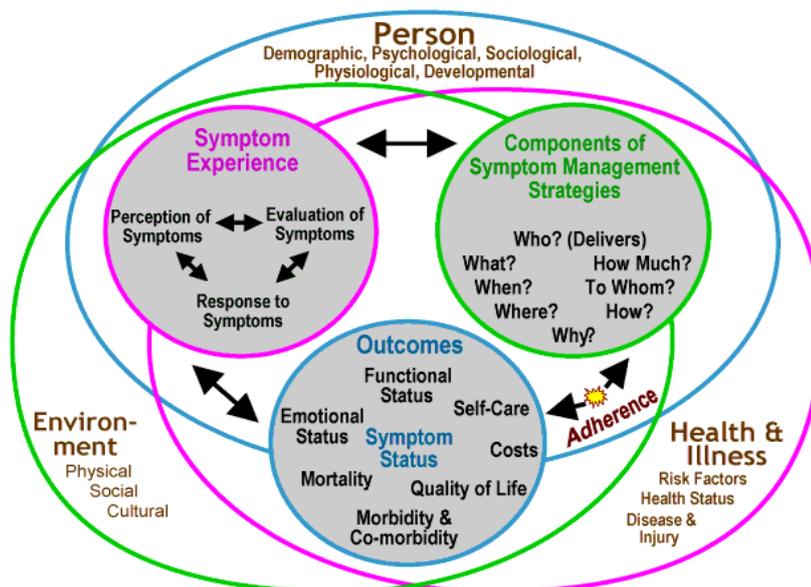
Os pilares da gestão de sintomas são esforços para evitar, atrasar ou minimizar a experiência do sintoma. Pode ser eficaz de três maneiras: reduzir a frequência da experiência do sintoma, minimizar a gravidade do sintoma, ou aliviar o sofrimento associado ao sintoma (Smith & Liehr, 2014).

Os indicadores de qualidade incluem a estrutura, o processo e os resultados dos cuidados prestados (Ramos, Fonseca, Coelho, Guia & Santos, 2016). A gestão de sintomas é um dos indicadores sensíveis ao cuidado de Enfermagem, logo, um ganho como intervenção de Enfermagem individualizada.

Na teoria apresentada, os metaparadigmas, pertencem aos domínios da ciência da Enfermagem (pessoa, saúde / doença e meio ambiente). Influenciam as três dimensões: experiência do sintoma, estratégias e resultados da gestão.

Definem-se da seguinte forma: A Pessoa, corresponde a variáveis demográficas, psicológicas, sociológicas e filosóficas. A um ponto de vista individual, à experiência de sintomas e inclui o nível de desenvolvimento ou maturação de um indivíduo. A Saúde e Doença: consiste em variáveis únicas para o estado de saúde ou doença de um indivíduo e inclui fatores de risco, lesão ou invalidez. Contém efeitos diretos e indiretos sobre a experiência do sintoma, a gestão e os resultados. O Ambiente: refere-se à soma das condições ou ao contexto, em que um sintoma ocorre, ou seja, inclui variáveis físico, social e cultural. O ambiente físico pode abranger a casa, trabalho e hospital. Os aspetos sociais incluem a própria rede de apoio social e relacionamentos interpessoais. Os culturais são, as crenças, valores e práticas exclusivas de um grupo étnico, racial ou religioso determinado (Dodd et al., 2001).

**Figura 2.** Modelo conceptual de controlo de sintomas



Fonte: Dodd et al., 2001

As suposições do modelo de gestão de sintomas baseiam-se em seis pilares (Dodd et al., 2001):

- O *gold standart* para o estudo dos sintomas, é baseado na percepção/experiência do indivíduo relativamente ao sintoma. O auto-relato é considerado o “*gold standart*” da avaliação dos sintomas e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, pode ser comprometida quando o cuidador ou o familiar não tem a mesma percepção e interpretação do sintoma, que o doente (Dodd et al., 2001; Henriques, 2019);
- Não precisa ser experimentado por um indivíduo para o modelo ser aplicado.
- A intervenção pode começar antes do indivíduo experienciar o sintoma.
- O indivíduo pode estar em risco para o desenvolvimento do sintoma, devido à influência (impacto) de uma variável de contexto, como um perigo no trabalho.
- Doentes que não conseguem comunicar verbalmente (bebés, afásicos) podem experienciar sintomas e a sua família pode ajudar na interpretação.
- A gestão de estratégias deve dirigir-se ao indivíduo, à família, ao grupo ou ao ambiente. É um sistema dinâmico, é transformado pelos resultados individuais e afetado pelos domínios de Enfermagem: pessoa, saúde/doença, ambiente.

Estudos realizados em Unidades de Cuidados Intensivos indicam, que os sintomas são fundamentais para o cuidar, com sua alta incidência de comprometimento cognitivo e barreiras de comunicação, tais como sedativos, medicamentos e vias aéreas artificiais. Os sintomas mais frequentes são: dor, fadiga, sede, dispneia, ansiedade e preocupação, medo e dificuldade em comunicar (Campbell & Happ, 2010). É imperativo, que os Enfermeiros implementem estratégias para facilitar a comunicação do doente e a experiência de sintomas.

Desenvolver ações que permitam uma distinção entre a avaliação dos sinais e avaliação dos sintomas. Podem incluir, o desenvolvimento e validação de uma base numérica como ferramenta de avaliação, que aborda uma gama mais ampla de sintomas além da dor, ou até o estabelecimento de protocolos de tratamento sobre o alívio dos sintomas na pessoa em situação crítica (Puntillo, Smith, Arai & Stotts, 2008)

É importante ressaltar a importância da abordagem da família, porque vivencia um momento de vulnerabilidade provocado pelo descontrolo sintomático, passando por uma situação de stress e desequilíbrio. Necessita de se adaptar, mobilizar novos recursos, para encarar os problemas e resolver a transição de forma adequada. Os Enfermeiros defrontam as transições na vida das pessoas, quando e se estas afetarem a sua saúde, o seu bem-

estar e a sua capacidade de cuidar de si mesmas. É um processo acionado por uma mudança (Meleis, 2010).

A gestão de sintomas, assume-se como uma preocupação no processo de aquisição de competências, uma vez que se constitui como um dos *outcomes* resultantes das intervenções de Enfermagem (no domínio autónomo e interdependente) e, portanto, a qualidade e efetividade dos cuidados.

O doente crítico encontra-se numa situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Deste modo, torna-se imprescindível a abordagem do enfermeiro especialista na gestão de sintomas, porque dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas, decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

## **1.2. Modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Benner (2001)**

Um contributo indispensável para o desenvolvimento de competências em Enfermagem foi o de Patrícia Benner. Na sua teoria, define que a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida, se assentar sobre boas bases pedagógicas (Benner, 2001). Desta forma, para sustentar o trabalho na área de gestão de sintomas é importante o elo de ligação entre a teoria de Dodd et al. (2001) e de Patrícia Benner (2001).

Para Benner (2001) existem diferentes níveis de aquisição de competências do Enfermeiro: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

O modelo baseia-se na situação e não nas características, o nível de desempenho não é uma característica individual, mas em vez disso é uma função de familiaridade do Enfermeiro com uma situação particular, em combinação com a experiência educacional, porque o conhecimento incorporado e o significado do ser são premissas para a capacidade de cuidar.

Neste sentido, para o desenvolvimento de competências, teve-se por base o modelo de Dreyfus adaptado por Benner (2001), que destaca a obtenção de competências, tendo em conta o contexto onde é exercida a atividade clínica. Ao responder a diferentes necessidades de ação, o conhecimento clínico, é uma mistura do conhecimento teórico e

prático à medida que, o Enfermeiro ganha experiência (Brykczynski, 2014). Porque, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

Benner (2001) defende as competências necessárias para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, pela análise de transcrições de entrevistas sobre os detalhes, descrições de episódios, de assistência ao doente que incluíam as intenções e interpretações dos eventos. A partir dessas competências, identificou sete domínios com base na semelhança de função e intenção (Brykczynski, 2014).

De entre esses domínios escolhi quatro, que, em meu entender, mais se adequam ao projeto e objetivos delineados.

1. A função de ajuda é ter coragem de ficar com o doente e promover o conforto que a situação do doente permite (Benner, 2001; Henriques, 2019)

Benner (2001), no domínio da função de ajuda, dá relevância à família na cura do doente, em ligação com o tratamento em si, promovendo a sua participação, transmissão de informações, de forma a prestar apoio afetivo.

Transportando à gestão de sintomas, a família faz parte integrante da equipa de saúde, pois promove a satisfação e a segurança do doente. Envolver a família em tarefas ativas de cuidados ao doente, como a higiene e movimentos passivos, pode contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados. A *Society of Critical Care Medicine* tem como foco programas de melhoria da qualidade. É referido que para além da abordagem ABCDE, que se deva utilizar também o “F”, representando a Família, destacando a necessidade de envolver e capacitar a família do doente. A identificação do envolvimento familiar, como uma necessidade desta organização internacional destaca a importância de desenvolver novas e seguras formas de incluir a família diariamente no cuidado ao doente (Smithburger, Korenoski, Alexander & Kane-Gill, 2017).

É importante, começar por desenvolver um diálogo entre a família/equipa de enfermagem. É igualmente relevante que todos os enfermeiros sejam consistentes na aplicação de qualquer regra em relação à família, visitas e participação nos cuidados, para limitar qualquer confusão. Devem procurar desenvolver o treino, como sessões de educação para a saúde, incluindo a encenação, uma estratégia para ajudar a disseminar as informações (Smithburger et al., 2017).

Os Enfermeiros devem enfrentar a possibilidade de não ser exequível prolongar a vida. Em vez disso, é possível melhorar a qualidade de vida de um doente por mais curta

que ela seja. Deve-se além disso encontrar meios de reconfortar o doente e a família (Benner, 2001).

O doente é uma pessoa por inteiro e deve ser zelado o respeito pela sua dignidade. São importantes, o toque, como abordagem terapêutica e as relações interpessoais entre doente/Enfermeiro. Implica ser capaz de sentir num doente a força, a energia, o desejo e a capacidade de melhorar.

A mediação psicológica e cultural, utilizando objetivos e esforços para manter um ambiente terapêutico (Benner, 2001) é uma intervenção, principalmente em doentes com alterações psiquiátricas (Henriques, 2019).

É necessária a experiência para escutar e compreender o que a doença significa para o doente; o que interrompe e o que significa a sua cura (Benner, 2001).

Na gestão de sintomas, esta função pode ser efetuada mediante intervenções, que proporcionem o conforto com o objetivo de eliminar a dor e o desconforto, proporcionando algum bem-estar. As estratégias de conforto de ordem física desenvolvidas pelos Enfermeiros são a utilização de analgesia, a utilização de técnicas não convencionais como a massagem, a música e a aromaterapia, cuidados de higiene, hidratação da pele e posicionamentos (Martins, 2010).

2. A função de diagnóstico e de vigilância do doente e função de gestão eficaz de situações de evolução rápida, deteta precocemente sinais de alarme, percepção e reconhecimento (Benner, 2001). Antecipa problemas que possam surgir. Entende os mecanismos de defesa e permite compreender a interpretação que os doentes dão à doença.

Segundo a autora, a deteção de sinais de alarme numa fase precoce por parte de uma Enfermeira é essencial. Por exemplo a observação da dor no cuidado ao doente crítico pode auxiliar os Enfermeiros a realizar avaliações com base em comportamentos observáveis (Puntillo et al., 2008). Permite assim a vigilância do estado clínico do doente e contribui para os fins alcançados (*outcomes*).

A intencionalidade norteia a ação dos Enfermeiros e possibilita ao Enfermeiro encontrar as áreas suscetíveis à sua intervenção.

3. A administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos, os enfermeiros devem salvaguardar a segurança na administração terapêutica e a vigilância do estado hemodinâmico do doente.

É uma competência que se desenvolve pelos processos terapêuticos e o conhecimento teórico e técnico necessários. Também se torna imprescindível a observação das respostas fisiológicas e psicológicas do doente.

No âmbito da gestão de sintomas em matéria de administração e vigilância dos protocolos terapêuticos, torna-se importante considerar o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, por exemplo, protocolos iniciais de mobilização que podem ajudar a mitigar o delírio, agitação e agilizar a extubação (Warlan & Howland, 2015).

Para além disso, o desenvolvimento de competências na relação de ajuda e na gestão da comunicação interpessoal, promovendo uma relação terapêutica e de ajuda com o doente/família.

4. Assegurar a qualidade dos cuidados, os enfermeiros servem de ponte entre os membros de diferentes disciplinas, devendo estar atentos para possíveis erros, sendo por isso detentores de um conjunto de competências práticas e científicas, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

Assim, a enfermagem descreve-se como uma relação de cuidado, uma condição de conexão e preocupação, em que, cuidar é fundamental, porque configura a possibilidade de dar e receber ajuda. É vista como uma prática de cuidado cuja ciência é guiada pela arte moral e ética do cuidado e responsabilidade. É importante compreender a prática de Enfermagem como o cuidado, o estudo da experiência vivida de saúde, a doença e as relações entre esses três elementos (Benner & Wrubel, 1989).

### **1.3. Intervenções de Enfermagem Promotoras da Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica**

A gestão de sintomas implica uma avaliação abrangente e precisa da experiência dos sintomas da pessoa, por isso, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, deve caminhar no sentido da perícia da gestão de sintomas da Pessoa em Situação Crítica.

Partiu-se da revisão integrativa da literatura para compreender a problemática em estudo, efetuou-se a pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e também em literatura cinzenta. Definiu-se a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de Enfermagem, promotoras da gestão de sintomas na pessoa em situação crítica?*

A pesquisa efetuada aponta, para que os sintomas sejam os principais indicadores para a compreensão dos problemas reais ou potenciais transmitidos pela pessoa em situação crítica. É imprescindível uma maior consciencialização e educação para diferenciar sinais e sintomas.

Na ausência da capacidade de comunicação de uma pessoa doente, os Enfermeiros socorrem-se da tecnologia para relatar os sintomas (Dodd et al., 2001) ou de sinais fisiológicos (por exemplo, temperatura, hipotensão ou débito urinário baixo) mais fáceis de avaliar. O problema reside nos sintomas não avaliados como tristeza, fome e sede que muitas vezes não são abordadas (Puntillo et al., 2008).

A comunicação pode ser conseguida por estratégias, como falar, interpretar expressões faciais, leitura labial, gestos, placas de comunicação, dispositivos geradores de fala, escrever ou digitar. A implementação de melhorias e alternativas estratégicas de comunicação, pode antecipar falhas de comunicação entre a pessoa doente e Enfermeiros (Gropp, Johnson, Bornman & Koul, 2019).

Os doentes internados nas unidades de cuidados intensivos, ventilados mecanicamente, relatam várias experiências angustiantes. Dor, ansiedade, medo, incapacidade de comunicar, perceção alterada da realidade, alterações corporais, consciência reduzida, perda do controle ou memória e amnésia são comumente descritos (Randen, Lerdal & Bjork, 2013)

A adoção clínica da avaliação comportamental, como a observação da dor no cuidado ao doente crítico, pode auxiliar os Enfermeiros a realizar avaliações da dor, com base em comportamentos observáveis. Torna-se importante que as intervenções não farmacológicas possam ser reconhecidas como legítimas e talvez sinérgicas abordagens para o conforto do doente (Puntillo et al., 2008).

As estratégias para gerir a dor, passam pelo estabelecimento de políticas e procedimentos, que apoiem o uso de uma hierarquia de medidas para avaliar a dor. Estipular métodos alternativos de documentação, que pressuponham dor presente, em doentes, que experimentem situações ou procedimentos dolorosos e não conseguem relatar a dor (Pasero, 2003).

Um outro sintoma que se apurou na pesquisa é a dispneia, sendo uma experiência subjetiva da respiração. Para a pessoa falar sobre a dispneia, deve estar consciente e capaz de interpretar estímulos sensoriais. Quando a pessoa doente não pode fornecer informação sobre a sua dispneia, pode-se utilizar a escala de observação do desconforto respiratório. É uma boa ferramenta para mensurar o desconforto respiratório quando a pessoa está incapaz de comunicar (M. Campbell, 2015).

Para além disso, entre pessoas gravemente doentes capazes de falar sobre os sintomas, a ansiedade variou de 58% a 63%. Quando a ansiedade é induzida pelo medo, pode comprometer a função respiratória e contribuir para uma ventilação mecânica prolongada. Para reduzir o tempo de ventilação causado pela ansiedade, é essencial que os Enfermeiros desenvolvam competência sobre as configurações do ventilador e as respostas do doente (Randen et al., 2013).

Os estudos também indicam, que é importante incluir a música nos cuidados ao doente, porque, sendo algo agradável de ouvir é um estímulo muito complexo para promover o relaxamento, diminuir a ansiedade e promover a distração (Gosselin, Lavoie, Gelinás & Bourgault, 2015).

A música reduz a ansiedade, a frequência cardíaca, tensão arterial e muscular. Tendo ritmo mais lento induz um estado relaxado, um efeito hipnótico, contribuindo para o relaxamento e redução de ansiedade (Gosselin et al., 2015)

A fadiga é outro sintoma experimentado por um leque de pessoas em situação crítica. As intervenções de Enfermagem passam por ser capaz de coordenar as

tarefas de Enfermagem, para não interromper períodos de descanso, utilizar intervenções não farmacológicas como exercícios respiratórios ou técnicas de relaxamento ou utilização de medidas farmacológicas (Cajanding, 2017).

Neste sentido, é necessário realizar-se a história da pessoa e explorar as comorbidades que possam contribuir para a fadiga. Pode estar associada a doenças ou condições, como anemia, cancro, depressão, diabetes, artrite reumatoide, problemas da tiroide e apneia do sono. A avaliação de sinais vitais, posicionamentos, fisioterapia, ruídos, interrompem os períodos de descanso causando cansaço e fadiga (Cajanding, 2017).

De acordo com os estudos, a pessoa em situação crítica, passa pela privação do sono, as intervenções de Enfermagem são a otimização do sono, através da sua avaliação, otimizar o ambiente com iluminação controlada, regulação da temperatura, redução do ruído, conversas serenas e limpeza (Dick-smith, 2016).

Pode ainda utilizar-se como intervenções minimização de alarmes e ruídos telefónicos. Melhorar a orientação do doente (através de relógios, interação profissionais-doente) e um maior envolvimento da família (Wade et al., 2019)

Também a sede é outro dos sintomas, manifestado pela pessoa em situação crítica. No entanto, este sintoma, não é avaliado de forma rotineira, sendo muitas vezes ignorado, porque existe a perceção de estar associado a desidratação ou hipernatremia (Puntillo et al., 2010). As intervenções de Enfermagem passam pela utilização de pulverizadores com água fria, esponjas em formato de cotonete/espátulas molhadas com água fria para humedecer a boca e as soluções mentoladas nos cuidados de higiene oral (Puntillo et al., 2014).

Relativamente à agitação, por vezes, os doentes são impedidos de remover dispositivos médicos, como tubos endotraqueais ou minimizar os riscos de segurança, para si ou para os profissionais, se os doentes são agitados, ou agressivos. A agitação é controlada com medicamentos sedativos, mas para doentes em que a sedação é contraindicada, as restrições físicas são usadas como último recurso (Warlan & Howland, 2015).

O *stress* da situação crítica no corpo de um doente, em combinação com falência de órgãos, uso de sedativos e a privação do sono podem contribuir, para o *delirium* (Warlan & Howland, 2015). Mais uma vez, as intervenções serão

direcionadas para a otimização do sono, comunicação e interação Enfermeiro-doente, reorientação frequente e explicação das atividades, além de simples auxiliares de memória, como quadros brancos com informações básicas de data / hora e local acompanhados pelos nomes dos cuidadores, podem ajudar a reduzir a confusão (Hickin, White & Knopp-Sihota, 2017).

Na gestão de *delirium* muitos artigos sugerem incluir informações pessoais, como pertences (travesseiros, fotos de família), jornais, criação de uma checklist de como a família pode interagir com o seu ente querido durante a visita, para ajudar a diminuir a confusão. Essas listas podem ser fornecidas num panfleto durante a abordagem à família (Smithburger et al., 2017).

A incapacidade visual, auditiva e de fala, pode ser reduzida, garantindo que os doentes usem óculos, aparelhos auditivos e próteses (Hickin et al., 2017).

Infelizmente, nem todo o *delirium* pode ser tratado com abordagens não farmacológicas. Embora os medicamentos antipsicóticos não estejam recomendados na prevenção de *delirium*, são frequentemente usados na gestão e na redução da intensidade dos sintomas associados (Hickin et al., 2017).

Em todas as situações decorrentes da prática de Enfermagem, é possível verificar a importância do controlo adequado dos sintomas para a prestação de cuidados de excelência. Neste sentido, as intervenções de Enfermagem devem estar assentes na avaliação sistemática dos sinais e sintomas.

É importante valorizar as intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas (Firmino, 2009), porque é competência do Enfermeiro Especialista as medidas farmacológicas (...) e não farmacológicas (Regulamento nº 429/2018, 2018).

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será exposto o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Pretendo explicar o que desenvolvi, assim como os aspetos facilitadores e ainda as dificuldades sentidas.

Foram dois serviços distintos, que me proporcionaram imensas experiências novas e muito gratificantes, o que permitiu uma aprendizagem e crescimento enquanto pessoa e profissional.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, o primeiro remete para a aquisição e desenvolvimento de competências na UCI, o segundo no SU e o terceiro uma análise crítica do percurso efetuado.

No processo de aquisição de competências pressupõe-se a “transição” pelos níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

A mudança no nível de competência é o reflexo de quatro aspetos: o primeiro, refere-se à utilização de experiências concretas do passado, como paradigmas; o segundo, quando o pensamento analítico baseado nas normas, é substituído pela intuição; o terceiro, quando o Enfermeiro consegue perceber a situação como um todo e focaliza-se apenas nas partes relevantes; o quarto e último aspeto, demonstra o envolvimento do indivíduo na situação; ele faz parte da situação e não é apenas um observador (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). O modelo de aquisição de competências é progressivo, mas não é necessariamente linear. O desenvolvimento de um profissional pode passar por “planaltos, retrocessos, estagnação, ou ainda saltos”.

Para desenvolver e adquirir competências especializadas é essencial definir o “core” curricular e reconhecer a importância e investimento do processo formativo, enquadrado num projeto global de melhoria de qualidade de cuidados de Enfermagem (Maria, Arminda, & Nilza, 2011).

Para o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional é fundamental refletir na e sobre a prática, e assumir a responsabilidade, quer pela aprendizagem ao longo da vida quer pela manutenção das competências adquiridas.

Para ser capaz de fazer uma crítica construtiva e emitir opiniões próprias, torna-se imprescindível utilizar o pensamento crítico e reflexivo, que deverá ser sistémico e cuidadoso.

As práticas clínicas são uma etapa importante na formação em Enfermagem, pois permitem consolidar conhecimentos teórico-práticos, desenvolver novas

competências em áreas específicas que interligam o saber teórico e o saber prático, preparando o profissional de Enfermagem para lidar com as situações mais complexas.

Para este percurso de estágio utilizei a metodologia de projeto, porque constitui uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico, para posteriormente ser aplicado na prática constituindo-se um processo dinâmico que se pode adaptar ao longo da intervenção (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia comporta diversas etapas, nomeadamente a identificação do problema e diagnóstico da situação, na qual se procede à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa; planificação de estratégias e programação de atividades, tendo em conta os objetivos definidos; execução das atividades e posterior avaliação do trabalho (Ruivo et al., 2010).

O percurso teve início com a revisão da literatura acerca da problemática em estudo, com entrevistas informais aos Enfermeiros durante as idas a contexto, que foram importantes para me apresentar como enfermeira a realizar estágio para obter o grau de Mestre e especialista em PSC, conhecer a equipa, o espaço físico e permitir uma melhor integração, tomar conhecimento e identificar algumas necessidades. Definiram-se objetivos e programaram-se atividades a realizar, o que deu origem a um processo contínuo e interativo. Seguidamente deu-se lugar à concretização do pré-projecto e depois o projeto, finalizando com a concretização do estágio nos locais aprovados.

Falar dos contextos SU e UCI é pertinente porque se centra na pessoa em situação crítica, na imprevisibilidade das situações e na perspetiva organizacional.

Relativamente ao enquadramento do projeto e contexto clínico, surge com o sentido, que atribuo aos cuidados, à pessoa como o centro dos cuidados em que a competência se denota na adequação, que é feita à pessoa como um todo.

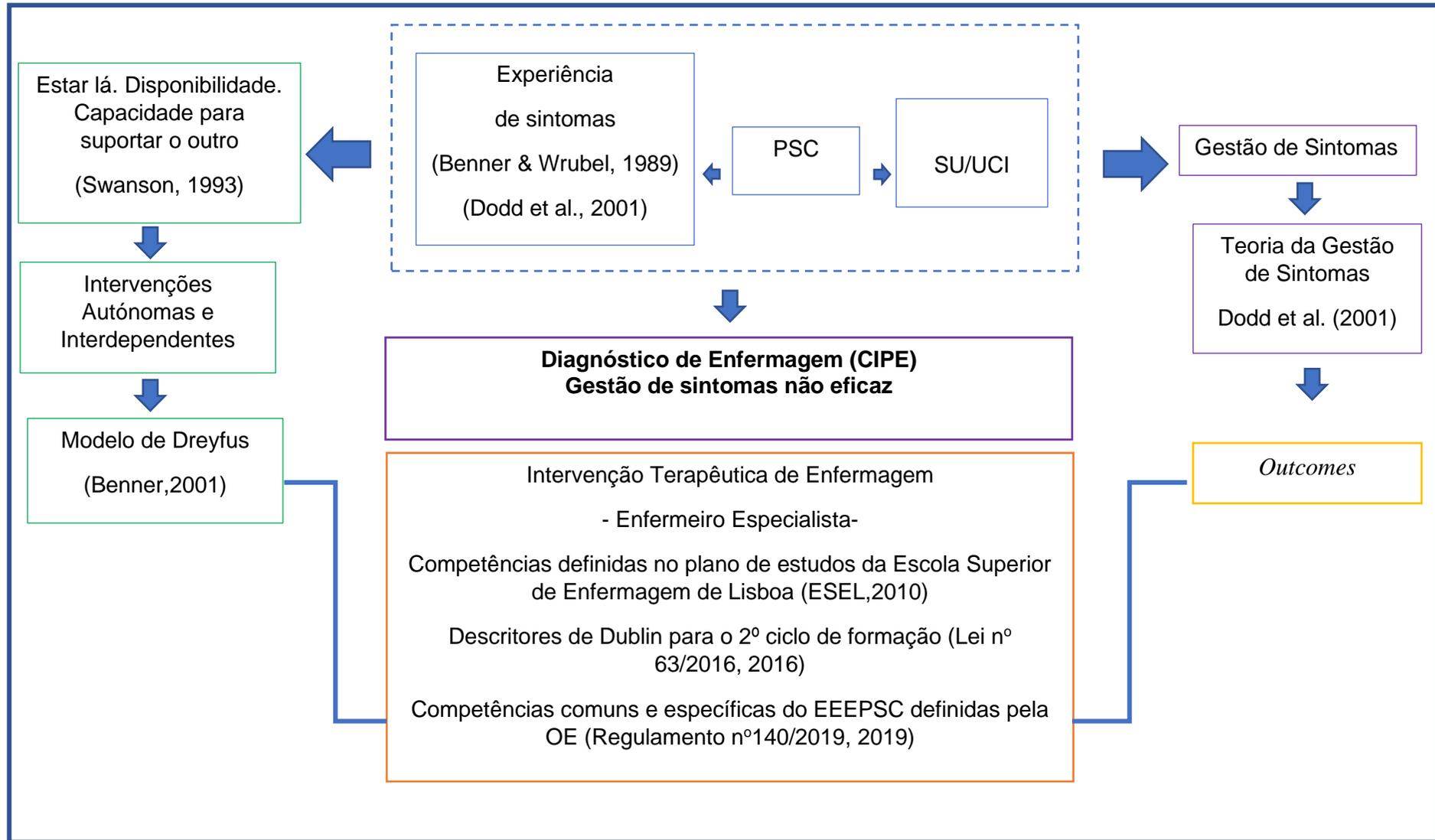
As prioridades são definidas em função das necessidades, que a pessoa doente tem afetadas. São aferidos pelo Enfermeiro para cada doente, sem esquecer a inclusão do familiar na planificação dos cuidados.

Os contextos de estágios permitiram-me um percurso de aplicação do conhecimento adquirido através das diversas fontes, em contexto clínico, perspetivando a aquisição de competências no âmbito da Intervenção Especializada de Enfermagem e cumulativamente uma evolução na linha de competências definida por Benner.

Realizou-se o estágio em contexto de UCI e no SU, correspondendo a um total de 500 horas. O estágio de UCI realizou-se de 30 de setembro de 2019 a 20 de dezembro de 2019 e no SU de 6 de janeiro de 2020 a 7 de fevereiro de 2020.

De modo a explicar o percurso de aquisição de competências, suportado pelas teorias escolhidas, foi realizado o esquema do mapeamento conceptual (Figura 3).

**Figura 3.** Mapeamento conceptual do percurso de aquisição de competências



## 2.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na UCI

Ao iniciar este estágio, integrei-me na equipa, enaltecendo o respeito e a entreaajuda, honrando as normas éticas e deontológicas. Demonstrei interesse, iniciativa e disponibilidade. Procurei consultar e conhecer as normas, protocolos e procedimentos como o da dor, sedoanalgesia, isolamento por microrganismos.

Identifiquei a dinâmica orgânica e funcional da UCI nomeadamente: objetivos do serviço, metodologia de trabalho, critérios de admissão, recursos humanos, materiais e transferência de doentes.

A UCI onde realizei o estágio destina-se a doentes com duas, ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida, e portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2016). Recebe sobretudo doentes do foro médico e cirúrgico.

No início do estágio, preocupei-me com a aquisição, aprofundamento de conhecimentos e competências para dar resposta aos doentes críticos internados. Foi um grande desafio, pois procurei ao máximo cuidar da pessoa na sua singularidade, envolvida num mundo de tecnicismo da qual a sua vida está dependente. Selecionei, fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (ESEL, 2010) e esclareci dúvidas com os orientadores. Baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019).

As etapas de aprendizagem e a aquisição de habilidades diferenciam o “saber” e “saber fazer” como dois tipos de conhecimento. Porque a perícia chega à medida, que se aprimoram hipóteses fundamentadas em situações reais, quando se aprende a identificar alterações fisiológicas subtis (Benner, 2001).

Foi importante adotar estratégias de comunicação, como por exemplo, a leitura de lábios ou escrever num quadro magnético.

Muitos dos doentes internados em UCI estão sob sedação, o que constitui um desafio para a avaliação da dor. Consegui perceber através da escala de heteroavaliação da dor, as estratégias, que podem ser utilizadas para avaliação da dor nestes doentes, como por exemplo observar o relaxamento muscular ou a frequência cardíaca. Neste contexto, utilizei a *Behavioral Pain Scale*, uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo. Utiliza-se três itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação

mecânica. Nos doentes comunicativos utilizei a escala quantitativa para avaliação da dor.

Relativamente à sedação compreendi, que numa fase aguda, em que os doentes estão mais instáveis hemodinamicamente a sedação é mais profunda. Após estabilizados, os níveis de sedação começam a ser progressivamente diminuídos.

Foi importante começar a analisar o doente de cuidados intensivos, no sentido de observar e identificar sinais de instabilidade hemodinâmica (vigiar a tensão arterial, frequência cardíaca, índice cardíaco, respiração, etc), compreender a vulnerabilidade, angustia e o medo da pessoa doente, integrar a família nos cuidados aliando a transmissão de informação, o respeito e a confiança. Consciencializar-me do papel do Enfermeiro Especialista no que respeita à observação que realiza, à colheita de dados, prevenção de complicações, intervenção de forma oportuna, eficaz e consistente. Particpei na tomada de decisão elaborando o processo de Enfermagem, envolvendo o doente/família nos cuidados, capacitando-os e adequando estratégias de apoio e suporte. Procurei estabelecer uma comunicação eficaz, indo de encontro às necessidades do doente/família, crenças e valores. Promovi a humanização dos cuidados ao estabelecer uma relação terapêutica e o respeito pelos princípios éticos do cuidar.

Na UCI a interdependência com outros profissionais surge quando se reúnem esforços de colaboração e ideias sobre a prestação de cuidados evidenciando-se na qualidade dos cuidados prestados.

Para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica (ESEL, 2010), planeei e prestei cuidados de Enfermagem de acordo com os problemas, avaliando a eficácia das intervenções e tentando sempre fundamentar a prática com base na evidência.

Neste sentido, para além de ter sido necessário desenvolver o conhecimento tive necessidade de fortalecer capacidades, para corresponder às necessidades e exercer uma constante capacidade de reflexão sobre a prática.

Sendo os meus orientadores especialistas e responsáveis de turno, procurei estar atenta à forma como lideravam a equipa e desenvolviam a gestão de cuidados. Compreendi as tomadas de decisão indispensáveis para a melhoria da prestação de cuidados e para a dinâmica harmoniosa da equipa multidisciplinar. Isto contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da gestão e da liderança.

De acordo com as competências do Enfermeiro Especialista, a qualidade dos cuidados emerge da sua capacidade de liderança e de gestão dos cuidados, porque adapta a liderança, a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

O Enfermeiro Especialista envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (Regulamento nº 429/2018, 2018). Procurei estabelecer o contacto com os familiares, conseguindo obter explicações, interpretações e atitudes da família face ao doente internado. Promovi a relação terapêutica através do toque, porque para reconfortar ou estabelecer um contato com um doente mais fechado ou deprimido, é um meio que permite a comunicação (Benner, 2001). Consegui apoiar e valorizar o papel dos membros da família, transmitindo-lhes as informações necessárias, demonstrando competência e aplicando conhecimentos técnicos. Considero que valorizei a importância das famílias, como interlocutores no processo saúde/doença (Benner, 2001) e refleti sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações (ESEL, 2010).

Neste sentido, de acordo com (Benner, 2001), utilizei a função de ajuda, porque vai além das definições estreitas daquilo que é terapêutico (...) trata-se por vezes, simplesmente, de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite (Rosário et al., 2001).

Na UCI a instabilidade hemodinâmica é frequente, sendo que nunca é uma terapia e raramente um diagnóstico. Deste modo, ao longo do estágio, entendi que o processo de monitorização hemodinâmica inclui a deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que as avaliações das variáveis fisiológicas sejam eficazes. No doente crítico, a informação preferencial da monitorização hemodinâmica deve ser contínua e incluir parâmetros relacionados com a função cardíaca, como o débito cardíaco, a pressão de enchimento ventricular esquerdo e a resistência vascular sistémica, entre outros (Fernandes, Dias, Costa & Barbosa, 2009)

A monitorização hemodinâmica no doente crítico é fundamental, dado que o equilíbrio metabólico orgânico e celular é assegurado pelo adequado aporte de oxigénio aos tecidos e pela remoção dos detritos metabólicos, ou seja, pelo apropriado funcionamento do sistema circulatório (Rocha, Dias & Paiva, 2009).

Esta foi uma das principais dificuldades que encontrei, o compreender a monitorização hemodinâmica e invasiva do doente crítico. No entanto, reuni vários esforços no sentido de colmatar esta adversidade.

Prestei cuidados a doentes do foro cirúrgico que necessitavam de monitorização mecânica invasiva e do foro médico com falência respiratória/multiorgânica.

Colaborei no processo de transferência da pessoa em situação crítica, para outros serviços de internamento, transmitindo toda a informação pertinente de forma clara e objetiva à equipa de Enfermagem, que recebe o doente e elaborei registos de transferência para promover a continuidade dos cuidados.

Acompanhei doentes nos seus últimos momentos de vida, dignificando a morte e prestando apoio à família.

As competências desenvolvidas como EE basearam-se em cuidados à pessoa em situação emergente, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Neste sentido, apliquei e desenvolvi competências no âmbito da otimização da ventilação do doente crítico, reconhecendo parâmetros ventilatórios e interpretando a sincronia doente/ventilador. A importância da monitorização invasiva para viabilizar e antecipar a deterioração do estado hemodinâmico do doente. Compreendi ainda os indicadores a ter em conta na avaliação comportamental da dor no doente inconsciente, sendo eles: a inibição da motilidade gastrointestinal, aumento das necessidades de consumo de oxigénio, aumento da tensão muscular, taquicardia, aumento do débito cardíaco e vasoconstrição periférica.

Mobilizei conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019, 2019), através de atividades com vista a promover a qualidade e a segurança dos cuidados, como por exemplo a higiene das mãos como um elemento essencial da segurança do doente. Otimizei a função de diagnóstico e de vigilância do doente, que constitui a primeira forma de defesa do doente (Benner, 2001) ao detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente, antecipando instabilidade e deterioração do estado do doente.

Relativamente aos conhecimentos e competências especializadas de Enfermagem na gestão de sintomas da pessoa em situação crítica, atuei na gestão da dor e analgesia. Sendo que a minha atividade passou pela observação da expressão facial do doente, da tensão muscular, traçado cardíaco e ventilação.

Exerci intervenção na dispneia pela observação do desconforto respiratório, estive sempre junto do doente (mesmo para fazer registos) e promovi a envolvimento

da família, pois a presença da equipa de Enfermagem e da família são minimizadores do desenvolvimento do sintoma de ansiedade.

Coordenei as intervenções de Enfermagem de modo a não interromper os períodos de descanso do doente, promovendo o sono, otimizando o ambiente com iluminação controlada, regulação da temperatura, redução do ruído e diálogos tranquilos.

Realizei intervenções de Enfermagem de modo a reduzir a sede e a xerostomia da pessoa em situação crítica, como cuidados de higiene oral, ou passar esponjas em formato de cotonete molhadas com água fria para humedecer a boca.

Desta forma, geri os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional e demonstrei um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina (ESEL, 2010). Promovi a função de administração e vigilância de protocolos terapêuticos, porque aumentei as suas possibilidades de recuperação e prevenção de complicações (Benner, 2001).

Desenvolvi uma prática profissional segura e ética no meu campo de estágio respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais. Respeitei os direitos do doente, no acesso à informação sobre o seu estado de saúde, os seus valores, costumes, crenças espirituais e culturais.

Respeitei a confidencialidade e segurança de toda a informação clínica (escrita e oral) adquirida dos doentes e elementos identificativos que lhe digam respeito. Adotei uma prática de cuidados que garantam a privacidade e dignidade do doente, respeitando a sua escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

Considero os princípios éticos: beneficência e não maleficência fundamentais numa UCI. Como o caso de uma situação de tomada de decisão, com a identificação de um potencial dador de órgãos e a sua manutenção. Esta tomada de decisão foi efetuada em equipa suportada em princípios, valores e normas deontológicas e em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Também compete ao EE demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento nº140/2019, 2019). Para ir ao encontro desta competência, para além da componente técnica de promoção do equilíbrio hemodinâmico e a viabilidade dos órgãos, confrontei-me com as certezas e também inquietações das outras pessoas. Foi nesse

sentido que ofereci suporte emocional à família com estabelecimento de confiança mútua.

Relativamente à prevenção e controlo de infeção, é competência de mestre maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010). É competência do EE em PSC, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018, 2018), bem como, garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019, 2019).

Consultei as normas e procedimentos existentes na unidade sobre a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) preconizados pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da instituição. Adotei as práticas preconizadas nomeadamente a lavagem/fricção antisséptica correta das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS/DGS: antes e após o contacto com o doente, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, antes de procedimentos assépticos e após o contacto com o ambiente envolvente do doente.

Procurei atuar em consonância com as normas da CCI demonstrando conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar e prevenção de infeções associadas ao cateterismo vesical, cateterização intravascular e central, local cirúrgico, colheitas de produtos para microbiologia e à separação de resíduos hospitalares.

Outro fator que considero importante na prevenção da infeção hospitalar, nas unidades é a existência de um “mini-stock” do material mais usado na prestação de cuidados, junto de cada unidade do doente. Evita deslocações repetidas dos profissionais a outros locais e a individualização de todo o material nomeadamente do estetoscópio.

Considero uma prática primordial o ensino feito pelo Enfermeiro às visitas nas unidades, sensibilizando-as para cumprir o uso de barreiras protetoras e para a lavagem/fricção antisséptica correta das mãos.

Outro aspeto que considero importante é o uso de fardamento próprio, na UCI por toda a equipa.

Adotei uma postura dinâmica e ativa, no desenvolvimento das aprendizagens teóricas e práticas. Reconheci as minhas limitações e articulei a pesquisa bibliográfica,

com os conhecimentos, que recolhi no início do percurso com as idas a contexto, com os transmitidos pelos Enfermeiros Especialistas e orientadores.

Procurei sensibilizar os profissionais para a gestão de sintomas, através do diálogo, dando a conhecer a teoria de gestão de sintomas de Marylin Dodd e os resultados da RIL, efetuada como forma de expor os resultados do trabalho realizado. Pude assim, expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio e elaborar projetos de investigação coerentes (ESEL, 2010).

Foi importante o desenvolvimento do jornal de aprendizagem sobre a importância da família na UCI, o exercício reflexivo não se reduz ao relembrar, importa encontrar os significados de determinada situação, para os intervenientes e sustentar o pensamento em enfermagem (Mendes, 2016).

Desta forma, desenvolvi competências de como gerir os cuidados de Enfermagem, a resposta e a articulação na equipa (Regulamento nº140/2019, 2019), assegurando e vigiando a qualidade dos cuidados (Benner, 2001).

Observo, que o processo de construção da minha identidade profissional ao longo deste estágio na UCI, se debruçou sobre a teoria, a ciência, a técnica, ética, a relação com o outro e a reflexão porque parti das minhas conceções para a (re)construção do conhecimento profissional (Rosário et al., 2001).

## **2.2. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no SU**

Para realizar o estágio no SU foi selecionado um SUMC. É o segundo nível de acolhimento nas situações de urgência, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações, que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Comecei por integrar-me na equipa, com resposta muito satisfatória. Aos poucos fui estabelecendo comunicação, demonstrando interesse nas aprendizagens, espírito de equipa e demonstração de confiança. Conheci a estrutura física, o circuito do doente dentro do SU, o sistema informático e consultei protocolos. Os protocolos são importantes, porque são diretivas que autenticam a qualidade e ao mesmo tempo vão ao encontro da noção de individualização dos cuidados, competindo aos Enfermeiros peritos, através do seu julgamento clínico, “contornar as regras” para benefício do doente (Benner, 2001). Neste sentido, destaco os protocolos de

administração de medicação existindo a dupla validação por Enfermeiros, da terapêutica com iões (como sejam o cálcio, o potássio e o magnésio), administração de sangue ou hemo derivados, colheita de sangue, utilizando-se pelo menos duas identificações do doente.

Tive a preocupação de integrar a família nos cuidados, pois considero, que as necessidades da família são frequentemente, de forma involuntária, negligenciadas, pelos Enfermeiros devido a sentimentos de inadequação, falta de capacidade de comunicação, conhecimento, disponibilidade de tempo e pessoal (Fisher et al., 2008)

Junto da família, procurei gerir o medo, a ansiedade, estabelecer suporte emocional, escuta ativa, contribuindo para o bem-estar do doente/família. Quando a pessoa em situação crítica recorre ao hospital, integra um facto importante, na vida da pessoa e da família. Porque se algumas mudanças são desejadas e ocorrem de forma previsível, uma doença aguda ou um acidente, que leve ao internamento constitui-se como uma transição abrupta, de um estado de saúde, para uma condição crítica, exigindo do doente e da sua família mecanismos de adaptação (Mendes, 2018b).

Para além disso, promovi junto do doente/família o conforto, através da satisfação de necessidades de alívio, tranquilidade e tendo em conta os contextos físicos, psico-espirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2003).

A humanização dos cuidados, pressupõe que o Enfermeiro, nos momentos em que executa as suas intervenções, dê atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família, numa comunidade e contribua para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Lei nº156/2015, 2015). Nesse sentido, promovi o alívio da dor através da administração de terapêutica prescrita ou adequando intervenções não farmacológicas como posicionamentos ou a massagem e ensino ao doente sobre gestão da dor. Promovi a privacidade do doente através de cortinas fechadas ou colocação de biombos. E estimei o sono tentando reduzir ruídos, desligando as luzes, regulando a temperatura ambiente.

Passei por áreas distintas como a Sala de Triagem, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Observação, prestando cuidados ao doente/família.

Na Triagem pude reconhecer e relacionar com a minha temática, os sintomas mais comuns naquele SU e compreender a aplicação de fluxogramas do sistema de triagem. Compreendi, que perante o sintoma que o doente apresenta, é efetuada a classificação numa das cinco categorias de cores: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul).

Nos instantes que assisti à triagem, procurei ir de encontro às consequências da ação humana e não a estreita apreciação ética do agir. Consegui, identificar e enumerar os sintomas mais comuns naquele serviço de urgência, em relação à pesquisa efetuada, sendo eles: dor, dispneia, sono, ansiedade, alteração do estado de consciência, sede, medo, sofrimento e culpa.

Nas restantes áreas, realizei intervenções de Enfermagem à pessoa em situação crítica como por exemplo, Síndrome Coronário Agudo, Edema Agudo do Pulmão, Politraumatizado e Hemorragia Digestiva. Procurei mobilizar conhecimentos de monitorização hemodinâmica, suporte avançado de vida, eletrocardiografia e preparação de terapêutica. Consegui antecipar focos de instabilidade e atuar na imprevisibilidade das situações. As ações realizadas trouxeram-me a oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, face a situações complexas perante a pessoa em situação crítica.

Consegui gerir de forma eficaz os cuidados prestados em situações de urgência e emergência, estabelecendo prioridades e despistando possíveis complicações. Nas situações de concretização de protocolos de sedação, antibioterapia, gestão de sintomas, monitorização do doente, continuidade dos cuidados de enfermagem, transmissão de informação sustentada em registos adequados ou manutenção/recuperação das funções vitais, mobilizei competências da função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente; da função de gestão eficaz de situações de evolução rápida; e da função de administração e vigilância de protocolos terapêuticos (Benner, 2001).

Pude observar o papel do Enfermeiro responsável de turno e compreender a sua importância ao nível da liderança, capacidade de organização e gestão do tempo.

Efetuei reflexão sobre as minhas práticas de cuidados e procurei momentos de reflexão junto da equipa. Nesse sentido, foi bastante importante realizar o jornal de

aprendizagem sobre a importância da gestão de sintomas, como forma de prevenção da deterioração do estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Senti necessidade de utilizar a escuta ativa, para implementar o respeito e a confiança mútua ao longo da minha prática de cuidados. Permaneci junto da pessoa em situação crítica com uma postura adequada, contato visual eficaz, tive em atenção o tom de voz e o toque como forma de aproximação e partilha de emoções.

Uma vez que no Serviço de Urgência, os modelos de cuidados de saúde centram-se essencialmente na cura, ao dialogar com os enfermeiros do serviço, constatei que, a maioria considera ser possível promover a gestão de sintomas no serviço de urgência. Após este diagnóstico, senti necessidade de realizar uma formação no âmbito da Gestão de Sintomas para todos os enfermeiros do SU, porque compete ao EE, o desenvolvimento de uma prática clínica baseada em evidência científica. Identifiquei lacunas no conhecimento, contribui para a produção de novo conhecimento e melhoria/desenvolvimento, de uma prática clínica especializada (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao desenvolver uma formação sobre a temática da Gestão de Sintomas, para além de sensibilizar para a temática em questão e de identificar e enumerar os sintomas mais comuns naquele serviço de urgência, realizei orientação para algumas estratégias a utilizar como: alívio sintomático, proporcionar medidas de conforto, simplificar as medidas terapêuticas, proporcionar a presença da família sempre que possível, demonstrar disponibilidade, promover um ambiente com privacidade, comunicar com o doente/família e promover o sono. Acredito ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados, procurando oportunidades de aprendizagem em conjunto. Apoiei a evolução de capacidades, atuando como disseminadora da integração de novos saberes baseados na evidência científica. É competência de mestre, ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Lei nº107/2008, 2008).

Relativamente à área do controlo de infeção, implementei isolamentos, preconizei a higienização das mãos, preveni a infeção urinária associada à algália evitando o uso desnecessário do cateter vesical, porque considero que cabe ao Enfermeiro a promoção do bem-estar dos doentes, respeitando as recomendações de boas práticas. Assim, é essencial, entender os protocolos e normas preconizadas pela

DGS. O EE deve reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, adotar e promover medidas apropriadas, intervindo com uma conduta preventiva e antecipatória e gerindo as práticas de cuidados, que podem comprometer a segurança do doente (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao longo da prestação de cuidados à pessoa/família, utilizei a metodologia do processo de Enfermagem. Realizei a avaliação inicial, identifiquei problemas/necessidades, formulei diagnósticos e efetuei intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes, pautando na resolução do problema, que propusessem a resolução/diminuição do problema. Recorri ainda à avaliação final, para que pudesse manter, reformular ou até terminar os diagnósticos levantados.

Na temática da gestão de sintomas, procurei saber a causa do problema e o impacto na vida da pessoa doente.

Compreendi que a dor é um dos sintomas mais predominantes no SU e a minha intervenção passou inicialmente pela procura de informação sobre este sintoma: localização, tipo de dor, fatores que intensificam ou aliviam. Utilizei escalas numéricas, qualitativas e de faces. Posteriormente, procurei junto doente/família, formas de expressão deste sintoma (gemido, silêncio, choro, etc.). E o impacto na qualidade de vida como o sono, o apetite, mobilidade e trabalho.

A dispneia é outro sintoma e que acarreta o medo e pânico. A primeira atitude terapêutica, que efetuei foi a identificação da sua etiologia, posteriormente as dimensões emocionais, psicossociais e espirituais. Consegui abordar este sintoma não só na sua vertente física, mas também o impacto na vida da pessoa, sendo uma experiência subjetiva.

A sede, faz parte integrante dos sintomas presentes no SU. Por esse motivo, efetuei com frequência cuidados à cavidade oral ou administração de água.

Estabeleci comunicação detetando focos de ansiedade, medo, dúvidas e angústia. Incentivei também a comunicação da família com o próprio doente, administrei a terapêutica prescrita e dentro das possibilidades o favorecimento de um ambiente calmo.

Utilizei assim a competência da função de ajuda e assegurei e vigiei a qualidade dos cuidados (Benner, 2001), para além disso, mobilizei conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019, 2019)

### **2.3. Um caminho de aquisição de competências - Análise reflexiva**

Ao longo da realização dos estágios pude aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir competências na área de especialização à pessoa em situação crítica.

Essas competências surgem pela adaptabilidade e congruência na utilização do conhecimento. Porque, a competência baseia-se na melhoria das noções e teorias pré-concebidas, através do encontro com numerosas situações reais, das quais resultam relevantes aprendizagens pela experiência (Benner, 2001). Torna-se importante pelo facto de não ser submetida, a uma harmonia sucessiva de saberes, mas sim, a uma modificação, em que os conhecimentos incorporam os já obtidos. É relevante na Enfermagem, porque as práticas de cuidar podem ser desenvolvidas através de uma linguagem descritiva que incorpore o tempo, as interações humanas, os ganhos e as perdas na compreensão ao longo do tempo (Benner, 2001).

Durante o período de estágio, desenvolvi várias atividades no âmbito da qualidade dos cuidados, que me possibilitaram um caminho marcado pela aquisição de competências comuns do EE e de mestre. Relativamente à área de especialização na pessoa em situação crítica, os cuidados prestados assumem múltiplas configurações (Benner et al., 2011). Tem relevância a assunção entre os saberes práticos e teóricos, sendo apoiado na teoria, que edifiquei o meu percurso de desenvolvimento de competências.

O grau de mestre implica o conhecimento aprofundado num domínio especializado (Lei nº 63/2016, 2016), promove uma associação perfeita com as competências do EE (Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019). Torna-se fundamental desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico diferenciados, em que as aprendizagens se desenvolvem de um modo essencialmente autónomo (Benner et al., 2011).

Na obediência da responsabilidade profissional o enfermeiro deverá prezar pelo respeito e dignidade da pessoa regulamentados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Lei nº 161/96, 1996) e o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº156/2015, 2015), através do qual se regula a prática profissional

baseada nos princípios éticos e morais. As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade, da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro (Lei nº156/2015, 2015), assim sendo, desenvolvi uma prática responsável, respeitando os direitos humanos e a dignidade da pessoa.

Tendo em conta uma perspectiva holística tive como preocupação aliar a humanização dos cuidados (Lei nº156/2015, 2015) à componente técnica. A título de exemplo, procurei “cuidar das famílias”, comunicando com elas, explicando as situações no momento ou antecipadamente, minimizando os fatores geradores de stress ou de ansiedade. Porque na situação transicional experienciada, face à transição saúde-doença do seu familiar, as necessidades, que a família manifesta e as expectativas que coloca na interação com os profissionais de saúde dependerão substancialmente, do que lhes é proposto e do adquirido em contexto de cuidados (Mendes, 2018a).

É relevante que se unam esforços para que a família permaneça junto do doente, que a transmissão de informações seja clara, com consequente capacitação e envolvimento da família nos diferentes momentos do cuidar (Benner et al., 2011), porque o enfermeiro especialista, é aquele que também cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Compreendi, que a multiplicidade de pessoas que cuidamos nos serviços de saúde carece da satisfação de variadas necessidades, quer sejam de âmbito fisiológico, psíquico, afetivo ou social. Foi nesse sentido, que baseado na minha reflexão e pesquisa no âmbito da Gestão de Sintomas, identifiquei os sintomas mais predominantes, que levam as pessoas a recorrer aos serviços de saúde. Sendo eles, a dor, a dispnéia, sono, ansiedade, alteração do estado de consciência, sede, medo, sofrimento e culpa.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro preconiza-se, que o profissional de Enfermagem cumpra os princípios gerais como a igualdade. Assim, cuidei da pessoa em situação crítica, sem qualquer discriminação, tendo respeito pela sua natureza, física, psicológica, social ou cultural. No fundo, coloquei a pessoa/família no centro dos cuidados e vi-os como parceiros.

Tive a preocupação de proteger a intimidade do doente, sendo que a privacidade da pessoa se ergue no respeito pela confidencialidade e o sigilo. Por isso, dei primazia à decisão da pessoa e que as comunicações ou esclarecimentos sobre o estado de saúde fossem transmitidas pela própria ou por alguém habilitado para esse efeito.

Neste sentido, sinto que atingi competências comuns do EE, tais como: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019, 2019). As competências de mestre: gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (ESEL, 2010). Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Atingi a competência de função de ajuda, porque estabeleci uma relação que permite a cura, assegurei o conforto do doente, a presença e mantive um ambiente terapêutico (Benner, 2001).

A evolução das competências supramencionadas, tiveram como base a evidência científica, a introspeção, reflexão sobre a praxis e a vivência do contexto de cuidados. Tornou-se ainda importante a elaboração dos planos de atividades para cada serviço.

Numa fase primária do estágio, foi relevante reconhecer os projetos existentes. Nesse sentido procurei os direcionados à “gestão de sintomas”. Consegui, encontrar trabalhos no âmbito da dor, mas direcionado a gestão de sintomas com capacitação de doentes e familiares nos processos de gestão da doença, não consegui obter.

Assim, foi fundamental conversar com os enfermeiros e realizar uma apresentação sobre a temática de modo a sensibilizar os profissionais para a integração e implementação de intervenções de enfermagem promotoras da gestão de sintomas na pessoa em situação crítica. Estes momentos ofereceram reflexões conjuntas, envolvendo toda a equipa e podendo ser alvo de uniformização de práticas.

Pus em prática as competências do EE, tais como: a gestão dos cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento nº140/2019, 2019). Nas competência de mestre: refleti sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações, abordei questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010). A capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Relativamente ao domínio da gestão, o Enfermeiro assume um papel preponderante no sentido, em que surge como um “veículo” promotor do planeamento, coordenação e gestão com vista ao melhor desempenho da equipa de Enfermagem. Na observação desse papel, reconheço especial importância à tomada de decisão, trabalho em equipa e liderança. O Enfermeiro adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao longo dos estágios consegui obter conhecimento sobre mim, quer a nível pessoal como profissional, identificando, que a relação terapêutica é influenciada por distintos fatores e fortaleci a competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019, 2019).

Exerci a minha atividade no sentido do cuidar, tendo consciência, que a relação que se estabelece é enriquecedora da humanização dos cuidados, sendo um elemento crucial nas práticas de Enfermagem. A nossa prática desenvolve-se muitas vezes em condições desfavoráveis, onde estão visíveis a imprevisibilidade e a periculosidade. Foi neste sentido, que identifiquei os meios disponíveis, as minhas próprias capacidades, procurando o autoconhecimento e a assertividade.

Desenvolvi a função de diagnóstico, vigilância do doente e de gestão eficaz de situações de evolução rápida. Tendo em conta que a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente (Benner, 2001) o Enfermeiro é o principal elemento na resolução dos sintomas do doente.

Requer capacitação, gestão de prioridades e tomada de decisão para a qualidade dos cuidados e a melhoria do doente. O Enfermeiro deteta mais facilmente os sinais de deterioração da condição de saúde do doente, antes de existirem provas evidentes em termos de alteração dos sinais vitais ou outros elementos mensuráveis (Benner, 2001)

Aprendi, que em situações de atuação imediata, tenho de responder com prontidão e antecipar focos de instabilidade. Utilizei como estratégias a experiência/treino, atualização de conhecimentos, pesquisa de evidência científica, análise, reflexão e esclarecimento de dúvidas, sobre as intervenções que realizei. Considero que foram pontos fulcrais para a minha aprendizagem e evolução.

Utilizei as competências de mestre selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações (ESEL, 2010). Em relação ao EE: dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Relativamente à administração e vigilância de protocolos terapêuticos, na administração de fármacos, tive em conta a sua indicação, contraindicação e efeitos secundários. Para além de medidas farmacológicas utilizei as não farmacológicas, nomeadamente na gestão dos sintomas, como por exemplo, na gestão da dor o posicionamento do doente e massagem.

Utilizei a competência de mestre uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). Demonstrei um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem com consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina (ESEL, 2010). Relativamente à competência de EE: baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao longo deste percurso utilizei uma atitude dinâmica, baseada em conhecimentos teóricos, com reconhecimento das minhas capacidades e limitações, munindo-me da pesquisa científica, das visitas a contexto antes do início do estágio, dos diálogos com os orientadores dos serviços, para fazer face às minhas dificuldades e encontrar as melhores estratégias possíveis.

Foi ainda merecedor de destaque a realização da RIL, assegurando a qualidade dos cuidados (Benner, 2001) e promovendo a aquisição de competências específicas na prestação de cuidados ao doente crítico no âmbito da gestão de sintomas.

Foi importante dar respostas adequadas e em tempo útil, dando primazia ao holismo, realizando intervenções na prevenção e controlo de infeção, atuei com confiança e antecipei possíveis riscos, autenticando a qualidade dos cuidados prestados. E atingindo a competência da maximização na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018, 2018) e a competência de mestre maximizando a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010).

Reconheço que, o Enfermeiro se destaca na equipa, pelo desenvolvimento de atividades e estratégias, que procurem a eficácia na organização e na qualidade dos cuidados, é ele que faz a ponte entre todos os integrantes no cuidado. Por isso, é a peça chave na construção de consensos e objetivos em comum, bem como na construção e adequação das estratégias para que esses objetivos sejam atingidos em conjunto (Silva, Sanches & Carvalho, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade no geral desenvolveu nas últimas décadas convicções e expectativas irreais em relação à assistência hospitalar, estimulada em parte pela demagogia do estado-providência e dos políticos. Apregoam as maravilhas de um sistema, que não frequentam e como tal não conhecem, bem como pela glorificação das vitórias da técnica e dos avanços da medicina pelos media, que se esquecem sempre de abordar os aspetos mais controversos ou negativos desses feitos (Ponce, 2002).

As variáveis do sistema de saúde podem dificultar o uso do tratamento, mais eficaz para a gestão dos sintomas. O resultado de morbilidade tem de ser considerado, mesmo em populações saudáveis. Os sintomas podem afetar o estado funcional ou emocional, a capacidade de autocuidado, utilização dos cuidados de saúde, status financeiro ou qualidade de vida. É importante a manutenção do estado funcional dos doentes a um nível de independência (Larson, Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett, Gortner, et al., 1994).

Assim sendo, quais as implicações da compreensão do sintoma na prática clínica?

Torna-se fundamental pensar qual é a noção do sujeito que temos, como se relaciona consigo e com os outros. É esta conceção que norteia e fundamenta a prática clínica do Enfermeiro. Assim propõe-se, ao invés da limitação, a abrangência; no lugar do modelo reducionista, a complexidade, com o conhecimento de que o saber sobre o sujeito não está ao alcance de todos e não estará ao alcance de ninguém; a não ser pela reintrodução de um questionamento sobre o sujeito, a sua história de vida e os seus significados. Pensar num modelo de saúde que se desloque da forma intervencionista, tem como objetivo principal curar, cujo objetivo primordial é o cuidar. (Fernandes, Miranda, Coelho & Almeida, 2017).

Este relatório demonstrou o meu percurso realizado ao longo do estágio. Para além disso, promoveu a demonstração dos objetivos e as competências alcançadas a nível do mestrado, comuns do EE e de Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização da PSC.

Contribuiu para adquirir e aprofundar conhecimentos na área do doente crítico, competências de intervenção especializada à pessoa em situação crítica (médio e alto

risco), com consciência de que é necessário um desenvolvimento contínuo. Ao longo do mesmo surgiram algumas dificuldades que foram ultrapassadas com empenho, motivação e com o apoio dos Enfermeiros orientadores e docente orientadora.

Considero que atingi os objetivos e competências delineados no projeto. Procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Efetuando uma retrospectiva, do caminho percorrido, cresci a nível pessoal e como profissional. No atendimento ao doente crítico tive plena consciência de que ainda existe um longo caminho a percorrer para alcançar o aperfeiçoamento. Considero o estágio realizado fundamental na minha formação profissional e essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem, na Pessoa em Situação Crítica.

Desenvolvi competência na prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. A prestação de cuidados foi acrescentada pela tomada de decisão fundamentada em conhecimentos científicos, o respeito pelas crenças e valores. Na área de gestão adquiri competências ao nível da liderança, gestão de recursos e de cuidados. A nível da formação e investigação desenvolvi os conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas, atividades de reflexão e de pesquisa científica.

A reflexão foi promotora da organização do pensamento, porque permitiu-me a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo deste percurso, tanto a nível académico como profissional.

Aponta-se como limitação, o facto não existirem muitos estudos na área da gestão de sintomas e para maior desenvolvimento do projeto planeado.

Futuramente, pretendo, rumar no sentido de aprofundar e adquirir conhecimentos, com as competências desenvolvidas. As competências na equipa, contribuir para a edificação da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao doente crítico, apostando na prevenção de complicações, promoção da saúde e readaptação funcional da pessoa doente.

Posso não ter o poder de anular as doenças, mas tenho a motivação suficiente para direcionar o meu comportamento e atitude no sentido de valorizar o ser humano e proporcionar a melhor gestão de sintomas no período em que a pessoa se encontre hospitalizada tornando-o menos doloroso (Silva et al., 2007).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). A Efetividade Dos Cuidados De Enfermagem : Modelos De Análise. *Revista Investigação Em Enfermagem*, (Fevereiro), 96–105.
- Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., Buscher, A., & Backes, D. S. (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*, 16(4), 689–696. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400007>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição com). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. (S. P. Company, Ed.) (2ª). New York.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical Judgment: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, 87(1), 23–31. <https://doi.org/10.2307/3470396>.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. (S. P. Company, Ed.) (2ª). New York.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring-Stress and coping in the Health and Illness. In A.-W. P. Company (Ed.) (pp. 195–222). California.
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, (December), 563–567.
- Brykczynski, K. A. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (Elsevier, Ed.) (8ª). Missouri.
- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *British Association of Critical Care Nurses*, 13(6), 288–297.
- Cajanding, R. (2017). Causes, assessment and management of fatigue in critically ill patients. *British Journal of Nursing*, (November), 1176–1182.
- Campbell, G., & Happ, M. (2010). Symptom Identification in the Chronically Critically Ill. *AACN Advanced Critical Care*, 21(1), 64–79.
- Campbell, M. (2015). Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 110–120. <https://doi.org/10.1097/NCI.0000000000000077>

- Decreto-Lei n.º 74/2006. Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março do MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR (2006).
- Despacho n.º 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11 (2014). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Dick-smith, F. (2016). ' Sorry , were you sleeping ? Nurses ' role in the promotion of sleep for critically ill patients critically ill patients. *Contemporary Nurse*, 0(0), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1261632>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*.
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Steven, P. (2001). Symptom Clusters and Their Effect on the Functional Status of Patients With Cancer. *Oncology Nursing Society Online*, 28(3).
- Doran, D. (2011). Nursing Outcomes The state of the Science. In Jones&Bartlett Learning (Ed.) (Second, pp. 131–138). United States of America: Kevin Sullivan.
- ESEL. (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC*.
- Fernandes, A., Dias, C., Costa, P., & Barbosa, S. (2009). Revista portuguesa de medicina intensiva. *Revista Oficial Da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 16, 7. Retrieved from [https://spci.pt/files/2016/03/RPMI\\_V\\_16\\_03.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_16_03.pdf)
- Fernandes, P., Miranda, K., Coelho, M., & Almeida, A. (2017). O sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em unidades de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro*, 1–6.
- Fernandes, S. C. (2014). Às nove no meu blog. Retrieved March 16, 2020, from <http://asnovenomeublogue.clix.pt/2014/11/60-dias.html>
- Fernandes, S. C. (2015). Às nove no meu blog. Retrieved March 16, 2020, from <http://www.asnovenomeublog.com/>
- Firmino, F. (2009). *Manual de cuidados paliativos*. (Diagraphic, Ed.) (1ª Edição). Rio de Janeiro.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital

setting. *Journal of Advanced Nursing*, 615–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>

Gosselin, E., Lavoie, S., Gelinas, C., & Bourgault, P. (2015). Intervention for patients intubated and conscious to decrease peritraumatic distress (IPIC-PTD)—Preliminary results. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 32–43.

Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., & Koul, R. (2019). Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA Gesondheid*, 1–9.

Henriques, E. (2019). *Efetividade de um Programa de Intervenção de Enfermagem na gestão de sintomas e na adesão à terapêutica antirretrovírica na pessoa com Infecção VIH/Sida*. Universidade de Lisboa com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39780/1/ulsd733600\\_td\\_Eunice\\_Henriques.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39780/1/ulsd733600_td_Eunice_Henriques.pdf)

Hickin, S. L., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 28(2), 19–23.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York. Retrieved from [http://books.google.com/books?id=nduGie\\_ouQkC&printsec=frontcover&hl=pt-%0APT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&hl=pt-%0APT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Larson, P., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M., Douglas, M., Faucett, J., Froeliche, E., ... Underwood, P. (1994). A Model for Symptom Management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272–276.

Larson, P., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Gortner, S., ... Underwood, P. R. (1994). A Model for Symptom Management. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x>

Larson, P. J., Uchinuno, A., & Izumi, S. (1999). An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*, 203–210.

Lei nº 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Retrieved

from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>

Lei n.º 63/2016. Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República, 1.ª série (N.º 176) (2016). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Lei n.º107/2008. Diário da República n.º 121/2008, Série I de 2008-06-25- Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

Lei n.º156/2015. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário Da República*, 1ª. série(181), 8059–8105. <https://doi.org/10.1177/1745691611432124>

Maria, S., Arminda, C., & Nilza, C. (2011). Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a ( s ) competência ( s ). *Revista de Enfermagem Referência*, 15–23.

Martins, M. C. S. F. C. (2010). *Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702\\_Tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702_Tese.pdf)

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. (S. P. Company, Ed.). New York.

Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Mendes, A. (2018a). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigación Cualitativa En Salud*. Retrieved from <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>

Mendes, A. (2018b). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família : estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(1), 182–189. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Retrieved from [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-63)

- Pasero, C. (2003). Pain in the Critically Ill Patient. *Journal of Anesthesia Nursing*, 18, 422–425.
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos . O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*, XXXVIII(166), 139–153. Retrieved from <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218738074K1eRN3tw6Ar03NU4.pdf>
- Puntillo, Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying\*. *Crit Care Med*, 38(11), 2155–2160. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>
- Puntillo, Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., ... Campbell, M. (2014). Palliative care in the ICU : relief of pain , dyspnea , and thirst — A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Med*, 235–248. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>
- Puntillo, Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients ' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, (December), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>
- Ramos, A., Fonseca, C., Coelho, I., Guia, S., & Santos, V. (2016). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa em situação oncológica: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 5(2015), 10–28.
- Randen, I., Lerdal, A., & Bjork, I. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care -British Association of Critical Care Nurses*, 18, 176–186. <https://doi.org/10.1111/ncc12012>
- Raul. (2017). ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO.
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro De Cuidados Gerais.
- Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa

em Situação Crítica, Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 (2018). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019-Diário da República; 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. (2019). Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rocha, S., Dias, C. S., & Paiva, J. A. (2009). Revista portuguesa de medicina intensiva. *Revista Oficial Da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 16, 15–21. Retrieved from [https://spci.pt/files/2016/03/RPMI\\_V\\_16\\_03.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_16_03.pdf)

Rosário, R., Araújo, O., Oliveira, C., Machado, M., Braga, F., & Martins, C. (2001). A Voz dos Estudantes sobre as Competências dos Enfermeiros. *Actas Do Congresso Ibérico*, 251–258.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–38.

Sidani, S. (2001). Symptom Mangement. In *Symposium – Nursing Health Outcomes Project*. Toronto.

Silva, G. F. da, Sanches, P. G., & Carvalho, M. D. de B. (2007). Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade. *REME – Rev. Min. Enf.*, 11(1), 94–98.

Smith, M., & Liehr, P. (2014). *Middle Range Theory for Nursing*. (Springer Publishing Company, Ed.) (3ª Edição). New York.

Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *CriticalCareNurse*, 37(6), 1–10.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal Of*.

The Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. (M. Z. Aromataris E, Ed.). Retrieved from <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>

Wade, D. M., Mouncey, P. R., Richards-belle, A., Wulff, J., Harrison, D. A., Sadique, M. Z., ... Trial, P. (2019). Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients A Randomized Clinical Trial. *American Medical Association*, 1–12. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0073>

Warlan, H., & Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. *CriticalCareNurse*, 35(3), 44–55.

## **APÊNDICES**

**Apêndice I - Cronograma do 3º semestre**

3º Semestre																							
Anos	2019													2020									
Meses	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				
Dias		23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	16	21	Férias Natal	6	13	20	27	3	10	17	24
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	20		10		17	24	31	7	14	21	28	
Semanas		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º		15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º
Início das aulas																							
Estágio UCI																							
Estágio SU																							
Elaboração e entrega do Relatório																							

## **Apêndice II - Objetivos de estágio UCI**

	<b>Atividades</b>
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Unidade de Cuidados Intensivos</b>
Demonstrar aquisição de competências relacionais e comunicacionais com o doente/família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizar capacidades de comunicação com o doente/família;</li> <li>- Avaliar saberes, atitudes e dúvidas da família da pessoa em situação crítica;</li> <li>- Realizar ensinamentos sempre que possível, sobre o controlo de sintomas;</li> <li>- Colaborar na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, família ou cuidador informal;</li> <li>- Iniciar ou dar continuidade à preparação para a alta, contemplando o ensino sobre o controle dos fatores de risco e a prevenção da recorrência de situações.</li> </ul>
Demonstrar competências éticas e legais no cuidado à pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmar a informação acerca do historial da pessoa doente com a própria (quando possível) e/ou com a sua família;</li> <li>- Respeitar a confidencialidade do processo clínico de cada doente e família;</li> <li>- Respeitar a privacidade do doente/família;</li> <li>- Validar e avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem junto do doente (quando possível) e/ou da família;</li> <li>- Debater em equipa, casos clínicos com vista à aprendizagem e melhoria da prática de cuidados de enfermagem;</li> <li>- Ampliar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, esclarecimento e partilha com os elementos da equipa multidisciplinar.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprir as normas da CCI hospitalar na abordagem ao doente crítico;</li> <li>- Atender aos princípios de assepsia no tratamento do doente crítico fundamentando as decisões, com base na evidência científica consultada;</li> </ul>

Promover os princípios de prevenção e controlo de infeção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fundamentar as decisões com base na evidência científica;</li><li>- Participar ativamente no processo de cuidar, contribuindo com diagnósticos, intervenções, registos e avaliação dos cuidados;</li><li>- Respeitar e mostrar boas práticas ao nível prevenção e controlo de infeção;</li><li>- Sensibilizar a família para a adoção de medidas de controlo de infeção no cuidado ao doente.</li></ul>
---	---

### **Apêndice III - Objetivos de estágio SU**

	<b>Atividades</b>
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Serviço de Urgência</b>
Demonstrar competências relacionais e comunicacionais com o doente/família;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizar capacidades de comunicação com o doente/família;</li> <li>- Avaliar saberes, atitudes e dúvidas da família da pessoa em situação crítica;</li> <li>- Realizar ensinamentos sempre que possível, sobre o controlo de sintomas;</li> <li>- Adquirir estratégias de comunicação mais efetiva em emergências.</li> </ul>
Demonstrar competências éticas e legais no cuidado à pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmar a informação acerca do historial da pessoa doente com a própria (quando possível) e/ou com a sua família;</li> <li>- Respeitar a confidencialidade do processo clínico de cada doente e família;</li> <li>- Respeitar a privacidade do doente/família;</li> <li>- Validar e avaliar os efeitos das intervenções de Enfermagem junto do doente (quando possível) e/ou da família;</li> <li>- Debater em equipa, casos clínicos com vista à aprendizagem e melhoria da prática de cuidados de Enfermagem;</li> <li>- Ampliar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, esclarecimento e partilha com os elementos da equipa multidisciplinar.</li> </ul>
Promover os princípios de prevenção e controlo de infeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar práticas correntes relativas à prevenção e controlo de infeção;</li> <li>- Consultar protocolos vigentes relativamente ao controlo e prevenção da infeção;</li> <li>- Prestar cuidados globais e especializados à pessoa em situação crítica, particularmente com base nos pressupostos da prevenção e controlo de infeção, face à complexidade da situação e à celeridade das intervenções exigidas;</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Compreender a integração ou não de uma equipa de controlo e prevenção de infeção a nível hospitalar;</li><li>- Respeitar e mostrar boas práticas ao nível prevenção e controlo de infeção;</li><li>- Sensibilizar família para a adoção de medidas de controlo de infeção no cuidado ao doente.</li></ul> |
|--|---|

**Apêndice IV - Plano de sessão de formação realizada no SU**

**PLANO DE SESSÃO**

<b>Tema:</b> Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica <b>Público-Alvo:</b> Enfermeiros do Serviço de Urgência <b>Local:</b> -----	<b>Formador:</b> Ana Fonseca <b>Sessão nº:</b> 1 <b>Duração:</b> 10 minutos
---	---

<b>Objetivo Geral:</b> Sensibilizar os Enfermeiros para a temática da Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica						
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Materiais e Equipamentos</b>	<b>Tempo previsto</b>	<b>Avaliação da Aprendizagem</b>
- Refletir acerca dos conhecimentos sobre o tema em análise	<b>Introdução</b>	- Criação de empatia formador-grupo - A relevância dos sintomas - Diferença entre Sinais e Sintomas	- Método expositivo – exposição dialogada - Método interrogativo-colocação de questões	- Computador e videoprojector	2min	- Avaliação diagnóstica-formulação de perguntas orais
- Identificar a origem da Gestão de Sintomas - Reconhecer a importância da gestão de sintomas no SU	<b>Desenvolvimento</b>	- Teoria da gestão de sintomas Dodd et al.(2001) - Abordagem integrada à gestão de sintomas - Sintoma mais comuns no SU - Estratégias a utilizar	- Método expositivo – exposição dialogada - Método interrogativo-colocação de questões	- Computador e videoprojector	5 min	- Avaliação Formativa-Observação

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetizar os principais aspetos abordados no decorrer da sessão</li> <li>- Compreender o papel do Enfermeiro na temática abordada</li> <li>- Refletir sobre os conhecimentos adquiridos na sessão</li> </ul>	<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel do Enfermeiro da Gestão de sintomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diálogo e discussão em grupo</li> <li>- Método ativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador e videoprojector</li> </ul>	3 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação Formativa – Formulação de questões orais</li> </ul>
--	------------------	---	--	---	-------	--

## **Apêndice V - Apresentação da formação elaborada no SU**

9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

# GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

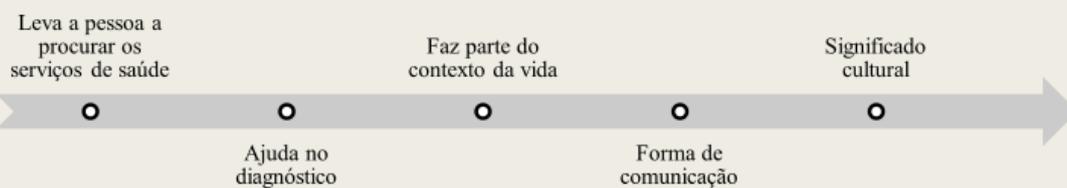
Ana Isabel Fonseca

Docente Orientadora:

Professora Doutora Eunice Martins Henriques

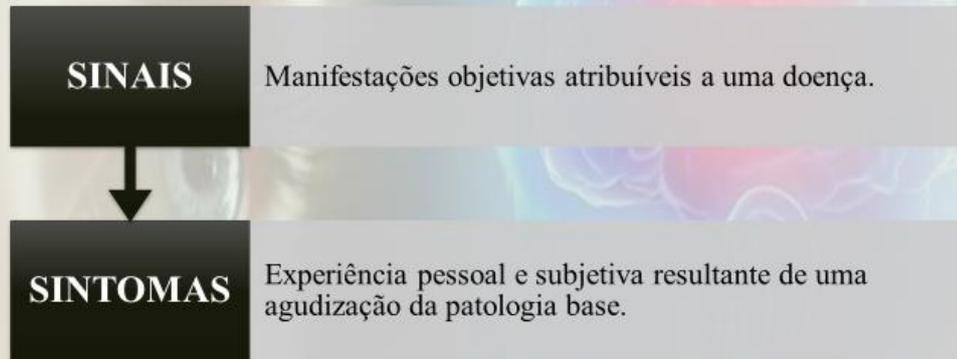
Fevereiro 2020

## A RELEVÂNCIA DOS SINTOMAS



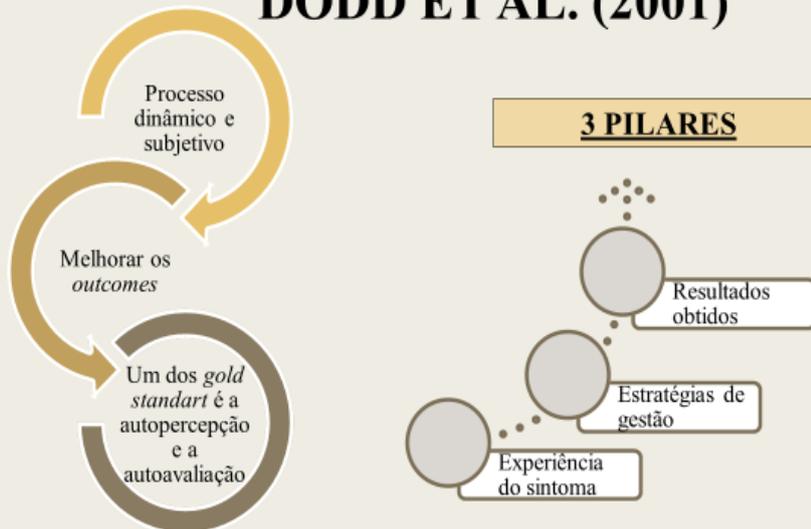
(Benner & Wrubel, 1989)

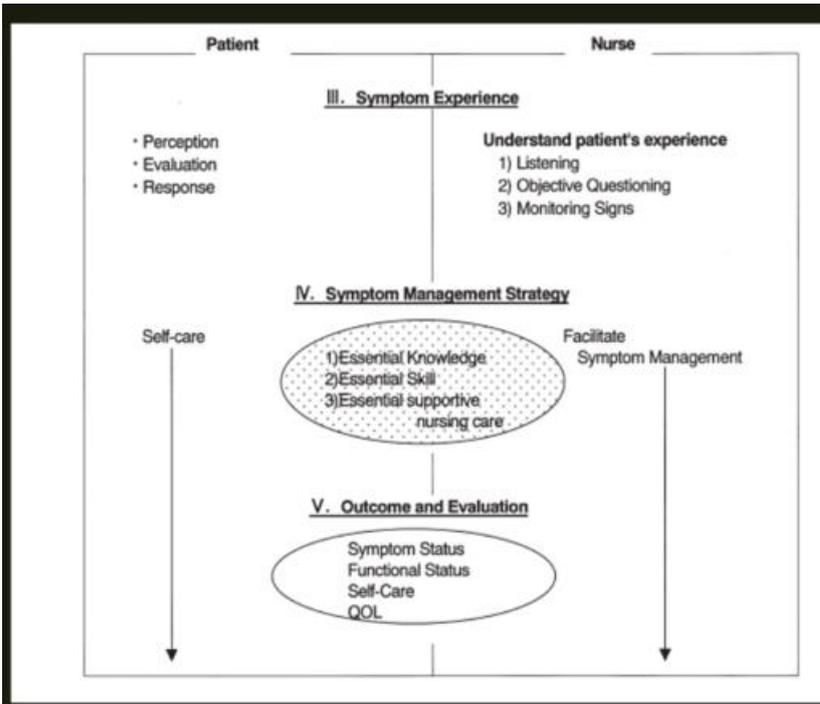
# DIFERENÇA ENTRE SINAIS E SINTOMAS



Dodd et al. (2001), Larson et al., 1999).

# TEORIA DA GESTÃO DE SINTOMAS DODD ET AL. (2001)

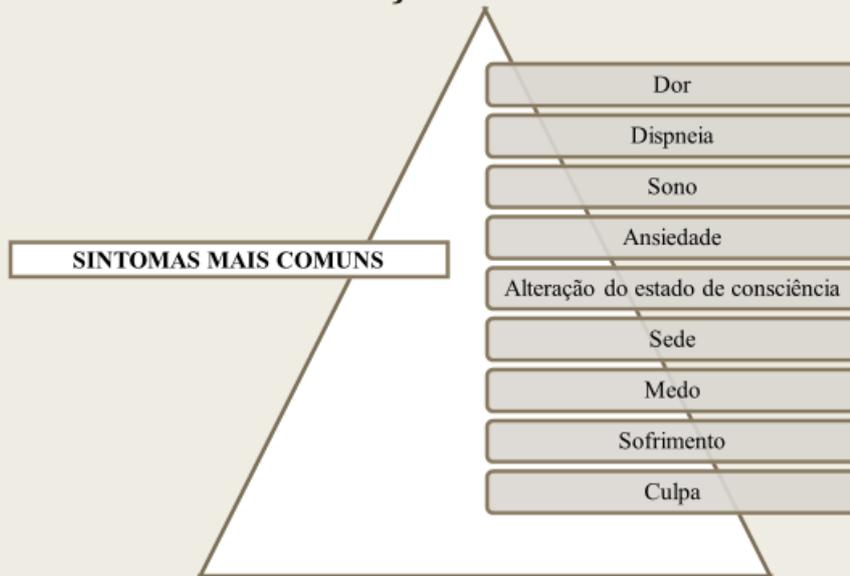




# ABORDAGEM INTEGRADA À GESTÃO DE SINTOMAS

(Larson et al., 1999)

## SERVIÇO DE URGÊNCIA



# ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Alívio sintomático
- Proporcionar medidas de conforto
- Simplificar as medidas terapêuticas
- ✓ Presença da família sempre que possível
- Disponibilidade
- Promover um ambiente com privacidade
- Comunicar
- Promover o sono



(K. A. Puntillo et al., 2008) ,(K. A. Puntillo et al., 2010), (K. Puntillo et al., 2014) , (Cade, C. H. 2008), (Campbell, M. 2015), (Cajanding, R. (2017) ,(Dick-smith, F. (2016).

# PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE SINTOMAS



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição com). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring-Stress and coping in the Health and Illness. In A.-W. P. Company (Ed.) (pp. 195–222). California.
- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *British Association of Critical Care Nurses*, 13(6), 288–297.
- Cajanding, R. (2017). Causes, assessment and management of fatigue in critically ill patients. *British Journal of Nursing*, (November), 1176–1182.
- Campbell, M. (2015). Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 110–120. <https://doi.org/10.1097/NCL.0000000000000077>
- Dick-smith, F. (2016). ‘ Sorry , were you sleeping ? Nurses ’ role in the promotion of sleep for critically ill patients critically ill patients. *Contemporary Nurse*, 0(0), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1261632>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 1–9.
- Larson, P. J., Carrieri, V. K., Dodd, M., Douglas, M., Faucet, J., Froelicher, E. S., ... R., P. (1994). A Model for Symptom Management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272–276.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying\*. *Crit Care Med*, 38(11), 2155–2160. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>
- Puntillo, K. A., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients ’ symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, (December), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>
- Puntillo, K., Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., ... Campbell, M. (2014). Palliative care in the ICU : relief of pain , dyspnea , and thirst — A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Med*, 235–248. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>

## **Apêndice VI - Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**

# Intervenções de Enfermagem Promotoras da Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica: Revisão Integrativa da Literatura

Ana Isabel Fonseca<sup>1</sup>| Eunice Henriques<sup>2</sup>

## RESUMO

**Contexto:** A gestão de sintomas possibilita o conhecimento dos mesmos, vivenciados pela pessoa. Permite ao Enfermeiro aperceber-se do propósito e significado pessoal no processo de doença, atividades e restrições, provocadas pela existência de um, ou mais sintomas. A gestão de sintomas, é um dos indicadores sensíveis ao cuidado de Enfermagem, logo, um ganho como intervenção de Enfermagem individualizada.

**Objetivo:** Identificar e analisar a evidência científica disponível, relativa às intervenções de Enfermagem, promotoras da gestão de sintomas da pessoa adulta em situação crítica.

**Metodologia:** A pesquisa foi realizada em março de 2020, recorrendo à base de dados de pesquisa EBSCO, com acesso à CINAHL<sup>3</sup> *Complete* e MEDLINE<sup>4</sup> *Complete*. Procurou-se incluir a pesquisa de artigos publicados e literatura cinzenta que fizessem referência às intervenções de Enfermagem, promotoras da gestão de sintomas em pessoas em situação crítica adultas, no período de janeiro de 2003 a março de 2020.

**Resultados:** Após a leitura dos resumos e dos artigos, obtiveram-se 15 que correspondem aos critérios de inclusão estabelecidos.

**Conclusão:** A pessoa em situação crítica vivencia uma vasta gama de sintomas. As avaliações e as práticas de tratamento fornecem informações ricas, sobre a abordagem e métodos utilizados, para tirar conclusões sobre a experiência de sintomas da pessoa doente. A gestão de sintomas assume especial relevância, na diminuição do sofrimento da pessoa doente. Deve ser adaptada nos cuidados à pessoa doente e pautada por medidas farmacológicas e não farmacológicas.

**Palavras-chave:** Critically Ill Patient; Nursing Interventions; Symptoms Management

---

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ana6@campus.esel.pt)

<sup>2</sup> Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Orientadora do Projeto de Estágio (eunice.henriques@esel.pt)

<sup>3</sup> *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

<sup>4</sup> *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

## INTRODUÇÃO

A condição de saúde crítica define e orienta as intervenções de Enfermagem. É necessária agilidade e prontidão. Os Enfermeiros de todas as áreas e não somente de cuidados críticos encontram, diagnosticam e gerem cuidados a doentes instáveis (Benner et al., 2011).

Em todas as situações decorrentes da prática de Enfermagem é possível verificar a importância do controlo adequado dos sintomas, para a prestação de cuidados de excelência. Neste sentido, as intervenções de Enfermagem devem estar assentes na avaliação sistemática dos sinais e sintomas e nas intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas (Firmino, 2009).

Pelos aspetos referidos considera-se, que esta é uma área de grande interesse, sendo importante a investigação para que se possam otimizar as intervenções.

Assim, tendo como finalidade contribuir para a gestão de sintomas na pessoa em situação crítica, a presente revisão integrativa da literatura, tem o objetivo de identificar e analisar a evidência científica, disponível relativa às intervenções de Enfermagem promotoras da gestão de sintomas, da pessoa adulta em situação crítica.

Para dar resposta ao objetivo foi construída a questão de investigação: *“Quais as intervenções de Enfermagem, promotoras da gestão de sintomas na pessoa em situação crítica?”*

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os sintomas desempenham um papel importante na experiência de saúde. Denunciam uma mudança fisiológica, física ou psicológica, que é indicativa de uma alteração aguda na saúde ou uma exacerbação de uma condição crónica (Doran, 2011).

A gestão de sintomas implica uma avaliação abrangente e precisa da experiência dos sintomas da pessoa. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências, deve caminhar no sentido da perícia da gestão de sintomas, da Pessoa em Situação Crítica.

As intervenções de Enfermagem devem basear-se na experiência da doença da pessoa, avaliando-se o passado e o presente. Os sintomas devem ser valorizados, o corpo é compreendido como uma intencionalidade, inerente às respostas corporais a situações com significado, uma forma de estar a pessoa no mundo (Benner & Wrubel, 1989).

Os Enfermeiros, muitas vezes, não estão aptos para diferenciar sinais de sintomas, ocorrendo a sua desvalorização. As avaliações geralmente não podem ser objetivadas, requerem julgamento clínico para a interpretação.

É certo, que os Enfermeiros são frequentemente confrontados com a incapacidade de extrair informações subjetivas de sintomas, a partir da pessoa que não comunica verbalmente. O uso de recursos visuais, como listas de verificação de sintomas podem melhorar a avaliação. A estratégia passa por incluir o desenvolvimento e a validação de uma base numérica, uma ferramenta de avaliação que aborda uma gama mais ampla de sintomas além da dor (Puntillo et al., 2008).

Perante este cenário, são necessárias equipas de profissionais de saúde, com formação e competências específicas, não só para o tratamento da doença, mas também, na abordagem ao controlo sintomático, suporte psicológico e técnicas adequadas de comunicação com o doente e família.

É relevante orientar a análise das contribuições de Enfermagem para os cuidados de saúde, onde os domínios autónomos, dependentes e interdependentes das intervenções de Enfermagem são estudadas, como um elo entre as estruturas

organizacionais e as características do doente, os resultados obtidos e o trabalho em equipa (Amaral, 2010).

Mesmo em ambientes caracterizados essencialmente pela visão técnico-científica, onde se prestam cuidados à pessoa em risco de vida, com vista à recuperação da saúde (Backes, Erdmann, Buscher & Backes, 2012). É importante que os Enfermeiros detenham preparação, sensibilidade e predisposição para o cuidado próximo (Raul, 2017).

Uma pesquisa preliminar sobre revisões existentes revelou, que atualmente não existem revisões integrativas da literatura sobre o tema. Desta forma, pretende-se examinar e mapear a pesquisa publicada sobre as intervenções de Enfermagem, promotoras de gestão de sintomas na pessoa em situação crítica; em contexto de SU e UCI, para estabelecer a sua atual extensão, alcance, natureza, identificar a sua viabilidade, resultados e lacunas na evidência que define prioridades de pesquisa neste campo.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO INTEGRATIVA

Esta revisão integrativa da literatura foi elaborada tendo em consideração, as orientações preconizadas por (The Joanna Briggs Institute, 2017). A questão de investigação, que orientou a pesquisa foi elaborada no formato PICO: *Quais as intervenções de Enfermagem promotoras da gestão de sintomas, na pessoa em situação crítica?* podendo ser analisada no **Quadro 1**.

### Quadro 1. Pergunta PICO

			Palavras-Chave
P - Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em Situação Crítica	Critically Ill Patients
I - Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem	Nursing Interventions
C - Comparação	Pode haver ou não	Não aplicável	Não aplicável
O - <i>Outcome</i>	Resultado esperado	Promoção da Gestão de Sintomas	Symptoms Management Symptoms Experience

### Critérios de inclusão e exclusão dos estudos e procedimentos de pesquisa

Definiram-se os critérios de inclusão e exclusão de acordo com o tipo de estudo, participantes, intervenção (variável independente), resultados a obter e data de publicação. Não foi utilizado como critério de exclusão a língua do artigo, sendo necessária eventual tradução para português.

A revisão tem em conta todos os estudos, que incluam adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) em situação crítica, admitidos no SU e UCI. Considera todos os estudos encontrados onde seja feita referência à gestão de sintomas, bem como as intervenções de Enfermagem promotoras de gestão de sintomas, com a data de publicação entre 2003 a 2019.

A pesquisa foi realizada em março de 2020 e teve como aplicação, encontrar publicações nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Ponderou-se ainda a pesquisa não indexada/publicada, disponível em bibliotecas e literatura cinzenta.

Para o reconhecimento da amostra delinear-se os critérios de inclusão e exclusão, apresentados no quadro 2. A amostra foi selecionada procedendo-se à leitura do título, do resumo e sempre que se considerou importante, do texto integral.

## Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	PSC adulto (maior de 18 anos)	PSC criança ou jovem (menor de 18 anos)
Intervenção	Serão apreciadas na revisão as intervenções de Enfermagem promotoras da gestão de sintomas na pessoa em situação crítica. Nos estudos clínicos randomizados controlados e nos quase-experimentais as intervenções devem encontrar-se sob a forma de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção, com a descrição das atividades e temáticas desenvolvidas;</li> <li>• Número e tempo das sessões;</li> <li>• Profissional encarregado de</li> </ul>	Estudos em que não se evidenciem as intervenções de Enfermagem promotoras da gestão de sintomas

	efetuar a intervenção	
Comparação	Não aplicável	Não aplicável
<i>Outcome</i>	Gestão de sintomas na PSC	Artigos que não mostram evidência da gestão de sintomas na PSC
Tipo de estudos	A revisão integrativa da literatura incluirá estudos clínicos randomizados controlados, estudos quase-experimentais, revisões sistemáticas da literatura e meta-análises. Foram incluídos estudos publicados entre 2003 e 2019, em português, inglês, espanhol e/ou francês	Todos as pesquisas que não mostrem metodologia científica ou resultados sobre a temática da gestão de sintomas na PSC

Relativamente à pesquisa, foram inseridos os termos de pesquisa, em linguagem natural para a reconhecimento dos descritores próprios de cada uma das bases de dados. Os descritores específicos de cada base de dados encontrados na pesquisa natural anterior, foram incluídos como Major Heading (MH). As palavras-chave e os descritores são apresentados no **Quadro 3**.

### Quadro 3. Linguagem Natural e Descritores Indexados

			Palavras em linguagem natural	Descritores DeCS
Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em Situação Crítica	Critically Ill Patients	Critically ill patient
Intervenção	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem	Nursing Interventions	Nursing Interventions OR Nursing Guidelines OR Nursing role Or Critical care nursing
Comparação	Pode existir ou não	Não aplicável	Não aplicável	
<i>Outcome</i>	Resultado esperado	Promoção da Gestão de Sintomas	Symptoms Management	Symptoms Management OR Symptoms OR Symptoms assessment OR Signs and symptoms

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, por apresentarem melhores resultados para a temática em estudo. Após terem sido identificadas as bases de dados, as palavras-chave e seus sinónimos, apresentados no **Quadro 4**, foram conjugados com recurso a operadores booleanos **AND** e **OR**.

#### Quadro 4. Conjugação de Palavras

Palavras-Chave: Critically Ill Patient; Nursing Interventions; Symptoms Management	
Pesquisa 1 CINAHL <i>Complete</i>	(MH "Critically Ill Patients") OR critical patients OR critically ill patients OR intensive care patients AND (MH "Nursing Interventions") OR Nursing Guidelines OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Critical Care Nursing") OR nursing AND Symptoms Management OR (MH "Symptoms") OR Symptoms assessment OR (MH "Signs and Symptoms")
Pesquisa 2 MEDLINE <i>Complete</i>	Critically ill patient OR critical patients OR intensive care patients AND Nursing Interventions OR Nursing Guidelines OR (MH "Nurse's Role") OR Nursing role OR (MH "Critical Care Nursing") AND Symptoms Management OR Symptoms OR (MH "Symptom Assessment") OR (MH "Signs and Symptoms")

A pesquisa dos artigos foi documentada no **Fluxograma 1** esquema Prisma flow<sup>5</sup>. Destas combinações, resultaram um total de 816 artigos (**Tabela 1 e 2** - Apêndice I), que após terem sido aplicados os critérios de inclusão e exclusão, conseguiram-se um total de 8 artigos. De outras pesquisas efetuadas de trabalhos não indexados/publicados disponíveis em bibliotecas, literatura cinzenta ou outros artigos relacionados com o tema, aplicaram-se os mesmos critérios e conseguiram-se 7 artigos que foram utilizados para esta revisão.

## RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

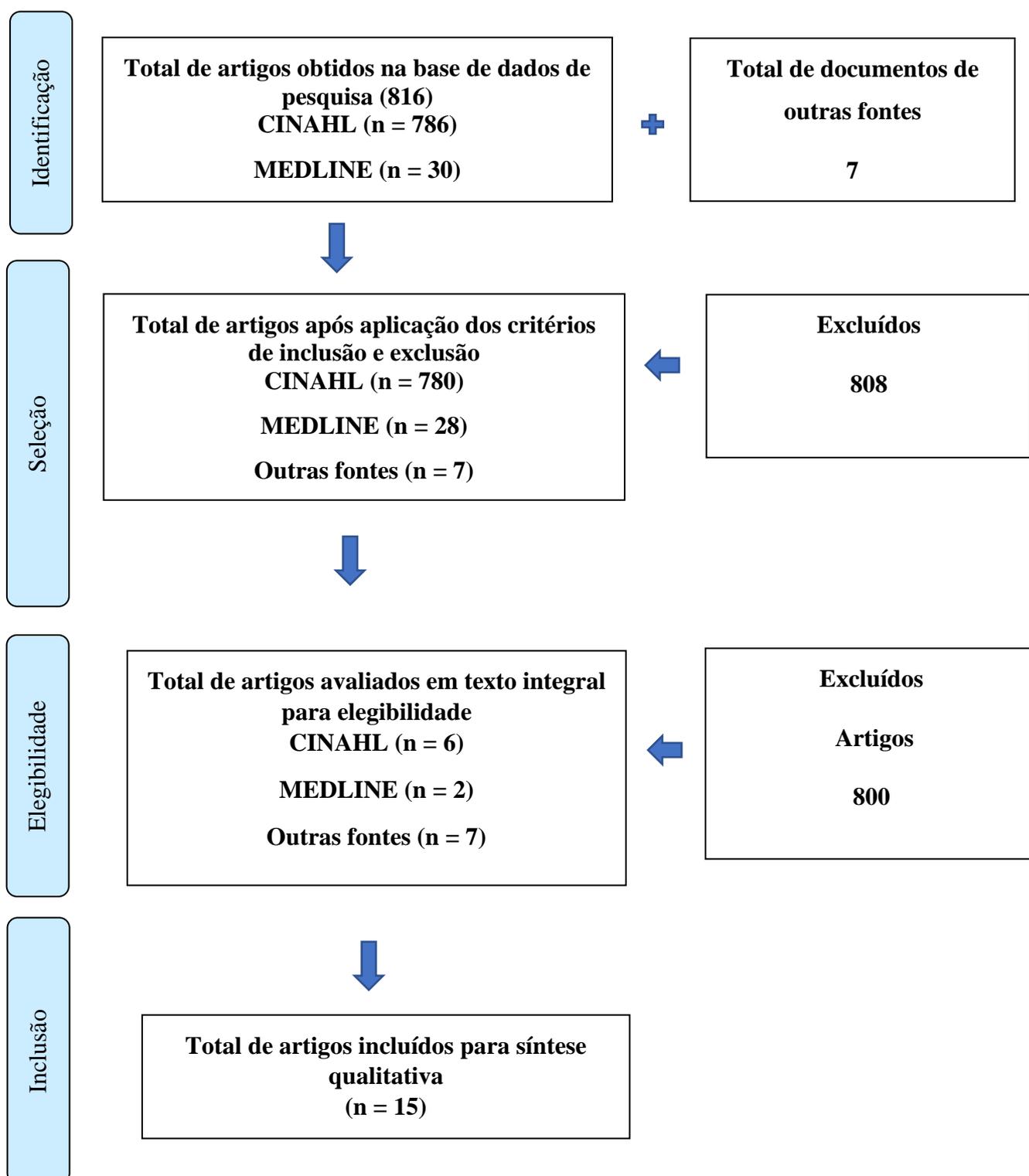
Realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, tendo por objetivo rejeitar os que não correspondiam aos critérios de inclusão. Seguiu-se um segundo processo

<sup>5</sup> Prisma is na evidence – based minimum set of items for reporting in systematic reviews and meta-analyses. In <http://www.prisma-statement.org/>

de seleção dos documentos, através da leitura integral dos mesmos (esquemático na **Figura 1**- esquema *Prisma flow*), tendo-se obtido uma amostra de 15 artigos.

Os resultados e a caracterização dos documentos obtidos encontram-se na **Tabela 3** (Apêndice II).

**Figura 1:** Diagrama *Prisma Flow* - obtenção dos estudos finais



## **Exposição da revisão/resumo do saber**

A pesquisa efetuada aponta, para que os sintomas sejam os principais indicadores, para a compreensão dos problemas reais ou potenciais transmitidos, pela pessoa em situação crítica. É imprescindível uma maior consciencialização e educação para diferenciar sinais e sintomas.

Um sintoma é uma experiência subjetiva e um sinal, uma observação objetiva que pode ser indicativo de doença. Os Enfermeiros confiam fortemente nos sinais relacionados com a doença. Os sinais são mais tangíveis e óbvios, enquanto os sintomas mais inacessíveis, especialmente nos doentes com dificuldades em comunicar.

Puntillo et al (2008) realizaram uma entrevista a Enfermeiros, sobre as perceções acerca dos sintomas dos doentes, bem como seus métodos de tratamento para os sintomas. As respostas fornecidas nas entrevistas foram esclarecedoras, e os dados ajudam a entender, que na prática de Enfermagem seriam importantes a utilização de listas de verificação de sintomas e a documentação das avaliações nos registos.

Também concluíram que na ausência da capacidade de comunicação de uma pessoa doente, os Enfermeiros recorrerem a sinais fisiológicos (por exemplo, temperatura, hipotensão ou débito urinário baixo) mais fáceis de avaliar. O problema reside nos sintomas não avaliados como tristeza, fome e sede, que muitas vezes não são abordadas (Puntillo et al., 2008).

Um estudo sobre as perspetivas dos Enfermeiros no âmbito da comunicação com doentes, revelou que esta pode ser conseguida por estratégias, como falar, interpretar expressões faciais, leitura labial, gestos, placas de comunicação, dispositivos geradores de fala, escrever ou digitar. A implementação de melhorias e alternativas estratégicas de comunicação, pode antecipar falhas de comunicação entre a pessoa doente e Enfermeiros (Gropp et al., 2019).

O desafio da comunicação contribui para a ajuda médica, diminui os níveis de ansiedade para o doente, família e equipa de saúde.

De facto, numerosos estudos demonstraram a falta de concordância entre a avaliação de sintomas de pessoas doentes e Enfermeiros. Seria relevante a avaliação de sintomas e práticas para se realizar a articulação com as abordagens e métodos

intuitivos, que os Enfermeiros usam para tirar conclusões sobre as experiências das pessoas.

Tal como foi apresentado, os Enfermeiros dependem de comportamentos visíveis e sinais fisiológicos, para inferir a presença de sintomas (Puntillo et al., 2008).

Quando esses sinais estão ausentes ou precisam de interpretação, os Enfermeiros podem confiar em suposições, imaginação e projeção na avaliação dos sintomas da pessoa.

A dificuldade óbvia acontece, quando a suposição está incorreta. O sintoma assumido pode ser tratado inadequadamente, ou o sintoma real mascarado.

Os sinais representam uma visão parcial ou limitada da experiência da pessoa, os sintomas oferecem *insights* sobre o subjetivo de um doente, experiência do internamento ou sobre o mundo.

Através da análise dos estudos, concluiu-se ainda que num questionário preenchido por 86 (47%) dos Enfermeiros, a maioria percebeu que a polineuropatia / miopatia da doença crítica era frequente. Metade dos Enfermeiros subestimou a dor, a ansiedade e o delírio. Também os sinais de resposta ao contato, como o reflexo da tosse, vigília e tónus muscular foram considerados mais importantes na avaliação da sedação (Randen et al., 2013).

O resultado do questionário reflete as percepções dos entrevistados, das suas avaliações profissionais e pessoais e não necessariamente a prática real. Portanto, para explorarem a área de assunto, decidiram examinar as percepções dos Enfermeiros como um primeiro passo antes de desenvolver e implementar um estudo semelhante envolvendo doentes. Também sinais como movimentos corporais e aqueles que refletem o estado cognitivo do doente deveriam ter sido incluídos, no questionário para fornecer uma imagem mais completa dos sinais cruciais de que os Enfermeiros deveriam avaliar antes da titulação em comparação com outros estudos. Deve ser realizado um mapeamento adicional das experiências dos doentes, com ênfase nos sintomas angustiantes mais "silenciosos" (Randen et al., 2013).

Nesse sentido, os doentes internados nas UCI, ventilados mecanicamente, relatam várias experiências angustiantes. Dor, ansiedade, medo, incapacidade de comunicar, percepção alterada da realidade, alterações corporais, consciência reduzida, perda do controle ou memória e amnésia são comumente descritos (Randen et al., 2013).

A adoção clínica da avaliação comportamental, como a observação da dor no cuidado ao doente crítico, pode auxiliar os Enfermeiros a realizar avaliações da dor, com base em comportamentos observáveis. Torna-se importante que as intervenções não farmacológicas possam ser reconhecidas como legítimas, e talvez sinérgicas abordagens para o conforto do doente (Puntillo et al., 2008).

A dor é uma sensação sensorial e uma experiência emocional desagradável, associada a um real ou potencial dano tecidual. Os opióides continuam a ser os principais medicamentos para tratar a dor em pessoas gravemente doentes (Campbell, 2015).

Num estudo cujo objetivo era avaliar e gerir a dor aguda em doentes críticos, concluiu-se, que o relato do doente é a maneira mais confiável e precisa de avaliar a dor devido, à sua subjetividade. A escala de intensidade da dor tem na sua base o autorrelato e são as ferramentas mais usadas para avaliar a dor (Pasero, 2003).

As estratégias para gerir a dor, passam pelo estabelecimento de políticas e procedimentos, que apoiem o uso de uma hierarquia de medidas para avaliar a dor. Estipular métodos alternativos de documentação, que pressuponham “dor presente” em doentes, que experimentem situações ou procedimentos dolorosos e não conseguem relatar a dor (Pasero, 2003).

Não interpretemos a ausência de indicadores comportamentais (inquietação, expressões faciais), sinais fisiológicos (frequência cardíaca elevada e pressão arterial) como a ausência de dor. Também não se pode concluir que doentes inconscientes, com tubos endotraqueais ou que estejam sob bloqueadores neuromusculares ou sedação não sintam dor (Pasero, 2003).

A avaliação passa por quatro domínios: "expressão facial", "corpo movimento", "tensão muscular" e a "ventilação" (Cade, 2008).

A dispneia é uma experiência subjetiva da respiração. Um desconforto que consiste em sensações distintas que variam em intensidade. É um dos piores sintomas experimentados por pessoas em situação crítica. Pode produzir angústia e sofrimento (Campbell, 2015).

Para a pessoa falar sobre a dispneia, deve estar consciente e capaz de interpretar estímulos sensoriais. No entanto, ao se encontrar sedada, cognitivamente comprometida ou inconsciente limita a avaliação.

Quando a pessoa doente não pode fornecer informação sobre a sua dispneia, pode-se utilizar a escala de observação do desconforto respiratório. É uma boa

ferramenta para avaliar o desconforto respiratório, quando a pessoa está incapaz de comunicar (Campbell, 2015).

A ansiedade é uma resposta humana normal à antecipação de uma ameaça real ou percebida. Entre pessoas gravemente doentes, capazes de falar sobre os sintomas, a ansiedade variou de 58% a 63%. A prevalência de ansiedade entre pessoas incapazes de comunicar é desconhecida, mas provavelmente será pequena, porque está implícito estar consciente e interagir (Campbell, 2015).

Quando a ansiedade é induzida pelo medo, pode comprometer a função respiratória e contribuir para uma ventilação mecânica prolongada. Para reduzir o tempo de ventilação causado pela ansiedade, é essencial que os Enfermeiros desenvolvam competência sobre as configurações do ventilador e as respostas do doente (Randen et al., 2013).

Importa também privilegiar a presença da equipa de Enfermagem e da família para minimizar o desenvolvimento de ansiedade.

Nesse sentido, desenvolveu-se um estudo sobre as opiniões das famílias dos doentes, na participação ativa na prevenção de *delirium* e recomendações específicas para envolver as famílias nas atividades. Após 10 entrevistas, surgiram três temas principais: (1) presença familiar consistente e participação nos cuidados, (2) melhoria da facilidade das interações entre os familiares e doente; (3) educação em *delirium* para as famílias (Smithburger et al., 2017).

Conclui-se que a família faz parte integrante da equipa de saúde, pois promove a satisfação e a segurança do doente. Envolver a família em tarefas ativas de cuidados ao doente, como a higiene, movimentos passivos contribui significativamente para a qualidade dos cuidados. A *Society of Critical Care Medicine* tem como foco programas de melhoria da qualidade. É referido que para além da abordagem ABCDE, que se utilize também o “F”, representando a família e destaca a necessidade de envolver e capacitar a família do doente. A identificação do envolvimento familiar, como uma necessidade desta organização internacional, destaca a importância de desenvolver novas e seguras formas de incluir a família diariamente no cuidado ao doente (Smithburger et al., 2017).

É importante começar por desenvolver um diálogo entre a família/equipa de Enfermagem. É igualmente relevante que todos os Enfermeiros, sejam consistentes na aplicação de qualquer regra em relação à família, visitas e participação nos cuidados para limitar qualquer confusão. Devem procurar desenvolver matérias de

treino, como sessões de educação para a saúde, incluindo a encenação, uma estratégia para ajudar a disseminar as informações (Smithburger et al., 2017).

Um outro estudo foi realizado, no sentido de as intervenções produzirem uma tendência a diminuir os sintomas experimentados, (como ansiedade, dor e perturbações do sono) por doentes conscientes entubados. Foi testado o efeito da música nos doentes. A música reduz a ansiedade, a frequência cardíaca, tensão arterial e muscular, sendo percebida como agradável e dependendo do seu andamento. Tendo ritmo mais lento induz um estado relaxado, um efeito hipnótico, contribuindo para o relaxamento e redução de ansiedade (Gosselin et al., 2015).

Este estudo piloto mostrou resultados promissores para evitar sofrimento peritraumático e sintomas de transtorno de stress pós-traumático em doentes vulneráveis (Gosselin et al., 2015).

O medo foi o segundo sintoma mais angustiante. Semelhante à discussão da ansiedade, não surpreende que os doentes sentissem medo num ambiente de UCI e talvez com medo da sua condição de saúde. O medo associado com ventilação mecânica, monitores e bombas infusoras. Estas constatações sugerem que os doentes na UCI, devem ser avaliados quanto à presença e intensidade do medo e que intervenções apropriadas devem ser implementadas (Puntillo et al., 2010).

A fadiga é outro sintoma experimentado por um leque de pessoas em situação crítica. Nos doentes internados na UCI é uma das principais preocupações, pela infinidade de fatores situacionais e ambientais constantemente presentes. Várias são as ferramentas de avaliação que estão à disposição do profissional de saúde, para explorar aspetos como a experiência de fadiga do doente. Dado que os Enfermeiros passam mais tempo na cabeceira do doente, do que outros profissionais de saúde, estão numa posição ideal para identificar, avaliar doentes com probabilidade de desenvolver fadiga e intervir conforme necessário (Cajanding, 2017).

Gerir a fadiga requer uma abordagem multidisciplinar de todos os membros da equipa de saúde e cooperação da pessoa doente e da família. Uma vasta gama de intervenções não farmacológicas e farmacológicas estão disponíveis para ajudar, os doentes e profissionais de saúde a abordarem os sentimentos de fadiga. O objetivo de gerir a fadiga na UCI é garantir que os doentes desenvolvam o conhecimento e habilidades necessárias para gerir a sua própria fadiga, à medida que passam pela transição do ambiente stressante dos cuidados intensivos, para a enfermaria e posterior retorno à comunidade (Cajanding, 2017).

A percepção da fadiga estende-se além da permanência no hospital, podendo existir sentimentos contínuos de meses de fadiga após a alta. São vários os fatores que contribuem para os sintomas de fadiga, como a condição psicológica, depressão, ansiedade, dor, privação do sono, intervenções realizadas, condições neuromusculares e cognitivas pré-existentes, medicamentos, imobilidade ou fatores iatrogénicos (Cajanding, 2017).

Neste sentido, as intervenções de Enfermagem, passam por identificar as pessoas doentes que podem estar em risco de sentir fadiga.

O primeiro passo é realizar a história da pessoa e explorar as comorbilidades, que possam contribuir para a fadiga. Pode estar associada a doenças ou condições como anemia, cancro, depressão, diabetes, artrite reumatoide, problemas da tiroide e apneia do sono. A avaliação de sinais vitais, posicionamentos, fisioterapia, ruídos interrompem os períodos de descanso, causando cansaço e fadiga (Cajanding, 2017).

Desta forma, as intervenções de Enfermagem podem ser realizadas no sentido de coordenar as tarefas de Enfermagem, para não interromper períodos de descanso. Utilizar intervenções não farmacológicas como exercícios respiratórios ou técnicas de relaxamento ou utilização de medidas farmacológicas (Cajanding, 2017).

Os efeitos da privação do sono, incluem por exemplo, a disfunção do sistema imunológico, comprometimento da cicatrização de feridas, hiperglicémia e distúrbios cardiovasculares. Desta forma, além do tratamento da dor, o cuidado centrado na pessoa doente e utilização de medidas farmacológicas é importante considerar, as não farmacológicas. Como por exemplo a avaliação do sono, otimizar o ambiente com iluminação controlada, regulação da temperatura, redução do ruído, conversa serena e limpeza (Dick-smith, 2016).

A otimização do sono pode ser feita através da iluminação noturna, redução de ruído, minimização de alarmes e ruídos telefónicos. É importante melhorar a orientação do doente (através de relógios, interação profissionais-doente) e maior envolvimento da família (Wade et al., 2019).

Um estudo prospetivo e observacional dos sintomas dos doentes, conclui que entre 50-75% das avaliações dos doentes, relataram estar ansiosos, com sede e cansados. A sede foi o segundo sintoma mais comum. No entanto, não é avaliado rotineiramente na UCI (Puntillo et al., 2010).

Em 20 UCI's os Enfermeiros identificaram as razões pelas quais os doentes

podem estar com sede (por exemplo, desidratação, hipernatremia). As pessoas em situação crítica ventiladas podem estar com sede (Puntillo et al., 2010).

As intervenções de Enfermagem passam pela utilização de pulverizadores do tipo atomizador com água fria, esponjas em formato de cotonete/espátulas molhadas com água fria, para humedecer a boca e as soluções mentoladas nos cuidados de higiene oral (Puntillo et al., 2014). Estas intervenções reduzem a sede e a xerostomia da pessoa em situação crítica, aliviando o desconforto.

Relativamente à agitação, por vezes, os doentes são impedidos de remover dispositivos médicos, como tubos endotraqueais ou minimizar os riscos de segurança, para si ou para os profissionais se os doentes estão agitados ou agressivos. A agitação é controlada com medicamentos sedativos, mas para doentes em que a sedação é contraindicada, as restrições físicas são usadas como último recurso (Warlan & Howland, 2015).

Os Enfermeiros devem reconhecer agitação e determinar causas mentais, como dor, delírio e hipoxemia, antes do início de benzodiazepinas. Os doentes vivem experiências como *stress*, medo, perda de controlo e uma incapacidade para expressar os seus desejos. Essas emoções e frustrações podem revelar-se em agitação, enfatizando-se por isso a importância de avaliar as causas subjacentes (Warlan & Howland, 2015).

O *stress* da situação crítica no corpo de um doente, em combinação com falência de órgãos, uso de sedativos e a privação do sono podem contribuir para o *delirium* (Warlan & Howland, 2015).

As intervenções passam por ser direcionadas para a otimização do sono, comunicação e interação enfermeiro-doente, reorientação frequente e explicação das atividades, além de simples auxiliares de memória, como quadros brancos com informações básicas de data / hora e local acompanhados pelos nomes dos cuidadores podem ajudar a reduzir a confusão (Hickin et al., 2017).

A incapacidade visual, auditiva e de fala pode ser reduzida, garantindo que os doentes usem óculos, aparelhos auditivos e próteses (Hickin et al., 2017).

Infelizmente, nem todo *delirium* pode ser tratado com abordagens não farmacológicas. Embora os medicamentos antipsicóticos não estejam recomendados na prevenção de *delirium* são frequentemente usados na gestão e na redução da severidade dos sintomas associados. As opções são limitadas com antipsicóticos típicos, atípicos e mais recentemente, dexmedetomidina. Os antipsicóticos típicos ou

de primeira geração, nomeadamente haloperidol, são a base para o tratamento de sintomas de *delirium* hiperativo. Não há evidências, no entanto, de que o haloperidol diminui a duração do *delirium*. A dexmedetomidina, um medicamento relativamente novo no mercado, é um  $\alpha$ 2-agonista altamente seletivo como sedativo, analgésico e simpatorlítico. Podendo ser um bom sedativo primário para reduzir ou prevenir o *delirium* (Hickin et al., 2017).

Na gestão de *delirium* muitos artigos sugerem incluir informações pessoais, como pertences (travesseiros, fotos de família), jornais, criação de checklist de como a família, pode interagir com o seu ente querido durante a visita, para ajudar a diminuir a confusão. Essas listas podem ser fornecidas num panfleto durante a abordagem à família (Smithburger et al., 2017).

Torna-se primordial na prevenção do *delirium* o envolvimento da família, proporcionando uma direção nos cuidados e um maior conforto ao doente.

## CONCLUSÃO

Os autores dos estudos analisados, partilham do pensamento de Dodd et al.(2001) ao afirmar, que o ponto de partida para a avaliação dos sintomas é o autorrelato.

Os resultados da pesquisa apontam, para que os sintomas como a dor e dificuldade respiratória se encontram frequentemente controlados. Nos últimos anos tem-se vindo a investir muito na área do controlo da dor, introduzindo-se mecanismos de avaliação como escalas, produzindo-se genericamente resultados favoráveis.

No entanto, ainda é necessária uma mudança de paradigma e formação especializada, para outros sintomas relacionados com a experiência subjetiva da doença, como por exemplo a sede, delirium, ansiedade, fadiga, medo, denotando-se uma elevada intensidade de descontrolo sintomático. É importante o reforço nas componentes psicoemocionais.

Os sintomas físicos são mais valorizados e merecedores de uma abordagem terapêutica por parte dos profissionais de saúde, comparativamente aos sintomas que traduzem a “dor” psíquica e espiritual. Desta forma, de acordo com a pesquisa efetuada, os profissionais de saúde devem reconhecer a importância no processo de avaliação e determinar estratégias para gerir os sintomas das pessoas doentes. Uma maior atenção sobre os sintomas, pode levar a intervenções focadas, para evitar ou minimizar sofrimento desnecessário (Puntillo et al., 2010).

Em relação ao objetivo “identificar e analisar a evidência científica disponível, relativa às intervenções de Enfermagem, promotoras da gestão de sintomas da pessoa adulta em situação crítica”; verificou-se que o Enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que, identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar (Regulamento nº 429/2018, 2018) e alia estratégias para melhorar a eficácia do controlo de sintomas.

Os estudos revelam, que na ausência da capacidade de comunicação de uma pessoa doente, esta pode ser conseguida por estratégias, como falar, interpretar expressões faciais, leitura labial, gestos, placas de comunicação, dispositivos geradores de fala, escrever ou digitar. A implementação de melhorias e alternativas estratégicas de comunicação pode antecipar falhas de comunicação entre a pessoa doente e Enfermeiros (Gropp et al., 2019).

É importante ressaltar que a família faz parte integrante da equipe de saúde, pois promove a satisfação e a segurança do doente. Envolver a família em tarefas ativas de cuidados ao doente, como a higiene e movimentos passivos contribui significativamente para a qualidade dos cuidados (Smithburger et al., 2017). Devem procurar desenvolver matérias de treino, como sessões de educação para a saúde, incluindo a encenação, uma estratégia para ajudar a disseminar as informações (Smithburger et al., 2017).

Este estudo vai de encontro à teoria desenvolvida por Dodd et al. (2001), ao afirmar que se deve socorrer dos familiares, quando os doentes são incapazes de comunicar os seus sintomas. Para além disso, também se enfoca a ideia de Benner(2001) ao referir na competência de função de ajuda, que a família deve estar incluída nos cuidados ao doente.

A ansiedade variou de 58% a 63%, nas pessoas capazes de comunicar sendo que a prevalência de ansiedade entre pessoas incapazes de comunicar é desconhecida, mas provavelmente será pequena, porque está implícito o estado de consciência e a interação (Campbell, 2015).

A prevalência, intensidade e angústia de determinados sintomas são significativos, para muitas pessoas em situação crítica, incluindo aqueles com delírio. Não está claro se uma titulação mais cuidadosa de opióides e benzodiazepinas iria permitir, que os doentes críticos pudessem comunicar os seus sintomas.

Os Enfermeiros usam dados fisiológicos (como sinais vitais), sinais comportamentais (como o padrão de atividade motora e expressões faciais) e histórico dos doentes para distinguir entre dor, ansiedade, delírium e dispneia. Também consideraram a presença do tubo, assincronia do ventilador e inquietação como sinais comportamentais que requerem sedação. Muitas ferramentas foram testadas e desenvolvidas para avaliar dor, ansiedade e desconforto ou tolerância geral. Outros avaliam especificamente a dor, ansiedade, dispneia, delírium ou coma e sedação (Randen et al., 2013).

É importante que no desenvolvimento do plano individual de cuidados, o nível de sofrimento e a intensidade, ocorrência e duração de sintomas desagradáveis sejam avaliados (Randen et al., 2013).

Assim a revisão integrativa da literatura vem demonstrar, que a intervenção do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, vai muito mais além daquilo que é “visível”. É necessário identificar e controlar os sintomas dos doentes,

nomeadamente quando existe a incapacidade de os relatar. Neste sentido, conclui-se, que a abordagem a sintomas específicos avançam para a compreensão da gestão de sintomas, no entanto, é necessária a criação de um modelo genérico de base ampla, que permita a integração da ciência de outros campos (Dodd et al., 2001).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). A Efetividade Dos Cuidados De Enfermagem : Modelos De Análise. *Revista Investigação Em Enfermagem*, (Fevereiro), 96–105.
- Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., Buscher, A., & Backes, D. S. (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*, 16(4), 689–696. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400007>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição com). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring-Stress and coping in the Health and Illness. In A.-W. P. Company (Ed.) (pp. 195–222). California.
- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *British Association of Critical Care Nurses*, 13(6), 288–297.
- Cajanding, R. (2017). Causes, assessment and management of fatigue in critically ill patients. *British Journal of Nursing*, (November), 1176–1182.
- Campbell, M. (2015). Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 110–120. <https://doi.org/10.1097/NCI.0000000000000077>
- Dick-smith, F. (2016). ‘ Sorry , were you sleeping ? Nurses ’ role in the promotion of sleep for critically ill patients critically ill patients. *Contemporary Nurse*, 0(0), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1261632>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*.
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Steven, P. (2001). Symptom Clusters and Their Effect on the Functional Status of Patients With Cancer. *Oncology Nursing Society Online*, 28(3).
- Doran, D. (2011). Nursing Outcomes The state of the Science. In Jones&Bartlett Learning (Ed.) (Second, pp. 131–138). United States of America: Kevin Sullivan.

- Firmino, F. (2009). *Manual de cuidados paliativos*. (Diagraphic, Ed.) (1ª Edição). Rio de Janeiro.
- Gosselin, E., Lavoie, S., Gelin, C., & Bourgault, P. (2015). Intervention for patients intubated and conscious to decrease peritraumatic distress (IPIC-P T D)—Preliminary results. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 32–43.
- Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., & Koul, R. (2019). Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA Gesondheid*, 1–9.
- Hickin, S. L., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 28(2), 19–23.
- Pasero, C. (2003). Pain in the Critically Ill Patient. *Journal of Anesthesia Nursing*, 18, 422–425.
- Puntillo, Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying\*. *Crit Care Med*, 38(11), 2155–2160.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>
- Puntillo, Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., ... Campbell, M. (2014). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst — A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Med*, 235–248.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>
- Puntillo, Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, (December), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>
- Randen, I., Lerdal, A., & Bjork, I. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care - British Association of Critical Care Nurses*, 18, 176–186.  
<https://doi.org/10.1111/ncc12012>
- Raul. (2017). ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO.

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 (2018). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *CriticalCareNurse*, 37(6), 1–10.

The Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. (M. Z. Aromataris E, Ed.). Retrieved from <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>

Wade, D. M., Mouncey, P. R., Richards-belle, A., Wulff, J., Harrison, D. A., Sadique, M. Z., ... Trial, P. (2019). Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients A Randomized Clinical Trial. *American Medical Association*, 1–12. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0073>

Warlan, H., & Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. *CriticalCareNurse*, 35(3), 44–55.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I - Pesquisa na base de dados CINAHL e MEDLINE**

**Tabela 1- Pesquisa na base de dados CINAHL**

PICO		Termos de Pesquisa	Nº de Identificação de Pesquisa	Nº de Artigos
População	Pessoa em situação crítica	(MM "Critically Ill Patients") OR "critically ill Patient"	S1	8,916
		"critical patients"	S2	530
		"critically ill patients"	S3	22,998
		"intensive care patients"	S4	1,441
Intervenção	Intervenções de Enfermagem	(MM "Nursing Interventions") OR "Nursing interventions"	S5	14,574
		"Nursing Guidelines"	S6	192

		(MM "Nursing Role") OR "Nursing Role"	S7	61,442
		(MM "Critical Care Nursing") OR "Critical Care Nursing"	S8	28,262
		"nursing"	S9	762,786
Outcomes	Gestão de sintomas	"Symptoms Management"	S10	152
		(MM "Symptoms") OR "Symptoms"	S11	328,250
		"Symptoms assessment"	S12	111
		(MM "Signs and Symptoms") OR "Signs and Symptoms"	S13	492,236
		S1 OR S2 OR S3 OR S4	S14	24,290
		S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	S15	762,786
		S10 OR S11 OR S12 OR S13	S16	761,362

PICO	S14 AND 15 AND S16	S17	786
------	--------------------	-----	-----

**Tabela 2 - Pesquisa na base de dados MEDLINE**

PICO		Termos de Pesquisa	Nº de Identificação de Pesquisa	Nº de Artigos
População	Pessoa em situação crítica	"Critically ill patient"	S1	3,104
		"critical patients"	S2	1,391
		"intensive care patients"	S3	3,370
Intervenção	Intervenções de Enfermagem	"Nursing Interventions"	S4	4,391
		"Nursing Guidelines"	S5	139
		(MH "Nurse's Role")	S6	40,666

		"Nursing role"	S7	21,783
		(MM"Critical Care Nursing") OR "Critical care Nursing"	S8	3,384
Outcomes	Gestão de sintomas	"Symptoms Management"	S9	291
		"Symptoms"	S10	881,313
		(MM "Symptom Assessment") OR "Symptoms Assessment"	S11	1,532
		(MM"Signs and Symptoms") OR "signs and symptoms"	S12	1,351,949
		S1 OR S2 OR S3	S13	7,798
		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	S14	48,671

	S9 OR S10 OR S11 OR S12	S15	2,096,461
PICO	S13 AND S14 AND S15	S16	30

## **Apêndice II - Caracterização dos resultados obtidos pela pesquisa**

**Tabela 3 - Caracterização dos resultados obtidos pela pesquisa**

Título/Autor/Ano	Características metodológica	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações/Recomendações
Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study (Smithburger et al., 2017)	Estudo qualitativo	Compreender as opiniões das famílias dos doentes sobre a participação ativa na prevenção de <i>delirium</i> e recomendações específicas para envolver as famílias nas atividades	Após 10 entrevistas, surgiram três temas principais: (1) presença familiar consistente e participação nos cuidados, (2) melhoria da facilidade das interações entre os familiares e doente; e (3) educação em <i>delirium</i> para as famílias	Os membros da família que visitam os entes queridos na UCI estão envolvidos nos cuidados. Frequentemente, a família não sabe o que pode fazer para ajudar sem a orientação dos profissionais de saúde. O próximo passo no avanço da prevenção do <i>delirium</i> é o envolvimento da família, começando com a comunicação e diálogo entre a família/enfermeiros. Consultando a família pode-se confortar o doente e auxiliar na cognição/estimulação. Leva a um maior envolvimento da família e prevenção do <i>delirium</i>
Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher(Hickin et al., 2017)	Revisão da Literatura	Fornecer aos Enfermeiros uma revisão concisa do <i>delirium</i> , da avaliação ao tratamento de doentes críticos adultos no ambiente da UCI	O <i>delirium</i> na UCI continua a ser uma síndrome desafiadora com efeitos de longo alcance em doentes, famílias, serviços de saúde e hospitais. Pesquisas destacam a necessidade de os Enfermeiros entenderem, avaliarem, prevenirem, identificarem e	Doentes que desenvolvem <i>delirium</i> durante o internamento na UCI requerem maior cuidado de Enfermagem. É o mais frequente e também o mais esquecido podendo permanecer sem tratamento, levando a outras complicações. As manifestações de <i>delirium</i> hiperativo ou misto aumentam o risco de auto-extubação, re-intubação e remoção de linhas

			<p>resolverem o <i>delirium</i> precocemente</p> <p>Um maior conhecimento do <i>delirium</i> apoia uma abordagem proativa para triagem de doentes, implementando intervenções não farmacológicas e fornecendo tratamento para mitigar os sintomas. Pode reduzir o impacto do <i>delirium</i> para os doentes e equipe de Enfermagem. É também essencial que aqueles que desenvolvem delirium sejam identificados e tratados precocemente para melhorar os resultados a curto e a longo prazo</p>	<p>arteriais e monitorização, causando danos pessoais e aos profissionais. Fisiologicamente, o <i>delirium</i> hiperativo pode ter efeitos negativos e sequelas incluindo dessincronização do ventilador</p>
<p>Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement(Warlan &amp; Howland, 2015)</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<p>Examinar o fenómeno do TEPT, os fatores de risco e as complicações associadas à TEPT relativas à UCI para ajudar os Enfermeiros a</p>	<p>A deteção precoce do TEPT pode impedir comorbidades psicológicas em doentes críticos. Atualmente, a saúde psicológica dos doentes é</p>	<p>Os Enfermeiros podem requerer uma consulta de saúde mental após o doente ter alta da UCI ou do hospital. Fornecer o acompanhamento após a alta pode ser útil na identificação precoce de doentes em risco de TEPT, desde que o acompanhamento seja feito dentro de alguns meses após a alta hospitalar.</p>

		<p>reconhecer os fatores que colocam em risco doentes críticos</p>	<p>não ser rotineiramente tratado durante o internamento na UCI ou após a alta por falta de familiaridade. Esta revisão da literatura pode aumentar a consciencialização dos Enfermeiros de cuidados intensivos. Além disso, fornece estratégias potenciais que podem mitigar o risco. Os Enfermeiros estão numa posição única para ajudar os doentes a lidar de maneira mais eficaz com as emoções durante a hospitalização, educando o doente/família sobre o risco de TEPT e orientação antecipada. A pesquisa fornece alguma evidência de que a identificação e intervenções precoces podem reduzir o risco de TEPT. No entanto, mais pesquisas são necessárias para determinar</p>	<p>Avaliando regularmente os doentes em busca de fatores de risco, durante avaliação física de rotina, revisão da medicação  Protocolos iniciais de mobilização também podem ajudar a mitigar o delírio, agitação e agilizar a extubação.  Gerir a dor de um doente pode incentivar a participação do doente e reduzir a agitação.  Um diário da experiência de um doente na UCI mantido por Enfermeiros e membros da família pode ajudar a preencher as lacunas na memória do doente da UCI</p>
--	--	--	---	--

			o protocolo de triagem mais eficaz para a relação entre os sinais e sintomas de TEPT relacionados à UCI	
Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients A Randomized Clinical Trial(Wade et al., 2019)	Meta-análise dos resultados durante os 6 meses após a unidade de cuidados intensivos (UCI) indica uma prevalência de transtorno de stress pós-traumático clinicamente importante (TEPT) de 25%.	Determinar se uma intervenção psicológica complexa e preventiva liderada por Enfermeiros, iniciada na UCI, reduz a gravidade dos sintomas de TEPT relatados pelos doentes em 6 meses.	Entre 1458 doentes inscritos (idade média 58 anos; 599 mulheres [41%]), 1353 (93%) completaram o estudo e foram incluídos na análise final. Em 6 meses, a pontuação média do questionário PTSD Symptom Scale - Self Report nas UCI's de intervenção foi de 11,8 (período de referência) em comparação com 11,5 (período de intervenção) (diferença, -0,40 [IC 95%, -2,46 a 1,67]) e nas UCI's de controle, 10,1 (período de linha de base) em comparação com 10,2 (período de intervenção) (diferença de 0,06 [IC 95%, -1,74 a 1,85]) entre os períodos. Não houve diferença significativa na gravidade dos sintomas de	Os doentes associaram a intervenção como um estigma de doença mental. Uma amostra de sessões de apoio ao stress foi planeada para avaliar a fidelidade. Na prática e provavelmente devido à natureza da interação, os Enfermeiros relataram que os doentes encontraram este aspeto do estudo intrusivo e sentiram-se desconfortáveis. Estudos futuros podem considerar o uso de informações etnográficas mais detalhadas e métodos para avaliar a fidelidade. Entre os doentes gravemente doentes na UCI, um grupo interventivo liderado por Enfermeiros e intervenção psicológica complexa não reduziu significativamente a gravidade dos sintomas de TEPT descritos pelos doentes em 6 meses. Estas descobertas não apoiam o uso da intervenção psicológica

			TEPT aos 6 meses (estimativa do efeito do tratamento [diferença nas diferenças] de -0,03 [IC 95%, -2,58 a 2,52]; P = 0,98).	
Intervention for patients intubated and conscious to decrease peritraumatic distress (IPIC-PTD) — Preliminary results(Gosselin et al., 2015)	Projeto piloto, quase experimental, com um grupo de controle foi realizado (controle: n = 10; intervenção: n = 9). Incluiu a) avaliação sistemática dos sintomas, b) duas sessões de música de 30 minutos por dia, c) a conclusão diária; um resumo verbal das informações escritas no diário. Angústia peritraumática, sintomas e stress pós-traumático. Utilização de questões validadas autoadministradas em três momentos principais: a) enquanto entubados, b) 24 horas após a extubação; c) um mês após a extubação.	O objetivo foi avaliar os efeitos preliminares da IPIC-PTD para prevenir PTD (resultado primário) e secundário. Resultados incluindo sintomas (ansiedade, delírio, dor e perturbações do sono) e TEPT em doentes ventilados mecanicamente e doentes conscientes	A intervenção produziu uma tendência a diminuir sintomas experimentados (como ansiedade, dor e perturbações do sono) por doentes conscientes entubados do grupo de intervenção. Os scores de <i>delirium</i> foram baixos tanto no controle quanto nos grupos de intervenção, o que se pode explicar por que não foi encontrada diferença entre os grupos. A proporção de doentes que obtiveram resultados positivos para sofrimento peritraumático e transtorno de stress pós-traumático foi menor no grupo intervenção em comparação com o grupo de controle.	Como os participantes vieram de um único sítio e não houve randomização, a generalização dos resultados não é possível. O tamanho da amostra deste estudo piloto levou a falta de poder estatístico e, portanto, aumentou o risco de beta erro. No entanto, uma descrição detalhada da amostra fornecida permite uma melhor compreensão da transferibilidade dos resultados. A limitação foi relacionada à origem do evento traumático. É difícil determinar se a PTD e os sintomas de TEPT resultaram do período de consciência durante a ventilação mecânica, a doença ou outro evento traumático anterior. No entanto, a intervenção IPIC-PTD tiveram como objetivo impedir o aparecimento de sequelas psicológicas em doentes entubados e conscientes.

	Os dados sobre os sintomas foram avaliados antes e após a intervenção		Este estudo piloto mostrou resultados promissores em sintomas decrescentes para evitar sofrimento peritraumático e sintomas de transtorno de stress pós-traumático nestes doentes de grupo vulnerável	Doentes internados na UCI durante a ventilação mecânica, independentemente da etiologia do evento traumático
Causes, assessment and management of fatigue in critically ill patients(Cajanding, 2017)	Artigo de Revisão de Literatura	Discutir a incidência, causas e implicações clínicas da fadiga entre doentes em UCI. As maneiras pelas quais os Enfermeiros podem efetivamente avaliar, diagnosticar, gerir e tratar a fadiga do doente em UCI	A fadiga nos doentes em UCI é uma das principais preocupações. Possui uma ampla gama de etiologias e é intensificada e agravada por uma infinidade de fatores situacionais e ambientais que estão constantemente presentes no ambiente da UCI. Várias são as ferramentas de avaliação que estão à disposição do profissional de saúde para explorar aspetos como a experiência de fadiga do doente. Dado que os Enfermeiros passam mais tempo na cabeceira do doente do que outros profissionais de saúde, estão numa	Escassez de estudos que abordam a prevalência de fadiga em doentes internados em UCI

			<p>posição ideal para identificar, avaliar doentes com probabilidade de desenvolver fadiga e intervir conforme necessário. Gerir a fadiga requer uma abordagem multidisciplinar de todos os membros da equipa de saúde e cooperação da pessoa doente e da família. Uma vasta gama de intervenções não farmacológicas e farmacológicas estão disponíveis para ajudar os doentes e profissionais de saúde a abordar os sentimentos de fadiga.</p> <p>O objetivo de gerir a fadiga na UCI é garantir que os doentes desenvolvam o conhecimento e habilidades necessárias para gerir a sua própria fadiga à medida que passam pela transição do ambiente stressante dos cuidados intensivos para a enfermaria e posterior retorno à comunidade</p>	
--	--	--	--	--

<p>Pain in the Critically Ill Patient (Pasero, 2003)</p>	<p>Estudo prospetivo, descritivo</p>	<p>O objetivo deste estudo foi descrever como avaliar e gerir a dor aguda em doentes críticos</p>	<p>A avaliação da dor é uma experiência multidimensional. É o componente mais avaliado usado para determinar a eficácia da gestão da dor. O relato do doente é a maneira mais confiável e precisa de avaliar a dor devido à sua subjetividade. A escala de intensidade da dor tem na sua base o autorrelato e são as ferramentas mais usadas para avaliar a dor. No entanto não dispensa a avaliação comportamental e a avaliação fisiológica</p>	<p>Um dos passos mais importantes para melhorar a gestão da dor em doentes críticos é desenvolver políticas e procedimentos institucionais que incluem o uso de uma hierarquia de dor. Recomendações aceites pela prática clínica e em descobertas de pesquisas como o "Thunder Project II" são citadas na fundação para o tratamento agressivo da dor nestes doentes</p>
<p>Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients(Randen et al., 2013)</p>	<p>Um projeto de pesquisa transversal</p>	<p>Descrever as percepções e avaliações dos Enfermeiros, relativos aos sintomas e sinais desagradáveis em doentes adultos com terapia intensiva e ventilados mecanicamente</p>	<p>O questionário foi preenchido por 86 (47%) Enfermeiros. A maioria percebeu que a polineuropatia / miopatia da doença crítica era frequente. Metade dos Enfermeiros subestimou a dor, a ansiedade e o delírio. Sinais como resposta ao contato, reflexo da tosse, vigília e tónus muscular foram</p>	<p>O resultado do questionário reflete as percepções dos entrevistados, das suas avaliações profissionais pessoais e não necessariamente a pratica real. Segundo, as estimativas dos Enfermeiros sobre a ocorrência de sintomas e sinais desagradáveis não refletirão as suas práticas reais ou as experiências dos doentes. A obtenção do consentimento informado de doentes internados na UCI com ventilação mecânica é uma problemática. Portanto, para explorar</p>

			<p>considerados mais importantes na avaliação da sedação. Agitação, expressão facial, intolerância ao tubo e vigília foram consideradas mais importantes na avaliação da redução. A Escala de Conforto e Adoção do Ambiente da Unidade Intensiva corresponderam melhor aos sinais identificados pelos Enfermeiros.</p> <p>Os Enfermeiros subestimaram outros sintomas desagradáveis que não a doença polineuropatia / miopatia crítica. Um mapeamento adicional das experiências dos pacientes deve ser realizado, com ênfase nos sintomas angustiantes mais "silenciosos". Outras ferramentas para facilitar a comunicação dos níveis de consciência e a intolerância a sintomas desagradáveis devem ser implementadas</p>	<p>a área de assunto, decidiu-se examinar as percepções dos Enfermeiros como um primeiro passo antes de desenvolver e implementar um estudo semelhante envolvendo doentes. Terceiro, sinais como movimentos corporais e aqueles que refletem o estado cognitivo do doente deveriam ter sido incluídos no questionário para fornecer uma imagem mais completa dos sinais cruciais que os Enfermeiros deveriam avaliar antes da titulação em comparação com outros estudos. Deve ser realizado um mapeamento adicional das experiências dos pacientes, com ênfase nos sintomas angustiantes mais "silenciosos". Uma compreensão mais profunda dos sintomas e sinais desagradáveis pode ajudar os Enfermeiros a reconhecer precocemente os problemas dos doentes e permitir intervenções direcionadas ou evitar subestimação ou sedação excessiva. Isso pode ocorrer nas atividades de aprendizagem nas áreas clínicas e no ensino de Enfermagem. É necessária uma avaliação estímulo-resposta mais ativa dos doentes em UCI para detectar sobre sedação e delírio hipoativo. Na</p>
--	--	--	---	---

				escolha das ferramentas de avaliação, é importante que estas orientem a tolerância do paciente a vários sintomas desagradáveis como o nível de consciência
Literatura Cinzenta				
Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study(Gropp et al., 2019)	Projeto de grupo pré-teste quase experimental. Os dados foram recolhidos usando um questionário personalizado, preenchido por Enfermeiros de um hospital público	Este estudo enfocou as perspetivas dos Enfermeiros sobre a comunicação com doentes. Utilizando placas de comunicação em papel, traduziu o antes e depois de uma sessão de treino.	Os Enfermeiros recomendaram adaptações específicas ao quadro de comunicações. A maioria dos Enfermeiros concordou que a comunicação é crucial e que uma placa de comunicação pode ser implementada. Este estudo é uma tentativa de fornecer dados empíricos preliminares numa ferramenta de comunicação no ICS. Apesar de um forte acordo sobre a questão da melhoria da comunicação pelos Enfermeiros de cuidados intensivos, a falta de comunicação pode levar a sérias repercussões na saúde. Os participantes concordaram que a	As principais limitações foram pequenas amostras, tamanho e falta de tarefas aleatórias para grupos experimentais e de controle. Estatísticas não paramétricas (normalmente usadas em pequenos grupos) foram utilizadas para analisar os dados, limitando a generalização dos resultados. Sugere-se que futuros pesquisadores considerem investigar perceções de pacientes e enfermeiros do ICS sobre o conteúdo de uma placa de comunicação. Pode ser feito através de grupos focais ou entrevistas semiestruturadas ou cognitivas. Mais pesquisas sobre a avaliação da perspetiva dos Enfermeiros sobre o uso de um quadro de comunicação em inglês com seus doentes terão significado clínico

			<p>comunicação é crucial no ICS e que uma placa de comunicação pode ser usada com sucesso. Contudo, é difícil conseguir a sustentabilidade de uma mudança com uma breve sessão de treino. É fundamental que os Enfermeiros e Fonoaudiólogos trabalhem juntos para fornecer uma ótima assistência médica a doentes em ICS através da implementação de estratégias de comunicação complementares e alternativas</p>	
<p>Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit (M. Campbell, 2015)</p>	<p>Publicação em revista científica</p>	<p>Fornecer uma revisão da prevalência de sintomas, prevenção, avaliação e tratamento de sintomas comuns experienciados por doentes críticos</p>	<p>A dor, dispneia, ansiedade e delírio são os sintomas mais comuns. A avaliação consiste no relato do doente (dor, dispneia, ansiedade) utilização de escalas de observação comportamental como <i>Care Pain Observation Tool</i> ou <i>RDOS</i>. A avaliação de rotina do <i>delirium</i> leva à deteção e</p>	<p>As lacunas nas evidências incluem conhecer a prevalência de sintomas angustiantes como a dor, dispneia e ansiedade em doentes críticos que não podem comunicar. São necessários estudos para testar intervenções realizadas em cuidados paliativos com a população de doentes críticos</p>

			proporciona o tratamento precoce	
'Sorry, were you sleeping? Nurses' role in the promotion of sleep for critically ill patients(Dick-smith, 2016)	Artigo de Revisão de Literatura	O objetivo do ensaio foi considerar o papel do Enfermeiro em lidar com problemas do sono em doentes na UCI	O ambiente foi estabelecido como a causa mais comum de distúrbios do sono. As intervenções usadas para otimizar o ambiente da UCI incluem: gestão da iluminação (controlada e adequada para a hora do dia), regulação da temperatura, redução de ruído, conversas calmas, limpeza ambiental. Tentar imitar rotinas normais e otimizar ritmos circadianos, mobilizando doentes pela manhã, proporcionando estimulação mental durante o dia. Garantir níveis adequados de luz para o metabolismo da melatonina. Redução do volume do alarme durante a noite, preparação oportuna de bombas infusoras e de medicação	É necessária uma mudança de paradigma na Enfermagem e na cultura institucional, implementar pesquisas e estratégias de promoção do sono para minimizar os resultados adversos. Garantir que os doentes alcancem o sono necessário para a restauração da fisiologia

<p>Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units(Puntillo et al., 2008)</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo, através da realização de uma entrevista, perceberam as percepções dos Enfermeiros sobre os sintomas dos doentes, bem como seus métodos de tratamento para os sintomas</p>	<p>Explorar como os Enfermeiros da UCI avaliam e tratam os sintomas dos doentes críticos</p>	<p>A maioria dos Enfermeiros não faz distinções entre a avaliação de “sinais” da doença e avaliação de “sintomas”</p>	<p>Dada a natureza qualitativa deste estudo, os resultados são aplicáveis apenas a esta amostra de Enfermeiros na UCI. Além disso, o pequeno tamanho da amostra e uso de um centro de atendimento terciário limitam a generalização dos resultados em que o estudo foi realizado. As descobertas fornecem dados piloto para um estudo mais amplo de avaliações de sintomas por Enfermeiros. Diálogos entre Enfermeiros sobre avaliação de sintomas e práticas de tratamento começariam a articular as abordagens e métodos intuitivos para tirar conclusões sobre as experiências dos doentes. As respostas fornecidas nas entrevistas foram esclarecedoras, e os dados ajudam a entender a prática de Enfermagem. Seria importante a utilização de listas de verificação de sintomas na prática clínica diária e a documentação das avaliações nos registos</p>
<p>Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults(Cade, 2008)</p>	<p>Artigo de Revisão de Literatura</p>	<p>Examinar as evidências da pesquisa para verificar se existe um instrumento confiável, válido</p>	<p>Os Enfermeiros são responsáveis pela administração de analgesia prescrita e a implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Pesquisas futuras devem investigar o impacto das ferramentas de avaliação da dor comportamental na gestão deste sintoma</p>

		para avaliação e melhoramento da gestão da dor em doentes na UCI	para reduzir a dor. Para desempenhar esta função adequadamente é necessária precisão e consistência na avaliação da dor. A falta de um método sistémico padronizado de avaliação e documentação de dor impede a comparação dos níveis de dor, tempo e, portanto, avaliação da efetividade dos analgésicos	
Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying(Puntillo et al., 2010)	Estudo prospetivo e observacional dos sintomas dos doentes	Fornecer uma avaliação detalhada e focada das experiências de sintomas de doentes em unidades de terapia intensiva e avaliar a relação entre o delirium e sintomas dos doentes	Durante 50-75% das avaliações dos doentes, relataram estar ansiosos, com sede e cansados. A ansiedade foi o sintoma mais comum em doentes ventilados. A taxa de ansiedade pode ser parcialmente atribuível pela incapacidade de comunicar, preocupações sobre a sua condição. É necessário realizar avaliações sistemáticas da ansiedade e considerar o uso de intervenções	Maior atenção à avaliação do sintoma pode levar a intervenções focadas para evitar ou minimizar sofrimento desnecessário

			<p>farmacológicos e não farmacológicos.</p> <p>A sede foi o segundo sintoma mais comum. No entanto, não é avaliado rotineiramente na UCI.</p> <p>De facto, num recente estudo qualitativo, em 20 UCI's os Enfermeiros identificaram as razões pelas quais os doentes podem estar com sede (por exemplo, desidratação, hipernatremia).</p> <p>Os doentes também relataram estarem cansados. Esta descoberta não é inesperada porque a privação do sono e ciclos de sono-vigília anormais são conhecidos por ocorrer em doentes internados na UCI. No entanto, porque o sono não era um foco neste estudo, a relação entre os relatos dos doentes de estarem cansados e o seu estado de sono é desconhecido. Muitos outros fatores associados</p>	
--	--	--	---	--

			<p>com a sua doença, como barulho e luzes no ambiente da UCI, despertares frequentes, ou medicação podem cansar os doentes.</p> <p>Uma descoberta inesperada é que dos doentes que relataram dor apenas em 40% das avaliações, a dor foi de leve a intensidade moderada.</p> <p>Num estudo observacional em 44 UCI na França, até 51% de 1381 doentes ventilados apresentaram dor não relacionada ao procedimento.</p> <p>A incidência de dor em 230 doentes na UCI quando estavam em repouso foi encontrado em 38%.</p> <p>A angústia da dor pode ser mais propícia a intervenções não farmacológicas como</p>	
--	--	--	---	--

			<p>música, relaxamento e informações em conjunto com analgésicos.</p> <p>Estar com medo foi o segundo mais angustiante sintoma. Semelhante à discussão de ansiedade, não surpreende que os doentes sentissem medo num ambiente de UCI e talvez com medo da sua condição de saúde. O medo associado com ventilação mecânica, monitores, bombas infusoras. Estas constatações sugerem que os doentes na UCI devem ser avaliados quanto à presença e intensidade do medo e que intervenções apropriadas devem ser implementadas</p>	
Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst—A report	Artigo de revisão de literatura com foco cuidados paliativos relacionados com a dor, dispneia e sede.	A dor, dispneia e sede são três dos sintomas mais prevalentes, intensos e angustiantes dos	Os métodos baseados em evidências para avaliar a dor são a Escala Numérica de Classificação 0-10 (NRS) ampliada para doentes em UCI capazes	O alívio do sofrimento dos sintomas é uma componente essencial dos cuidados. Abordagens baseadas em evidências para avaliação e tratamento, juntamente com sistemas de trabalho bem organizados, podem

<p>from the IPAL-ICU Advisory Board(Puntillo et al., 2014)</p>		<p>doentes em UCI. O objetivo foi reunir experiências em cuidados intensivos e cuidados paliativos, para reunir as melhores informações sobre a gestão de sintomas</p>	<p>de comunicar. A Ferramenta de Observação para Dor Crítica de Cuidados ou Escala de Dor Comportamental para doentes que não conseguem comunicar. A Escala de Observação do Desconforto Respiratório é a única escala comportamental conhecida para avaliação da dispneia, e a sede é avaliada pela descrição do doente usando uma NRS de 0 a 10. Os opioides continuam a ser a base para o tratamento da dor. A dispneia é tratada (com ou sem ventilação mecânica invasiva ou não invasiva), otimizando a condição etiológica subjacente, o posicionamento do doente e oxigénio suplementar</p>	<p>ajudar a garantir conforto e resultados favoráveis para os doentes críticos</p>
--	--	--	--	--