

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:
do cuidado à pessoa em situação crítica ao cuidado à
pessoa em situação paliativa**

Ana Paula Pestana Rodrigues de Freitas

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

**Funchal,
2021**

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:
do cuidado à pessoa em situação crítica ao cuidado
à pessoa em situação paliativa**

Ana Paula Pestana Rodrigues de Freitas

Orientação: Professora Doutora Cristina Pestana

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

**Funchal,
2021**

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar mais um ciclo de estudos, agradeço a todos os que me acompanharam e tornaram possível a conclusão deste percurso com sucesso.

Assim, quero deixar um profundo agradecimento à Professora Doutora Cristina Pestana pela disponibilidade, ensinamentos, orientação e rigor científico dado ao longo deste curso.

Aos enfermeiros tutores Gisela Teixeira, Raquel Costa, Maria Gomes e Luísa Baeta pelas oportunidades de aprendizagem, orientação técnica e acompanhamento na prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Aos meus colegas e à enfermeira chefe do meu serviço, que facilitaram em muito a conjugação do papel de trabalhador-estudante, permitindo todas as trocas e dispensas.

Um agradecimento muito especial à minha família e amigos, por estarem sempre presentes e pelas palavras de incentivo, que foram importantes ao longo da realização deste trabalho.

Particularmente ao meu marido Norberto Freitas pela compreensão, encorajamento e apoio incondicional.

E por fim, mas não menos importantes, agradeço aos meus filhos, Bernardo e João, que foram a minha verdadeira fonte de energia e inspiração.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e pretende evidenciar todo o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nas unidades curriculares de ensino clínico, que decorreram cronologicamente no Serviço de Urgência (estágio I), na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Estágio II), do Hospital Dr. Nélio Mendonça e na Unidade de Cuidados Paliativos (Estágio III - opção), do Hospital Dr. João de Almada.

Embora distintos os contextos de estágio, em todos eles são exigidos cuidados altamente complexos e especializados à pessoa em situação crítica e/ ou à pessoa em situação paliativa e família, o que promoveu a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os estágios I e II, tiveram como âmago, o desenvolvimento de competências específicas no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O estágio III, constituiu a minha área de opção e permitiu o desenvolvimento das competências na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa e aos seus cuidadores/famíliares com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, especificamente no suporte e processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto. Estas competências foram desenvolvidas em torno dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, priorizando o alívio do sofrimento com o propósito de preservar a dignidade, aumentar a qualidade de vida e maximizar o conforto da pessoa.

Concluído o percurso, considero que adquiri as competências acima mencionadas de forma satisfatória, o que possibilitou uma prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, com base na evidência científica, na ação refletida, mantendo uma atualização contínua dos conhecimentos científicos, tecnológicos e relacionais.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidados Críticos, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The present report comes related to the 4th Masters Degree in Medical-Surgical Nursing, from Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, and intends to show my acquisition and development of skills as a Specialist Nurse in Medical Surgical Nursing, through the description and critical analysis of activities developed in curricular units of my clinical teaching practice, that occurred chronologically in Emergency Department(first practice), Critical Care Unit(second practice) of Hospital Dr. Nélio Mendonça and Palliative Care Unit (third practice) of Hospital Dr. João de Almada.

Although practice sectors differ in context, it is demanded in all of them highly complex and specialized care, either to a critical patient and/or to a palliative patient and family, which promoted the acquisition of specific and mutual competences as a Specialist Nurse and Master in Medical Surgical Nursing.

My first and second practice aim was the development of specific competences in caring for the patient going through complex stages of critical disease and/or organic failure; dynamizing response in calamity/emergency situations with multiple victims and also maximizing my intervention on preventing and controlling infection in a critical patient and/or organic failure.

My third practice is my option area and allowed the development of competences in caring for the palliative patient and respective carers/families, with severe or incurable disease in advanced, progressive and terminal stages; specifically in support and adjusting process to continuous losses, to death and mourning support. These competences were developed around the four essential pillars of palliative care: symptoms control, proper communication, family support and team-work, putting suffering relieve first with the purpose of preserving dignity, increasing quality of life and maximizing patients comfort.

Pathway concluded, I consider that I acquired the upper mentioned competences in a satisfactory way, which allowed me to provide specialized care in Medical Surgical Nursing, through decision making processes based on scientific evidence, on reflected actions and also on keeping a continuously updated scientific, technologic and relational knowledge.

Key-words: Medical-Surgical Nursing, Critical Care, Palliative care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

APA - American Psychological Association

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco operatório

BPS - *Palliative Performance Scale*

CAM - *Confusion Assessment Method*

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CE - Cuidados Especiais

CEU - Cuidados Especiais da Urgência

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

ECSCP - Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EEMC - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica

EIHSCP - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

ETC - Equivalentes a Tempo Completo

EV - Endovenoso

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

HJA - Hospital Dr. João de Almada

HNM - Hospital Dr. Nélcio Mendonça

IACS - Infecção associada aos Cuidados de Saúde

IM - Intramuscular
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
ITU - Infecção do Trato Urinário
NuDESC - *The Nursing Delirium Screening Scale*
OE - Ordem dos Enfermeiros
OM - Ordem dos Médicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPCO - Observatório Português de Cuidados Paliativos
PAI - Pneumonia associada à intubação
PAINAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*
PBCI - Precauções Básicas no Controle da Infecção
PCI - Intervenção Coronária Percutânea
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PE - Processo de Enfermagem
PIC - Pressão Intracraniana
PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos
PNS - Plano Nacional de Saúde
PSC - Pessoa em Situação Crítica
PSP - Pessoa em Situação Paliativa
RAM - Região Autónoma da Madeira
RASS - *The Richmond Agitation and Sedation Scale*
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RRCP- Rede Regional de Cuidados Paliativos
SC - Subcutâneo
SE – Sala de Emergência
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SO - Sala de Observação
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU - Serviço de Urgência
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
UC - Unidade Curricular
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
VV - Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1.CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	13
1.1. Caracterização dos locais de estágio	20
2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A)	31
2.2. Melhoria contínua da qualidade (B)	37
2.3. Gestão dos Cuidados (C)	41
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).....	44
3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	47
3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	48
3.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	64
3.3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas...	66
4. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	70
4.1. Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida	71
4.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.....	86

5. DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS	
COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	97
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

INTRODUÇÃO

Os avanços da medicina ao longo do século XX foram notáveis. Portugal à semelhança do que acontece com os países desenvolvidos assiste a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, e isso traz grandes desafios à sociedade, ao sistema de saúde e aos cuidados de enfermagem (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2020).

Com o propósito de responder especificamente às necessidades de saúde, a profissão de enfermagem tem evoluído a vários níveis: ao nível da formação e do conhecimento científico, ao nível tecnológico e ao nível da filosofia dos cuidados (Fronteira, 2020).

Uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e à Pessoa em Situação Paliativa (PSP) são constantes no meu quotidiano e dada a complexidade deste tipo de cuidados, surgiu a necessidade de evoluir, investir na formação e frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC). A escolha pelos Cuidados Paliativos (CP) prendeu-se por uma grande motivação pessoal e profissional e por ser uma área emergente do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O presente relatório de estágio surge assim, no âmbito do 4º Curso de MEMC da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), durante o ano letivo 2019/2021, na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio e sob orientação da docente Prof.^a Doutora Cristina Pestana

A elaboração deste relatório, intitulado “Desenvolvendo competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: do cuidado à pessoa em situação crítica ao cuidado à pessoa em situação paliativa”, tem como objetivo principal a sua apresentação e discussão pública para obter o grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Como objetivos específicos pretendo evidenciar todo o meu percurso de desenvolvimento ao longo deste curso, através de uma reflexão e análise crítica, baseado no conhecimento adquirido e desenvolvido durante o período teórico pela pesquisa e aprofundamento do conhecimento que acompanhou todo o curso; descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas, fundamentando-as cientificamente nos

referenciais da profissão e relacionando-as com as competências Comuns do enfermeiro especialista (EE) de acordo com o Regulamento nº 140/2019, com as competências específicas do EEEMC à PSC e à PSP contempladas no Regulamento nº 429/2018 e ainda com as competências de mestre explanadas no Decreto Lei nº 65/2018.

Nesse sentido e de acordo com o plano de estudos do curso MEMC da EESJC apresentado no Despacho n.º 8046/2015, as UC de ensino clínico englobam o estágio I – Urgência, o estágio II - cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção. Todos eles foram realizados sob a supervisão clínica direta de um EEEMC e sob a coordenação do docente coordenador e responsável pela orientação tutorial em cada UC.

Tendo como propósito o desenvolvimento das competências acima mencionadas, iniciei a preparação dos estágios I e II com a elaboração de um plano de atividades, em termos de horário e das atividades a desenvolver para a consecução das mesmas e para a preparação do estágio III elaborei um projeto de autoformação.

Relativamente à organização do presente relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresento uma contextualização do tema, a caracterização dos locais de estágio e o papel do EEEMC nos diversos contextos de estágio. De seguida, analiso de forma fundamentada o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com os quatro domínios. O terceiro capítulo, contempla o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, dando ênfase ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima e a intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infeção. O quarto capítulo, aborda o desenvolvimento das competências na área de Enfermagem à PSP e aos seus cuidadores/familiares com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, em torno dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. E por fim, no quinto e último capítulo relata o desenvolvimento dos conhecimentos e capacidades de compreensão referentes ao grau de mestre.

Para organizar e fundamentar o presente relatório recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo à evidência, científica, centrada nas experiências vivenciadas nos estágios, as situações-problemas encontradas, soluções propostas e dificuldades sentidas. Acresce ainda, referir que o presente trabalho foi elaborado de acordo com as normas e princípios da 7ª edição APA (American Psychological Association) emanadas pela ESESJC.

1.CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Os avanços da medicina ao longo do século XX foram notáveis; com o passar do tempo, a ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo ultrapassada com sucesso e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas pois todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, surgindo assim novos desafios. Se por um lado é possível prolongar a vida, por outro, estas mesmas pessoas tornam-se mais vulneráveis a outras situações patológicas, onde se incluem múltiplas infeções associadas ao recurso frequente aos cuidados de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2015; Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017; APCP, 2020).

De acordo com as estratégias delineadas no PNS – revisão e extensão a 2020, a resolução desta problemática passa por incentivar a natalidade, que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis e também que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados pelas doenças de evolução prolongada, doenças transmissíveis, trauma e às emergências de saúde pública (PNS, 2015; WHO, 2020).

Em concordância com Fronteira (2020) e, expressando a minha opinião, também a profissão de enfermagem assistiu nestas últimas décadas a uma evolução sem precedentes, para dar resposta às necessidades de saúde dos cidadãos e à crescente complexidade dos cuidados de saúde.

Em Portugal, mais especificamente, em 1981 foi criada a carreira de enfermagem, em 1988 a formação dos enfermeiros foi integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior, em 1996 foi regulamentado o exercício profissional dos enfermeiros e em 1998 foi criada a Ordem dos Enfermeiros (OE), com a publicação em Diário da República do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril (Subtil, 2017).

A OE é responsável pela regulamentação e controlo do exercício profissional, inclusive dos aspetos deontológicos e disciplinares. A sua existência permitiu desenvolvimento da profissão com a elaboração de documentos e diplomas que procuram ajustar a Ciência de Enfermagem, com responsabilidade, à prática.

O cuidar continua a ser a essência da Enfermagem, sendo transversal a toda a sua história e processo de profissionalização. A profissão de enfermagem foi definida no Decreto-Lei nº 161/96, como:

A profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Os cuidados de enfermagem exigem uma visão holística da pessoa, envolvendo as dimensões biológica, psicológica, sociocultural e espiritual, como um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. O “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2015, p.31).

Ao longo dos anos, vários conceitos, teorias e modelos de enfermagem foram desenvolvidos e reconhecidos na tentativa de transmitir as suas perceções teóricas para a prática de enfermagem. As teorias de enfermagem são guias extremamente importantes que ajudam os profissionais a criar, testar e aperfeiçoar um corpo específico de conhecimento, facilitando a compreensão das ações, dos objetivos e dos propósitos da prática, educação e investigação (Silva, 2002; Morais, 2012).

As teorias e modelos de enfermagem, de acordo com Ribeiro et al. (2016), são valorizados por várias organizações de saúde internacionais como uma ferramenta para alcançar a excelência nos resultados dos clientes e dos enfermeiros, uma vez que permitem aos enfermeiros integrar e articular as contribuições da teoria na prática e definir o relacionamento estabelecido entre enfermeiros, clientes e organizações, fornecendo bases para a prática de cuidados seguros, de qualidade e centrados no cliente, contribuindo para a uniformização das práticas de enfermagem.

A implementação das teorias e modelos de enfermagem estabelecem a base do conhecimento científico para estruturar o saber e organizar o cuidado, para uma prática profissional baseada em evidências, com consequências positivas para os clientes e para os enfermeiros. Nos clientes, destaca-se a promoção da saúde, bem-estar, prevenção de complicações e o aumento crescente da satisfação. Nos enfermeiros, verifica-se uma melhoria da comunicação, na autonomia, no trabalho em equipa, na gestão partilhada e no fortalecimento do compromisso com a organização e profissão, culminando com o aumento da satisfação destes profissionais (Ribeiro et al., 2016).

Sendo este trabalho desenvolvido na área do cuidado à PSC e na área da PSP, situações nas quais as pessoas estão sujeitas a processos diferenciados e complexos do seu estado de saúde, que se encontra alterado, senti a necessidade de recorrer à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma vez que as situações experienciadas fizeram-me refletir de uma forma crítica sobre o conforto como o alicerce na prestação de cuidados tanto à PSC, como à PSP e aos seus familiares. Reforçando esta opção, Cardoso et al. (2019), referem que o conforto tende a ser um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem, desejado por todos, principalmente em cuidados paliativos, tornando os cuidados mais humanizados.

O conforto tem sido referido frequentemente pelos autores como uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Kolcaba & Kolcaba; 1991; Kolcaba, 2003; Watson, 2002a; Yoursefi et al., 2009).

Verifiquei que o conforto é valorizado por todos os intervenientes envolvidos no processo do cuidar e, sobretudo é um resultado importante para a pessoa que enfrenta uma doença aguda e/ou ameaçadora de vida, sendo fundamental a avaliação de necessidades neste âmbito (Santos, 2013).

O conforto tem sido alvo de estudo nas últimas décadas e definido de diversas formas. As primeiras noções surgem com Florence Nightingale, a qual difundia que um bom profissional sabe o que fazer para um doente se sentir confortável. Desde então, manteve-se como foco dos cuidados de enfermagem (Santos, 2013).

A teoria do conforto, sendo também uma teoria de médio alcance, apresentou-se como um referencial teórico na enfermagem enquanto ciência, incentivando a interação, a autonomia e a valorização das necessidades do doente de partir da promoção do conforto, assim como a melhoria da qualidade de vida (Cardoso et. al., 2019).

São várias as teorias, modelos e perspetivas conceptuais de enfermagem que enquadram o conforto. Segundo Benner (1984) o conforto é um objetivo (resultado) da intervenção e uma competência do enfermeiro. Também Peplau, Orlando Roy e Leininger, consideram o conforto nas suas explicações teóricas, enquanto aspeto central na satisfação das necessidades das pessoas e na ação da enfermagem (Apóstolo, 2009).

Kolcaba (2003), contudo, refere que o conforto é uma experiência imediata e holística, fortalecido através das necessidades de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psíquico, social e ambiental).

O alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio; a tranquilidade consiste no estado de calma e/ou de

satisfação, que é importante para que haja um desempenho eficaz; finalmente, a transcendência, é o estado em que o doente sente capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003), alude que a experiência do conforto pode-se desenvolver em contexto físico, que diz respeito às sensações corporais (descanso, relaxamento, hidratação, oxigenação, dor, posicionamentos); contexto psico-espiritual que compreende a consciência interna de si próprio (autoestima, significado da vida); contexto sociocultural que abrange as relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo aspetos financeiros e informacionais da vida social; e contexto ambiental, que inclui as condições do meio (luz, barulho, equipamento, temperatura).

Segundo Dowd (2004), Kolcaba, na sua teoria, define alguns metaparadigmas, que por sua vez, também vão ao encontro dos padrões de qualidade definidos pela OE, nomeadamente nas definições de Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde.

O metaparadigma de Enfermagem, é visto como a avaliação intencional ou apreciação das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade, assim como a conceção de medidas de conforto para satisfazer as necessidades e proporcionar uma morte digna, tranquila e serena. A Pessoa é quem recebe os cuidados nos vários níveis de atuação e é influenciável pelo bem-estar e conforto. É um ser biopsicossocial, dotado de valores, crenças e desejos, o que o torna único e indivisível. O Ambiente, é o meio no qual as pessoas vivem e pode ser manipulado para melhorar o conforto. E por fim a Saúde, é conhecido como o estado subjetivo do funcionamento ótimo da pessoa, controlo do sofrimento, bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Para a pessoa com doença grave ou incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, pretende-se que obtenha mais qualidade de vida de acordo com o tempo de vida restante; neste contexto, não podemos falar em termos de ganhos em saúde, mas sim ganhos para alcançar o conforto desejado neste momento particular (Dowd, 2004; Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Para além destes quatro contextos da experiência de conforto que foram referidos, existem outras variáveis intervenientes que também influenciam o conforto. Kolcaba descreve estas variáveis intervenientes, como sendo as forças de interação que influenciam a perceção do recipiente acerca do conforto total (por exemplo: experiências passadas, idade, estado emocional, prognóstico, finanças).

Na sua teoria da promoção do conforto ao doente em fim de vida, Kolcaba destaca a importância de compreender se os cuidados vão proporcionar ou não conforto. Para isso,

deve-se elaborar um plano de cuidados humanístico, integrado e centrado no doente, que promova não só o seu conforto, mas também o dos seus familiares. É importante identificar as necessidades do doente/família, refletir se as intervenções planeadas são efetivamente medidas de conforto, definir quem é o alvo destas intervenções incluindo tanto o doente como a família neste processo, que deve ser direcionado para os seus objetivos (Santos, 2013).

Esta teoria ajudou-me a planear o meu percurso, trabalho e a desenvolver o pensamento crítico, contribuindo deste modo para a melhoria e especificidade dos cuidados de enfermagem na área de enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Paliativa.

Ao longo do percurso de aprendizagem recorri à utilização do processo de enfermagem (PE), como um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas: avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas das pessoas que recorrem aos serviços onde estagiei. A sua utilização permitiu prestar cuidados a doentes com grande instabilidade e complexidade, o que conduziu ao desenvolvimento de conhecimentos e competências nas respetivas áreas de atuação (Potter & Perry, 2003; Sampaio, 2019).

Ao longo da minha prática profissional no âmbito hospitalar (serviço de Dermatologia/Pneumologia), foram frequentes situações de agravamento clínico, em que foi fundamental uma intervenção imediata, assim como detetar precocemente sinais e sintomas para evitar situações mais complexas. Foram igualmente frequentes os contactos com pessoas em fim de vida, com doenças oncológicas, doenças crónicas incapacitantes e irreversíveis, o que me motivou a aprofundar os meus conhecimentos nestas áreas específicas e a frequentar o curso de MEMC e desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas.

Em concordância com Fronteira (2020), Silva (2018), Cordeiro (2015) e a OE (2015), reconheço que a enfermagem é vista pela comunidade profissional e científica, como uma profissão altamente qualificada e de grande relevância para a prestação de cuidados de saúde nos diversos contextos de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados.

Os cursos de especialização constituem um forte contributo para dar resposta às necessidades dos cuidados de saúde, pois o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem, numa área específica de intervenção, capacita o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa/família (Paz & Dagmar, 2011).

As competências dos enfermeiros resultam de características pessoais e gerais, sendo que as competências científicas correspondem ao domínio dos conhecimentos, as competências técnicas ao do saber fazer e as competências sociais ao domínio do saber ser. Estas competências caracterizam a profissão e a prática profissional e são consideradas como fundamentais, habilitando o enfermeiro no desempenho da sua profissão (Serrano, 2008).

A partir do desenvolvimento destas, o enfermeiro pode adquirir o título de enfermeiro especialista (EE), conferido pela Ordem dos Enfermeiros como referido no Regulamento nº 140/2019.

As competências comuns constituem um grupo de domínios que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

No âmbito da especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), os cuidados prestados têm com finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Devido à vasta abrangência da EEMC assim como às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, como consta no Regulamento nº 429/2018, no artigo 1º destacam-se diferentes áreas de enfermagem, nomeadamente à pessoa em situação crítica; à pessoa em situação paliativa; à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica.

Como referido anteriormente este relatório destacará as competências desenvolvidas ao longo deste percurso na área de enfermagem à PSC e na área de enfermagem à PSP.

Nos diversos contextos de estágio, verifiquei que tanto as situações de doença súbita como de agudização de doença crónica e /ou doença grave e incurável, estas são igualmente, por definição, momentos de crise, geradoras de stress e ansiedade, sendo o EEMC nas equipas, um elemento de referência na resposta às necessidades destas pessoas, seja do ponto de vista clínico e terapêutico, como na satisfação das necessidades humanas básicas, no

acompanhamento psicológico e emocional do doente e família/pessoas significativas e ainda constitui um elemento de referência para os seus pares, como enunciado nos padrões de qualidade de enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente no âmbito da satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e no autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Lopes et al. (2018), acrescenta ainda que os benefícios da especialização em Enfermagem vão também ao encontro dos objetivos delineados pelo SNS: “assegurar a proteção da saúde e garantir o acesso a cuidados a todos os cidadãos” (p.8).

Observei que o EEEMC durante a prestação de cuidados de enfermagem garante a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, pelo seu vasto conhecimento teórico, perícia técnica em diferentes áreas, confiança, liberdade, competências e qualidades, das quais destaco o pensamento crítico, a resolução de problemas e a aprendizagem ao longo da vida.

A pedido da OE, Mário Amorim Lopes, Sofia Cruz Gomes e Bernardo Almada-Lobo, em 2018, elaboraram um relatório, intitulado: “Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde”, de modo a constituir um acervo de evidência empírica, sobre o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem. Neste relatório, os autores abordaram vários estudos, onde demonstravam que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas são um forte contributo na redução das taxas de mortalidade e que, os serviços com menor percentagem de enfermeiros especialistas, apresentam maior tendência para taxas de mortalidade mais elevadas. Os estudos realizados revelaram que um aumento de 10% do número de enfermeiros e de enfermeiros especialistas poderá reduzir a mortalidade ajustada a 30 dias nos internamentos em 6% e 2%, respetivamente (Lopes et al., 2018).

Nessa linha de pensamento e de acordo com o Regulamento nº 743/2019 que aprova a norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a OE indica que o número de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são essenciais para dar resposta às reais necessidades de cuidados da população, para atingir índices de segurança e de qualidade, contribuindo assim, para um sistema de saúde mais eficiente e mais bem capacitado para responder às necessidades da população.

Refletindo sobre o meu percurso de desenvolvimento das competências na área de enfermagem à PSC e à PSP, afirmo que constituíram áreas essenciais na procura da excelência do meu exercício profissional, atualização contínua dos conhecimentos e

utilização competente das tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, contribuindo assim para o meu desenvolvimento profissional e por pugnar por uma Enfermagem capaz de responder às necessidades de saúde da comunidade.

1.1. Caracterização dos locais de estágio

A par da vertente teórica é preponderante a vertente prática do curso, dado que permite dinamizar conhecimentos teórico-científicos, bem como, habilidades técnicas e relacionais.

De acordo com o Despacho nº 8046/2015 referente ao plano de estudos do curso MEMC, as UC de ensino clínico englobam o estágio I - Urgência, o estágio II - cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção. Estes contemplam um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter para a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC.

Nesse âmbito, iniciei a preparação dos estágios I e II com a elaboração de um plano de atividades, as quais foram realizados sob a supervisão clínica direta de um EEEMC e sob a coordenação do docente coordenador e responsável pela orientação tutorial em cada UC e, no que concerne à componente teórico-reflexiva, para cada estágio elaborei um relatório e no mínimo duas reflexões críticas (segundo o ciclo de GIBS), que partilhei com o Enfermeiro tutor e com o coordenador da UC.

A unidade curricular de estágio I- urgência contemplou um total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 de estágio e 10 de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante.

Este estágio decorreu no serviço de urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), no período de 1 de setembro a 26 de setembro de 2020. A opção, pelo SU do HNM para a prática clínica, prendeu-se com o facto de ser um serviço de urgência polivalente (SUP) e ser considerado uma unidade de referência regional.

De acordo com o Despacho normativo nº 11/2002, “Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (p.1865).

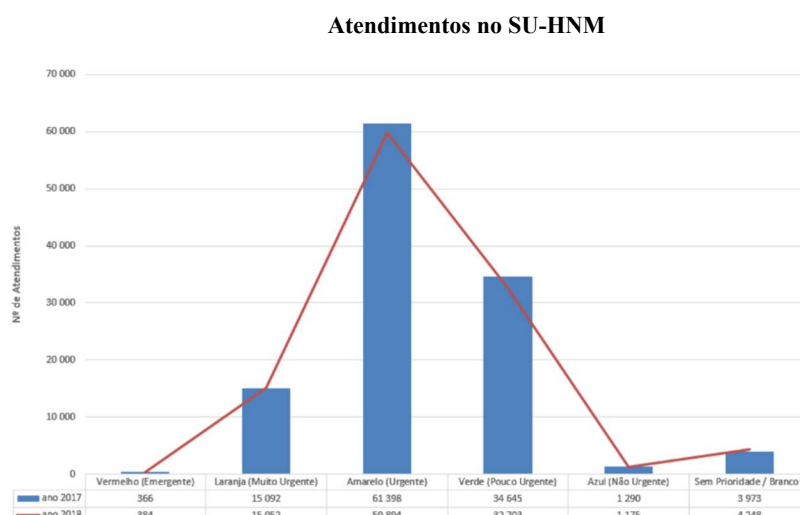
Os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2001). O SU do HNM recebe pessoas provenientes do domicílio, dos serviços de internamento, referenciados de outras instituições de saúde, ou

trazidos da rua pelos bombeiros ou pela Equipa Médica de Intervenção Rápida. É considerado o ponto estratégico onde o doente permanece a aguardar decisões clínicas/planos terapêuticos.

Como SUP é dotado de recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta a uma panóplia de situações clínicas de instalação súbita, desde as não urgentes até às mais emergentes do foro médico, cirúrgico, ortopédico e obstétrico, dando ainda resposta específica nas seguintes valências: neurocirurgia, imagiologia, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva e hiperbárica, como mencionado no Despacho nº 10319/2014.

De acordo com os indicadores mais recentes do serviço de saúde da região autónoma da Madeira (RAM), referentes ao ano 2018, foram atendidos neste SU cerca de 113 456 utentes, uma média de 310 utentes por dia.

Destaca-se um aumento do número de atendimentos emergentes e urgentes, em comparação com o período homólogo de 2017, no SU do HNM. Embora se registre um menor número de entradas no SU, o tipo de atendimentos registados requer uma abordagem mais complexa e diferenciada. Ainda, assiste-se a um aumento do número de atendimentos a pessoas idosos, utentes em maca, com maior dependência, que consomem mais tempo e mais recursos materiais (SESARAM, 2020).



Fonte: Indicadores de Serviço de saúde da RAM, 2020

Como podemos visualizar na figura acima apresentada, o número de atendimentos pouco ou nada urgentes tem vindo a decrescer. Esta diminuição é justificada pelo aumento do número de serviços disponibilizados pelos diferentes serviços de saúde do SESARAM, nomeadamente maior número de atendimentos nos Cuidados de Saúde Primários (SESARAM, 2020).

Este SU também garante o funcionamento dos sistemas de resposta rápida, com a Triagem de Manchester. Dá resposta às Vias Verdes (VV) coronária, sépsis, trauma e AVC (Acidente Vascular Cerebral). A VV coronária resulta da disponibilidade de Intervenção Coronária Percutânea. A VV da sépsis pela disponibilidade da Medicina Intensiva, estando esta unidade no mesmo piso que o SU. Também como centro de trauma, com a VV do trauma, com serviço de imagiologia adjacente ao SU, bloco operatório, e equipa de prevenção das especialidades cirúrgicas. Por último, a VV acidente vascular cerebral (AVC), dispõem de uma equipa com capacidade para o diagnóstico clínico, disponibilidade do serviço de imagiologia no SU e de uma unidade de AVC, também no mesmo piso do SU.

Em relação à sua estrutura física, encontra-se dividido por várias áreas de atuação de atendimento, segundo o grau de prioridade e necessidade terapêutica, seguindo a triagem de Manchester de acordo com a DGS (DGS, 2018).

Na parte exterior tem uma secretaria, para as admissões dos doentes e informações aos familiares, tendo sido criada uma sala de triagem avançada para utentes que tenham critérios clínicos e epidemiológicos para o SARS-COV-2. No seu interior, logo à entrada dispõe de um gabinete da Polícia de Segurança Pública, uma sala de triagem, com dois postos de atendimento, uma sala de espera comum à área médica e cirúrgica, com quatro gabinetes de atendimento, um gabinete para área de cirurgia e três de medicina.

A sala de tratamentos é uma sala transitória, onde se fazem as primeiras intervenções, sendo depois o doente encaminhado para outra sala.

A sala aberta, trata-se de um espaço mais alargado do corredor, onde permanecem doentes que necessitam de menor vigilância, aguardam efeito terapêutico, resultados de exames e também doentes com internamento de curta duração. A capacidade desta sala é muitas vezes ultrapassada, devido à grande afluência de doentes a este serviço e pela falta de capacidade dos outros serviços em termos de vagas para internamento.

A sala de recuperação, é a área onde os doentes da área de medicina e psiquiatria permanecem quando necessitam de vigilância intermédia.

Também dispõe de uma área de ortopedia, que contempla um espaço de atendimento médico e de enfermagem.

Uma área cirúrgica, que contempla uma sala de pequena cirurgia e uma sala de cirurgia, para doentes que necessitem de uma vigilância intermédia desta área.

Possui uma sala de observação (SO), com onze camas, destinadas a todas as especialidades médicas. Oito camas pertencem ao SO, duas são de cuidados especiais (CE), destinadas a doentes críticos, que necessitem de vigilância intensiva e de medidas de suporte de vida, e a última cama está numa sala de isolamento, destinada para proteger a pessoa isolada e/ou evitar a transmissão de micro-organismos para outras pessoas.

E por fim, tem uma sala de emergência (SE), localizada junto à entrada, numa zona central, com acesso próximo à imagiologia, ao serviço de medicina intensiva, e ao elevador para o bloco operatório, que fica no andar superior.

A equipa de enfermagem, é constituída por aproximadamente 85 enfermeiros, dos quais dezassete são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, oito especialistas em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, quatro especialistas em enfermagem de saúde comunitária e um especialista em enfermagem de reabilitação.

Os enfermeiros são distribuídos por cinco equipas, havendo por cada subequipa um enfermeiro responsável (chefe de equipa), que faz a gestão de recursos humanos e materiais nas várias áreas, apoio e orientação à equipa de enfermagem nos cuidados ao doente/família e por facilitarem a comunicação entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar.

A unidade curricular de estágio II- cuidados intensivos contempla um total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 de estágio e 10 de Orientação Tutorial) e 110 horas de Tempo Individual do estudante e decorreu na unidade de cuidados intensivos polivalentes (UCIP) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça.

A opção por este local prendeu-se com o facto de ser a única unidade de nível III na RAM, avaliada pelo modelo *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), no nível Bom e ser o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

O serviço de medicina intensiva, localiza-se no andar técnico e tem uma lotação de 14 camas no total em duas áreas físicas distintas. A UCIP 1 possui onze camas e as restantes ficam na unidade dos cuidados especiais da urgência (CEU). O serviço dispõe ainda de um sector de apoio com gabinetes, copa, arrecadação de materiais, vestiário e sala de pausa.

As unidades de cuidados intensivos são locais qualificados para assumir a total responsabilidade à pessoa com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e recuperando as falências de órgão com implicações vitais através de saberes, tecnologias e metodologias muito próprias (DGS, 2003; Teixeira et al., 2017).

De acordo com a DGS (2003), as UCIP são definidas e reconhecidas em função de três critérios major: prática (contínuo de ações e procedimentos humanos e instrumentais de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados 24h por dia); avaliação (natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevida, capacidade de recuperação das funções vitais, disponibilidade, capacidade para acorrer às necessidades, definição dos recursos necessários e avaliação do respetivo desempenho) e investigação (monitorização contínua de cada um e do conjunto de clientes, acumulação de experiência, sistematização e enriquecimento de saberes).

A UCIP do HNM como unidade de nível III, cumpre com o preconizado pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, funcionando com quadros próprios, (equipa médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, com intensivista em presença física 24 horas, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, ainda dispõem ou implementa medidas de controlo contínuo de qualidade, tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos, constituindo a Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (DGS, 2003).

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros/as dos quais 16 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, cinco especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas.

Segundo Baid et al. (2016), os cuidados intensivos tem apresentado um marcante crescimento nas últimas duas décadas, devido ao número crescente de doentes com doença aguda no ambiente hospitalar, a população envelhecida com níveis aumentados de comorbidade, uso de modalidades e tecnologias avançadas de tratamento e maior complexidade das necessidades do doente.

A DGS (2003) e Baid et al. (2016) referem que estas mudanças deram origem a um conceito de “cuidados intensivos fora de portas”; este conceito na prática faz com que o serviço de medicina intensiva esteja articulado com os serviços de urgência, os blocos operatórios, os sistemas de emergência intra-hospitalar, como as funcionalidades das vias verdes, as unidades intermédias e outros serviços onde se encontram doentes, que, embora sem estarem em situação crítica necessitam de vigilância 24 horas.

Em concordância com Baid et al. (2016) e expressando a minha opinião esta articulação é vantajosa, permitindo assim um fornecimento de cuidados agudos e críticos e uma otimização de recursos, ajudando na identificação precoce e tratamento de doentes que podem beneficiar de internamento nos cuidados intensivos, no desenvolvimento de redes de

cuidados intensivos para partilhar padrões e protocolos, desenvolver a prestação de cuidados futuros e o desenvolvimento da força de trabalho para garantir que toda a equipa que cuida tenha conhecimento e treino suficientes.

O internamento no contexto de cuidados intensivos constitui um desafio e é considerado uma situação de crise, afetando a vida pessoal do doente e dos membros da sua família, que ultrapassam aspetos diretamente relacionados com a doença e que conduzem muitas vezes a sentimentos de desamparo e impotência (Knapp et al., 2013).

Nesse sentido os cuidados de enfermagem à PSC, contemplaram o conceito doente e a família como uma entidade inseparável, sendo as intervenções também orientadas para a família; como refere Knapp et al. (2013), a doença de um membro da família afeta sistematicamente os restantes membros.

Constatei que, muitas vezes, as famílias encontravam-se num estado de vulnerabilidade, tanto pelo stress que vivenciam, quer pelo ambiente desconhecido de uma unidade de cuidados intensivos, com a presença de equipamentos técnicos e complexos, as quais foram referidos pelos mesmos como assustadores.

Por outro lado, a avaliação da família fornece informação importante para o desenvolvimento do plano de cuidados. Informação essencial que deve ser reunida na avaliação inicial e outros dados adicionais que devem ser colhidos, quando possível, durante as visitas.

Para este local de aprendizagem é exigido um corpo de saberes próprios, conhecimentos do foro técnico-científico, bem como habilidades do foro relacional. Pretende-se prestar cuidados diferenciados e complexos bem como conduzir uma avaliação e intervenção célere, adequada e atempada (Serrano, 2008; Castellan et al., 2015).

Segundo Castellan et al. (2015), os enfermeiros que trabalham nestes contextos devem ter um vasto corpo de conhecimentos e perícia técnica, e competências apuradas no raciocínio clínico e na tomada de decisão.

São cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa de modo a responder às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Exigem por parte do EEEMC uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil como preconizado no Regulamento nº 429/2018.

Após a realização de dois estágios dirigidos à PSC, optei por desenvolver o meu estágio de opção na área da PSP. A opção por esta área, prendeu-se à crescente necessidade de CP, motivações e necessidades pessoais. Partindo da minha experiência profissional, posso afirmar que emergiram alguns constrangimentos na abordagem à pessoa/família que carecem destes cuidados, o que me fez querer aprofundar a minha intervenção na área da PSP, de modo a desenvolver o aperfeiçoamento, quer do plano de cuidados de enfermagem, quer da tomada de decisão de forma a promover autonomia profissional e, consequentemente a valorização da pessoa em todas as dimensões.

A unidade curricular de estágio III- Opção contemplou um total de 375 horas: 210 horas de contacto (198 de estágio e 12 de orientação Tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante.

O estágio III, decorreu na Rede Regional de Cuidados Paliativos (RRCP), no período de 11 de janeiro a 17 de fevereiro de 2021, mais especificamente na unidade de cuidados paliativos (UCP) do Hospital Dr. João de Almada (HJA), por ser a única na região e ser uma unidade acreditada pelo modelo ACSA, no nível Bom.

Para a realização deste ensino clínico, foi elaborado um projeto de autoformação, claramente orientado para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa/família em situação paliativa e consequentemente uma prestação de cuidados de Enfermagem especializados de qualidade para garantir conforto, qualidade de vida, segurança e satisfação do doente e família.

Como consta no plano estratégico para o desenvolvimento dos CP, referente ao biénio 2017/2018, estimava-se um aumento do número de portugueses que necessitavam de cuidados paliativos (75.614 a 89.861 pessoas). Este aumento reflete, muito provavelmente, o envelhecimento da população e as doenças a ele associadas, nomeadamente as degenerativas e as oncológicas (CNCP, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, também estima que, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas necessitam de CP em todo o mundo e reconhece a eficiência e custo-efetividade de diversas formas de organização de CP no alívio do sofrimento. Assim, o desenvolvimento de modelos de CP, plenamente integrados nos sistemas nacionais de saúde e na continuidade de todos os níveis de cuidados, é considerado pela OMS uma responsabilidade ética de cada Estado (Hassankhan. et al., 2019; WHO, 2020).

Uma estratégia pública de CP é a que oferece à população a abordagem mais adequada face aos seus problemas, considerando perspetivas e procedimentos baseados na evidência, no seu custo-benefício e equidade (PNS 2015; CNCP, 2019).

Em 2012, pela Lei nº 52/2012, referente à Lei de Bases dos Cuidados Paliativos nasceu a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) com o intuito de “prestar cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva” (p.2).

Assim sendo e segundo a Lei acima mencionada, os CP foram definidos como:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

É hoje internacionalmente reconhecido que, quando aplicados precocemente, os CP trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática das pessoas, a sobrecarga dos familiares/cuidadores, diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuem os custos em saúde (Dionne-Odom et al., 2015; Kessell, 2016; CNCP, 2019).

De acordo com a Lei nº 52/2012; WHO (2014); CNCP (2019); APCP (2020) e Gomes et al. (2020), os cuidados paliativos constituem hoje um direito humano fundamental, sendo uma resposta indispensável aos problemas do final da vida. Em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada Homem é preciso torná-los cada vez mais uma realidade.

Os cuidados paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim. Pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte; este período pode ser de semanas, meses ou algumas vezes anos, sendo exigidos a estes profissionais cuidados profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções (Neto, 2010; APCP, 2020).

Tendo em conta o Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M, que considera os cuidados paliativos um imperativo ético, organizacional e, até um direito humano e uma área de desenvolvimento técnico fundamental nos sistemas de saúde surgiu a RRCP, que

estabeleceu as normas enquadradoras gerais do seu regime jurídico, da sua organização e do seu funcionamento em obediência aos princípios e normas estabelecidos pela Lei nº 52/2012.

De acordo com a legislação acima referidas, a RRCP encontra-se organizada em três áreas distintas, porém interligadas: Unidade de cuidados paliativos; Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

A articulação destes três domínios de intervenção proporciona uma referenciação precoce às equipas, permitindo deste modo responder às necessidades destes doentes.

A rede é constituída por uma única equipa e com um único objetivo, o de proporcionar de forma adequada, a acessibilidade a todos os cidadãos da RAM com diagnóstico de doença incurável e progressiva, com expectativa de vida limitada, com intenso sofrimento e/ou com problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

A equipa da UCP é composta por seis médicos (dois dos quais a tempo inteiro e outros quatro em tempo parcial), treze enfermeiros (um especialista em enfermagem médico-cirúrgica (enfermeiro chefe do serviço); dois especialistas em enfermagem saúde mental e psiquiatria, três com formação de nível intermédio/avançado em CP e os restantes com nível básico), dez assistentes operacionais; um assistente social, um psicólogo, apoio do nutricionista, apoio de um assistente espiritual, apoio de um farmacêutico e assistente administrativo.

A UCP possui no total onze camas para internamento, quatro quartos duplos, três quartos individuais e todos dispõem de casa de banho privada. Usufri ainda de uma sala de trabalho multiprofissional, uma arrecadação, zona de sujos, sala de refeições, sala de estar e um espaço exterior (varanda e jardim), com uma vista privilegiada sobre a cidade do Funchal, que é muito apreciado pelos utentes.

Dispõe igualmente de consultas médicas e de enfermagem telefónicas, dando a oportunidade de os utentes e familiares/ cuidadores, seguidos pela equipa de apoio ao domicílio, contactarem o serviço das 09 horas às 14 horas, em dias úteis.

No contexto do domicílio, os doentes e famílias, apresentavam necessidades de complexidade baixa a intermédia, experienciavam uma trajetória de sintomas não complicados. Importa salientar que se não tivessem o apoio de equipa de CP poderiam evoluir para situações mais complexas.

O contexto de internamento, onde realizei grande parte do meu estágio, destina-se a doentes com problemas persistentes de alta intensidade ou complexidade em qualquer das

dimensões do sofrimento pelo que requerem uma intervenção direta da equipa de CP (Radbruch L., et al. 2009; APCP, 2016).

De acordo com o referido por Sapeta e Capelas (2015), APCP (2016), CNCP (2016) e com o experienciado ao longo deste percurso, os doentes não apresentam o mesmo nível de complexidade e nem todos exigem o internamento, no entanto, todos necessitavam de uma intervenção da equipa especializada de CP. Deparei-me com diversas situações de grande complexidade e de grande instabilidade resultantes de diferentes condições do doente, nomeadamente: fases da doença que se encontravam, reabilitação, pré-terminal, terminal ou em fase final; características do doente (personalidade, experiências prévias, idade, fase do ciclo de vida); estado clínico: doença/ impacto negativo, evolução rápida, crises frequentes, diferentes tipos de tratamento, múltiplos sintomas (mais de três sintomas descontrolados), nível de dependência; estado emocional (ansiedade, depressão, alterações do comportamento e nas relações sociais, adaptação à doença, autoconceito, autoestima); situação familiar (presença de conflitos, ausência de cuidador ou incapaz, dificuldades económicas); intervenção de outras equipas (necessidade de múltiplos recursos, profissionais, equipas e tratamentos); existência de dilemas éticos associados (sedação, nutrição, hidratação, pedido de eutanásia) e diferentes valores, atitudes e crenças.

Apercebi-me de toda a dinâmica e que as referenciações são efetuadas on-line e/ou telefonicamente para o HJA, as quais são registadas num modelo específico de referenciação para posterior contacto por parte dos elementos da equipa consultora numa primeira fase, para melhor resposta clínica. A decisão final da admissão de internamento é um processo interno da equipa de CP. Os doentes com sintomas complexos são internados na unidade, desde que haja avaliação clínica minuciosa e disponibilidade de cama, podendo, no entanto, sempre que possível a equipa dar apoio no local onde o doente se encontra.

Neste momento não existe EIHSCP. Mas observei que algumas especialidades contactavam telefonicamente a equipa da RRCP, a pedir recomendações, mediante as necessidades avaliadas, e com esta colaboração estreita melhorar a qualidade de vida do doente, apoiando os profissionais de saúde e partilhando assim responsabilidades.

A ECSCP, funciona de Terça a Sexta-feira, das 08 horas às 14 horas, exceto feriados. Durante esta prática, tive o privilégio de colaborar (dois turnos) nas consultas domiciliárias, que foram realizadas por um médico e um enfermeiro com formação avançada em cuidados paliativos. No entanto, constatei que devido ao número insuficiente de enfermeiros na equipa, muitas vezes a consulta é realizada apenas pelo médico.

É visível que o horário de funcionamento ECSCP é insuficiente, deixando de fora muitas pessoas e familiares, o que parece estar em concordância com os investigadores Gomes et al. (2020), quando referem que o investimento feito a nível nacional ao longo dos anos tem sido deficitário em relação às necessidades e os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detetadas.

Segundo Capelas (2009) as equipas de cuidados domiciliários são consideradas o pilar de toda a rede de cuidados paliativos, sem os quais o doente não deixará de estar hospitalizado ou institucionalizado. Em concordância com o autor, considero indispensável a presença de um enfermeiro, com formação avançada em cuidados paliativos, para dar resposta a todas as necessidades das pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, nos contextos de cuidados de saúde domiciliários.

Apercebi-me, que esta situação gerava na equipa de enfermagem uma fonte de stress e insatisfação, por não conseguirem dar o adequado seguimento aos doentes como desejariam. De modo a dar resposta a esta necessidade, promovi na equipa uma discussão sobre a mesma, e foram delineadas algumas estratégias de modo a serem implementadas com prioridade, como por exemplo, a realização de turnos extraordinários até à chegada de novos elementos de enfermagem na equipa.

Realizei também uma reflexão, sobre o benefício destes cuidados para a pessoa/família com doença avançada, que partilhei com a equipa multidisciplinar.

2. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A profissão de Enfermagem, assume hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade mais comum que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, a OE define especialista, como:

(...) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

De acordo com o Regulamento acima referido, as competências comuns do EE constituem um grupo de domínios que são transversais a todos os enfermeiros especialistas independentemente da área de especialidade, e decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Estes envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que contribua para o avanço e melhoria da prática de enfermagem.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A)

Atendendo ao domínio da competência “responsabilidade profissional, ética e legal”, ao longo deste processo de desenvolvimento profissional agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional de forma a garantir os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Nesse sentido orientei a minha prática de acordo com Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), inserido na Lei nº 156/2015, onde estão definidos os princípios gerais regentes da profissão, bem como um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro indicados à sua prática, o que se revelou um pilar essencial na prestação dos meus cuidados.

Considerando a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e de forma a garantir os melhores cuidados e respostas satisfatórias para os diversos problemas encontrados, a minha prestação de cuidados assentou nos princípios éticos e deontológicos, respeitando os princípios básicos, nomeadamente o respeito pela

autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana como indicado no CDE.

O princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar os outros a ganhar ou a ter o que é para seu benefício, enquanto o princípio da não-maleficência implica em não fazer o mal. Nunes (2008), alude que não causar dano é imperativo e que é mais obrigatório do que a exigência de promover o bem.

É de salientar que a aplicação prática do princípio de beneficência é muito complexa. Por vezes a ponderação entre risco e benefício não é fácil, uma vez que depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da reflexão das consequências individuais e sociais, entre outros fatores. Nesse âmbito e no decorrer dos meus estágios I e II, deparei-me com questões relacionadas com a obstinação terapêutica, associados a pessoas em estado terminal e outras em situação crítica sem prognóstico de recuperação.

Foram várias as situações que me levaram a refletir sobre estas questões, de uma forma singular e concreta em cada caso. O EEEMC deve sensibilizar os pares para a reflexão e atuar como modelo aos restantes profissionais. Nesse sentido, sempre que oportuno e possível debati em equipa multidisciplinar, assim como com o doente e a família a proporcionalidade dos cuidados e seus custos/benefícios, potenciando respostas responsáveis e com o cuidado exigido, tendo em conta que o nosso agir foi sempre orientado para o benefício do doente nunca deixando, porém, de respeitar a sua autonomia.

O cuidado especializado à PSC e à PSP pressupõe igualmente o exercício profissional no respeito pela dignidade humana, sendo esta a base da relação de qualquer plano de cuidados, assim como o respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida face ao seu projeto de cuidados em fim de vida.

O SU, por ser um serviço de muita afluência de pessoas, habitualmente não têm visitas e devido à atual situação pandémica, as pessoas não tinham direito a um acompanhante. Verifiquei que muitas vezes as pessoas são desprovidas dos seus itens pessoais (como os meios auxiliares de visão/audição, telemóvel, roupa), a mobilidade fica reduzida, há ruído contínuo, independentemente da hora do dia e da noite.

Nunes (2015) refere que no contexto do serviço de urgência é difícil proteger a informação e garantir a confidencialidade da informação clínica, devido às circunstâncias do espaço e à falta de privacidade física.

Atendendo ao referido pela autora acima mencionada, outra situação que me chamou à atenção, foi a passagem de turno ser efetuada em frente dos doentes presentes na

sala (SO, CE e UCIP). A privacidade também diz respeito à sua informação clínica e de acordo com a Lei nº 15/2014, “a pessoa internada tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais” (p. 2128). Assim, aquando da passagem de turno, passava os doentes com tom de voz mais baixo, de modo a manter a privacidade e o sigilo perante outros doentes.

No estágio II verifiquei que os doentes se encontravam descobertos, apesar dos profissionais terem à sua disposição material para cobrir o doente, porque devido a apresentarem situações clínicas instáveis era necessária uma vigilância da perfusão dos tecidos, avaliação direta da respiração, arrefecimento corporal, entre outras situações.

Durante a prestação dos cuidados tentei sempre respeitar a privacidade do doente e de modo a promover o respeito pela privacidade da PSC, recorri a estratégias como a utilização de biombo e/ou cortinas durante a prestação de cuidados, levar os doentes ao WC (quando possível), gerir a alocação de doentes agitados, colocando-os em espaços mais calmos.

Em situações de emergência e de alteração do estado de consciência, atuei de acordo artigo 103º, do código deontológico dos direitos à vida e à qualidade de vida, atribuindo à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protegi e defendi a vida humana em todas as circunstâncias (OE, 2015).

Quanto aos assuntos relativos ao fim da vida considero-os um desafio, pois envolvem diversos conceitos relacionados com a ciência e religião, caráter humanístico, social, jurídico, bioético e moral (Alcântara, 2020).

Nesse âmbito, na abordagem à pessoa e seus familiares a vivenciar um processo de doença avançada, dei importância a questões relacionadas com o fim de vida, tendo fomentado o debate sobre desejos, preferências, medos, sentimentos, crenças, valores, sobre intervenções e respetivos cuidadores, por quem gostariam de ser acompanhados, entre outras.

No estágio III, deparei-me com pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, que se encontravam vulneráveis, frágeis e com a autonomia reduzida, que precisavam de serem protegidas e suportadas nas suas decisões.

As intervenções levadas a cabo contribuíram para diminuir a vulnerabilidade, através de cuidados que visam diminuir o sofrimento, como por exemplo atenuar os sintomas da doença. Neste contexto, o objetivo dos cuidados foi preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas sim a dignidade humana, dando a possibilidade a cada ser humano, por intermédio da consciência, agir livremente e se autodeterminar (Nunes, 2008; Alcântara, 2020).

O princípio da autonomia da pessoa é igualmente importante para que esta possa manter a sua autodeterminação com vista à tomada de decisão. Segundo Nunes (2008), respeitar a autonomia implica o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesmo (livre e autónoma), capaz de gerir e decidir por si mesma.

A pessoa tem o direito de ser informada sobre o estado clínico e decidir, quando dotado de reconhecida capacidade para, sobre os seus cuidados de saúde. Este direito está também contemplado pela Lei nº 95/2019, referente à Lei de Bases da Saúde, que refere o direito das pessoas em:

ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar (p.56).

Ao longo da minha prática, assumi o dever de “informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” como indicado no artigo 105º, da Lei nº 156/2015, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (p. 8079).

Tentei ao máximo, fornecer a devida informação, de maneira a que as pessoas pudessem ser livres e esclarecidas nas suas decisões e subsequentemente respeitar essas mesmas decisões.

Exemplifico com a situação de um adulto jovem de 39 anos, com doença oncológica avançada, que por estar devidamente informado sobre a evolução da sua doença, decidiu de forma livre e esclarecida, sobre os cuidados de saúde que lhe eram propostos. Decidiu: suspender tratamentos curativos (quimioterapia), escolher o local preferido de prestação de cuidados e de morte (internamento na UCP), recusou a colocação de sonda nasogástrica e outros dispositivos invasivos e nomeou como procurador de cuidados de saúde a sua esposa. Todas as suas decisões foram sempre respeitadas e os planos de cuidados foram ao encontro das suas vontades.

Na ausência de capacidade para a tomada de decisão por parte do doente, a equipa deve decidir o melhor, sendo por isso importante que a equipa tenha conhecimento do projeto de vida do doente (Silva & Alvarenga, 2014).

Segundo Nunes (2008), o princípio da justiça, alude que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças. No decorrer dos meus estágios fiz uma gestão adequada dos meus cuidados para “*dar a cada um o que lhe é devido*”, de acordo, com as necessidades reais de cada pessoa e família. Como exemplo, recordo-me de algumas situações de agudização

(dispneia, dor severa, hemorragia) em que tive de ter uma intervenção em tempo útil, priorizando os cuidados a essas pessoas de acordo com as suas necessidades naquele momento.

Considero que todos os princípios acima referidos não têm relação simples nem hierárquica. Foram inúmeras as vezes que me questionei: *Estamos a fazer o bem a esta pessoa e à a sua família? Isto é o que deseja esta pessoa?* Estas perguntas ajudaram-me a orientar o meu agir e o processo de tomada de decisão. Algumas vezes tive de atribuir prioridade ao princípio da beneficência, colocando em primeiro lugar a saúde e a vida, mas em outros casos, dei primazia ao princípio da autonomia, respeitando na globalidade a decisão e a vontade da pessoa, ou seja, o respeito pela dignidade da pessoa.

O confronto com situações complexas foram frequentes nestes contextos (SU, UCIP, UCP), necessitando de reflexão e por conseguinte, tomada de decisão.

Em concordância com Nunes (2015) destaco algumas das questões e problemas éticos mais frequentes identificados por mim e pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica: qual a pessoa de referência do doente sedado/ inconsciente? Remoção das roupas e objetos pessoais como rotina do serviço. Dificuldade de estabelecer comunicação verbal (e não verbal) com pessoas com ventilação mecânica invasiva. Como é possível garantir o sigilo no SU? Passagem de turno junto dos clientes.

Durante o estágio na UCP, apercebi-me que alguns dilemas e problemas éticos, estavam relacionados com a gestão de visitas devido à atual situação pandémica, a sedação paliativa, a alimentação em fim de vida, entre outros. Apercebi-me que estes temas perturbavam a consciência dos enfermeiros, visto que o bem-estar e a segurança do utente e suas famílias dependem, muitas vezes das suas decisões. Estas podem ser complexas, necessitando de ser cuidadosamente refletidas, analisadas e ponderadas, procurando perceber todos os elementos envolvidos.

Outra situação marcante experienciada está também relacionada com a atual situação pandémica. Observei que os profissionais tiveram que modificar alguns comportamentos nos cuidados prestados à pessoa/família em fim de vida, provocando nos mesmos alguns conflitos e dilemas éticos, resultantes de determinadas intervenções, ou falta delas e, em concordância com Escuin et al. (2020), esta situação de crise poderá levar à depressão, ansiedade e sofrimento pós-traumático dos profissionais.

Considero que as regras criadas pela DGS, são importantes no sentido de reduzir ao máximo a propagação do vírus junto de pessoas e das consequências da doença. No

entanto, o preço que algumas pessoas e respetivas famílias tiveram de pagar foi muito alto, porque tiveram de abdicar da sua família, de momentos partilhados com quem amam. O drama para estas pessoas pode não ser ter COVID-19, mas sim, não viver este último tempo da sua vida como desejavam. Importa ainda lembrar que neste caso, apanço que perante situações em fim de vida, incentivei a equipa e mobilizei todos os recursos disponíveis para organizar um encontro, uma possibilidade de despedida em segurança para todos os intervenientes.

Segundo Alcântara (2020), os dilemas éticos explanados pelos profissionais de saúde ao enfrentar processos de finitude perpassam a limitação de recursos humanos, dificuldade na comunicação e a dificuldade em tomar decisões.

Nunes (2011), menciona que existem vários modelos de tomada de decisão, que traduzem o percurso de pensamento crítico desde a identificação do problema até à decisão que fundamenta os atos profissionais. E os enfermeiros podem optar por diferentes modelos, uma vez que são sistemáticos, no entanto nenhum deles garante a “resposta certa”.

Para tomar decisões prudentes, ou seja, decisões corretas e racionais, é preciso conhecimento e experiência profissional, respeitando o processo de tomada de decisão, sendo necessário questionar a incerteza, conhecer o contexto, a circunstância específica do problema ético e prever as possíveis consequências (Nora et al., 2016).

Para tal, fomentei nas diversas equipas algumas estratégias facilitadoras da tomada de decisão, nomeadamente, as discussões e debates entre a equipa, que foram fundamentais para promover o raciocínio ético que a tomada de decisão exige. Semelhantes às habilidades clínicas, as habilidades éticas também podem ser adquiridas pela experiência e podem melhorar ao longo do tempo, através de uma abordagem adequada e com o uso de diferentes estratégias de apoio, contribuindo, desta forma, para uma prática profissional de excelência.

Termino este subcapítulo afirmando que as atividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, como mencionadas no Regulamento nº 140/2019:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2.2. Melhoria contínua da qualidade (B)

A qualidade em saúde é referida como um processo contínuo de atividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objetivo de melhorar a qualidade efetiva dos cuidados prestados. Corresponde ao tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes (Dias, 2014).

Segundo o PNS 2020, a melhoria da qualidade no Sistema de Saúde constitui um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (PNS, 2020).

A segurança é um aspeto primordial para a confiança dos doentes no sistema de saúde. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, os EE são reconhecidos como elementos-chave na manutenção do ambiente terapêutico seguro.

O EE deverá “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, como referido no Artigo 109º do CDE, inserido na Lei nº156/2015 (p.8080).

Sabendo que uma prática reflexiva facilita uma mudança sustentada, coligando os saberes aprendidos da teoria à técnica, desenvolvi atividades que visam a melhoria contínua da qualidade, suportadas pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à PSC e à PSP (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017). Estes constituíram um referencial para a minha prática e ajudaram-me a precisar o papel do EE junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais e do público em geral.

Indo ao encontro da competência (B2), referida no Regulamento nº 429/2019, como futura EE desenvolvi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Ao longo dos estágios adotei um conjunto de atividades que considero essenciais, como garantir a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, correta utilização da medicação com práticas seguras na preparação e administração de medicação, gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, gestão de forma diferenciada da dor e o bem-estar da pessoa, identificação inequívoca dos doentes, prevenção da ocorrência de quedas, prevenção da ocorrência de úlceras de pressão,

garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e ainda investi intensamente na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

No SU devido à grande afluência de utentes, apercebi-me da importância da necessidade de separar as situações menos graves das verdadeiras urgências, cujo atendimento constitui o objetivo principal deste SU. Assim, com esta separação é possível um atendimento de melhor qualidade das situações emergentes, muito urgentes e urgentes.

De acordo com DGS (2018), a aplicação do protocolo da triagem de *Manchester* permite classificar o utente numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial. Emergente (vermelho = 0 minutos) tem entrada direta para a sala de reanimação; muito urgente (laranja = 10 min) terá um atendimento muito rápido; urgente (amarelo = 60 min); menos urgente (verde = 120 min) e não urgente (azul = 240 min).

Feita a triagem, é colocado uma pulseira, com a sua identificação, cor e área de atendimento, sendo encaminhados para os diferentes sectores consoante o grau de prioridade.

Constatei que o EEEMC neste SU não faz triagem, mas na minha opinião considero que o deveria fazer, pois considerando as competências mencionadas no Regulamento nº 429/2018, a complexidade das situações e as respostas necessárias neste contexto, este possui conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, de modo a prever e detetar precocemente complicações com vista à sua recuperação total.

Durante a prestação de cuidados à PSC, e de modo a melhorar a segurança dos doentes baseei a minha prática em conhecimentos válidos, protocolos, normas e algoritmos que potenciam a uniformidade no cuidar, o que vai ao encontro da unidade competência: “Avalia a qualidade das práticas clínica” (B2.1), referida no Regulamento nº 140/2019, (p.4747)

De acordo com o experienciado no SU, mais especificamente na sala de emergência, tive a oportunidade de aplicar o algoritmo do suporte avançado de vida, paragem cardiorrespiratória traumática, algoritmo das taquicardias, algoritmo das bradicardias, o acionamento das “vias verdes” AVC, trauma e coronária e pude verificar que as VV são relevantes, pois permitem sistematizar e promover o atendimento de situações críticas o mais precoce possível para o melhor tratamento.

Na UCIP tive igualmente oportunidade de fortalecer a minha prática com base nos protocolos existentes no serviço, executados pela equipa multidisciplinar, que permitem dar

aos profissionais autonomia e segurança no exercício das suas funções; como exemplo dos mesmos destaco: gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxico-isquémica pós Paragem Cardiorrespiratória (PCR), administração antibiótica com vancomicina em perfusão contínua, monitorização do potássio sérico, nutrição entérica, monitorização da glicémia e administração de insulina actrapid, administração de noradrenalina, ventilação mecânica em decúbito ventral, alta e transferência de utentes para outros serviços, visita extra horário normal, aspiração de secreções com sistema fechado *Ty-care*, entubação endotraqueal, manuseamento do equipamento de monitorização da Pressão Intracraniana, monitorização da pressão arterial invasiva, cateterização de veia central, posicionamento do doente com traumatismo vertebro medular, preservação da privacidade e intimidade do doente, entre outros.

Na UCP também apliquei alguns dos protocolos inerentes ao serviço, como: o *delirium*, algoritmo das náuseas e vômitos em CP, obstipação, sedação paliativa, dor, hemorragia, dispneia, entre outros.

Na minha opinião, a existência dos protocolos, são uma mais-valia, tanto para a satisfação do cliente, como para o equilíbrio, efetividade e excelência dos cuidados prestados. Alves et al. (2014), referem ainda que estes permitem a uniformização de procedimentos dos profissionais, a redução da ocorrência do erro humano e simultaneamente, a realização de cuidados de qualidade, antecipando e preparando suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente, bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, constituindo estas, ações que estimulam a qualidade nos serviços onde realizei estágio.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, referido no despacho nº 1400-A/2015, a notificação de incidentes de segurança é considerada uma ferramenta importante para identificar os riscos, perigos e as vulnerabilidades de uma organização e ainda possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Neste âmbito, no decorrer das minhas práticas, como futura EE estive atenta à gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuei proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e geri o risco, como descrito no Regulamento nº 140/2019, “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (B3) (p.4747).

Nesse sentido identifiquei algumas situações passíveis de serem notificadas, como: eventos relacionados com equipamentos ou dispositivos médicos; lesões dos doentes (incluindo úlceras por pressão, quedas, entre outros); eventos adversos relacionados com o

comportamento dos doentes/famíliares/profissionais; eventos adversos relacionados com infraestruturas/construção, número insuficiente de enfermeiros. No entanto, constatei a existência de uma subnotificação dos mesmos.

Em concordância com Alves (2019) a subnotificação de incidentes é considerada uma importante limitação para a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde. O autor refere que as causas mais referenciadas para a ocorrência da não notificação estão relacionados com o medo ou receio em notificar, notificação focada em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre o tema ou como notificar e centralização da notificação no profissional enfermeiro.

De modo a estimular o nível da cultura de notificação, ao longo dos estágios partilhei com as enfermeiras orientadoras e nas equipas as vantagens da notificação, para que se sintam seguros e valorizados. Divulguei a notificação como uma prática a melhorar, com o objetivo de posterior correção dos erros identificados e para fortalecer a segurança dos cuidados prestados.

O SESARAM também possui sistemas e estruturas de governação para a prevenção e controle da infeção, para a gestão de úlceras por pressão e para a prevenção da ocorrência de queda, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação, com o sugerido no Despacho n.º 1400-A/2015, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

A avaliação do risco de úlceras de pressão (escala de *Braden*), do risco de queda (escala de *Morse*) foram transversais a todos os contextos de estágios. De uma forma geral, verifiquei que as orientações para o preenchimento destas escalas são cumpridas, assim como são instituídas medidas para a prevenção e o tratamento das mesmas.

A prevenção de úlceras por pressão constituiu um foco do meu cuidar, pois, estas, para além de aumentarem o sofrimento das pessoas e famílias, aumentam a suscetibilidade para outras complicações (como as infeções), aumentam o tempo e os custos do internamento e ainda evidenciam um impacto negativo sobre a qualidade dos cuidados prestados. A prevenção é a melhor opção não só referente aos custos, mas também em relação à qualidade de vida e conforto para as pessoas envolvidas neste processo (Azevedo et al., 2020; Castanheira et al., 2019).

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, determina que “as instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação

inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar” (p.3882 - [7]).

Seguindo esta orientação no contacto com o doente desde a admissão até à alta, confirmei a presença da pulseira de identificação e se a informação relativa à identificação do doente estava correta antes de iniciar qualquer procedimento.

De modo a proporcionar e manter um ambiente terapêutico seguro, geri de forma diferenciada a dor e outros sintomas, o bem-estar da pessoa e ainda investi intensamente no desenvolvimento de competências comunicacionais, atendendo às várias situações de comunicação mais complexas nestes contextos, como comunicação de más notícias de diagnóstico e prognóstico.

Na procura da melhoria contínua da qualidade, o EE, segundo o Regulamento nº 140/2019, “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (B1) (p.4747). Assim afianço que colaborei em projetos institucionais na área da qualidade, nas auditorias clínicas e na aplicação dos inquéritos de satisfação dos utentes e consequentemente para a satisfação do doente e dos seus familiares.

Prestei cuidados especializados de enfermagem à PSC e à PSP e respetivos familiares, baseados em evidência científica, em normas de orientação clínica e protocolos de uma forma segura e cada vez mais autónoma, favorecendo a continuidade dos cuidados, privilegiando sempre a busca do conforto, do bem-estar e, do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

2.3. Gestão dos Cuidados (C)

Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, segundo o Regulamento nº 140/2019, o EE gere os cuidados, adequando os recursos às necessidades existentes, otimizando a resposta da equipa de enfermagem com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados: “(...) o EEEMC, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Assim no decorrer dos três estágios, em colaboração com os enfermeiros gestores e responsáveis de turno, proporcionaram-se várias oportunidades de desenvolvimento das competências na área da gestão.

No âmbito da seguinte competência: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (C1) do Regulamento n.º 140/2019 (p.4748), tive oportunidade de participar na gestão de recursos humanos (na planificação de distribuição diária dos enfermeiros e assistentes operacionais), na gestão de recursos materiais (fazendo a reposição de stock de fármacos, organização de armazéns de material clínico e não clínico, de acordo com os níveis estabelecidos), na tomada de decisão, apresentando soluções eficazes para resolução de eventuais obstáculos decorrentes do processo de cuidar.

De acordo com o parecer da OE nº 14/2018 e atendendo à competência: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (C2) do Regulamento nº 140/2019, p.4748, o EE na gestão dos cuidados, é o profissional com melhor formação para ser chefe de equipa.

Nesse sentido a Mesa Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, no parecer nº 14/2018, apela que se valorize a formação dos EEEMC dotando as suas equipas com pessoal qualificado de modo que os cuidados prestados sejam em benefício da pessoa/ população alvo. E referem ainda que os SU que disponham de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa; porém, na equipa do SU onde realizei o estágio tal não se verificava integralmente, no entanto, o chefe de equipa detém um elevado conhecimento profissional nesta área e tem o título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, constituindo assim uma mais-valia para a equipa.

No SU, e mais especificamente na Sala de Emergência, a prestação de cuidados assistenciais à pessoa em situação crítica é uma constante, exige uma abordagem sistemática e o domínio de algoritmos de atuação baseados em evidência, pelo que implica um vasto corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes e o EEEMC detém um papel crucial, ocupando a posição “A” (Martins, 2013).

Ainda de acordo com a competência (C) no estágio III observei que enfermeira chefe escolhia como enfermeiro responsável aquele que tem melhor formação em CP e/ou com mais tempo de serviço na UCP.

Identifiquei que o método de trabalho atual na UCIP e na UCP é o de enfermeiro responsável ou de referência. Este método, caracteriza-se pela responsabilidade individual do Enfermeiro pelas tomadas de decisão, sobre os cuidados prestados aos seus doentes, permitindo uma tomada de decisão descentralizada, ou seja, a tomada de decisão é realizada por cada enfermeiro responsável, estando este autorizado a direcionar as ações de outros enfermeiros (associados) a prestarem os mesmos cuidados na sua ausência (Manthey, 2014).

No SU, verifiquei que o método de trabalho utilizado era o método de equipa. Os enfermeiros estão organizados por equipas e ficavam responsáveis por prestar cuidados na totalidade aos doentes que se encontravam em determinadas áreas naquele turno. O líder da equipa é responsável por tomar decisões relativamente às prioridades dos clientes, bem como planear, coordenar, supervisionar, avaliar e prestar cuidados diretos (Marquis & Huston, 2009).

A principal vantagem deste método relaciona-se com o propósito de criar equipas com competências diversificadas para que o cliente tenha acesso ao melhor atendimento possível (Huber, 2006).

Por outro lado, as limitações deste método, estão normalmente associadas a uma incorreta implementação do mesmo e não tanto à sua filosofia (Marquis & Huston, 2009), e por vezes verificava-se uma desvalorização dos cuidados prestados sob o ponto de vista holístico.

De acordo com o mencionado nos parágrafos anteriores e reafirmando também a minha opinião, acredito que o método de trabalho por enfermeiro responsável ou de referência é aquele que melhor permite dar a continuidade, a totalidade, a responsabilização e a reflexão sobre os cuidados prestados. Este método, remete para o princípio da responsabilidade máxima desde admissão até ao momento da alta, o que significa que o planeamento e implementação do plano de cuidados ao doente e à sua família está a cargo do enfermeiro que lhe foi atribuído.

A continuidade dos cuidados está contemplada na Lei nº 156/2015 e constitui uma matéria de referência no Código Deontológico, no artigo 104º do Estatuto da OE, refere que o enfermeiro “assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas” (p 8079).

Neste sentido, foi imprescindível a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem prestados, através de uma prática registada e pela transmissão de forma verbal entre os enfermeiros envolvidos no processo do cuidar. No decorrer dos três estágios

verifiquei que as passagens de turno constituem um momento de reunião da equipa de enfermeiros

A UCP dispõe de um impresso próprio para as passagens de turno, de modo a assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. No turno da manhã, para além dos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados também estavam presentes os enfermeiros chefes e os chefes de equipa dos respetivos serviços.

A passagem de turno, constituía um momento de análise de aspetos relativamente a algumas situações particulares inerentes ao serviço. Eram momentos muito produtivos e formativos, em que os enfermeiros discutiam e tomavam decisões conjuntamente.

Como futura enfermeira especialista, considero que, as oportunidades ao longo deste curso contribuíram para aumentar os meus conhecimentos e desenvolver competências na área da gestão de cuidados, o que promoveu a excelência dos mesmos.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

Em concordância com a Lei nº 156/2015 e Subtil (2017), a enfermagem registou nos últimos anos uma evolução da formação de base, bem como da complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que confere ao enfermeiro, um significativo valor no âmbito da comunidade científica de saúde, na qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Na procura da excelência do exercício profissional, todo o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos conhecimentos. Como consta no CDE inserido na Lei nº 156/2015, artigo 109º, alínea c), o enfermeiro assume o dever de: “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p 8076).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu um motivo impulsionador para frequentar este mestrado, para dar continuidade à minha aprendizagem, aprofundar os meus conhecimentos e basear a minha praxis em padrões de conhecimentos sólidos e válidos. Acredito que a formação dos profissionais assume um papel essencial no progresso dos serviços/organizações/instituições, de forma a garantir a qualidade/excelência.

Estou ciente de que a qualidade dos cuidados depende de bons níveis de conhecimentos e de desempenho, demonstrados pelas competências dos enfermeiros e que resulta de um processo de construção assente numa prática refletida que se focaliza nas pessoas e suas necessidades (Serrano, 2008). Nesse sentido, para todos os estágios delineie

planos, defini objetivos pessoais que complementavam os objetivos propostos pelo plano de estudos da EESJC, realizei pesquisa bibliográfica, reflexões individuais e em equipa. Elaborei também um projeto de autoformação, a implementar no estágio III – opção, onde delineei o percurso de formação a desenvolver, promovendo a confrontação com as minhas necessidades concretas e reais, defini os objetivos gerais e específicos e o respetivo planeamento das atividades de enfermagem especializadas para concretização dos objetivos delineados.

A realização e implementação deste projeto, tornou-se fundamental no meu processo de desenvolvimento, na procura da excelência de cuidados especializados de qualidade à pessoa em situação paliativa e à sua família.

Durante os ensinios clínicos consultei e verifiquei que existiam nos serviços onde estagiei, um plano de formação para o ano corrente, porém não estavam a ser postos em prática, devido à atual situação pandémica.

Para a prática clínica I, II e III foi necessário aprofundar conhecimentos teóricos e práticos para a prestação de cuidados aos clientes.

Os estágios direcionados à PSC permitiram a aquisição de conhecimentos e atualização de práticas relacionadas com a ventilação mecânica, técnicas dialíticas e outras, contribuindo assim para a aquisição das competências relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente: O EE baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2): “...alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” como referenciado no Regulamento nº 140/2019 (p. 4749).

No estágio III, após conversas informais com a enfermeira orientadora, surgiu a ideia de partilhar com a equipa uma das minhas reflexões, intitulada “Reflexão e autoanálise: tipos de resposta espontânea em diálogos de relação de ajuda”, no sentido de aprofundar conhecimentos e refletir sobre a comunicação, mais especificamente, como as respostas empáticas são essenciais no cuidar e particularmente determinantes na relação de ajuda em CP.

Embora de forma informal, a elaboração e partilha/reflexão deste exercício de transcrição e reflexão sobre algumas destas conversas entre mim e a pessoa/família com doença grave e incurável, permitiram-me aprender com a minha própria experiência.

A capacidade de refletir sobre determinadas situações possibilitou identificar que era necessário adquirir mais conhecimentos teóricos sobre determinadas áreas, em que poderia melhorar, constituindo assim uma fonte de aprendizagem.

Como referido no Regulamento nº 140/2019, o EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1): “...demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (p. 4749).

Considero que o desenvolvimento das competências comunicacionais, foram fulcrais no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. O aperfeiçoamento destas competências permitiram estabelecer uma comunicação adequada com os utentes/familiares. Também foi essencial para comunicar comigo própria, ou seja, para adquirir conhecimento e sobretudo para aprender a lidar com aquilo que me constitui, para que possa estar bem comigo própria. Desta forma destaco a comunicação interpessoal como a chave para o sucesso do meu desenvolvimento profissional.

O progresso das aprendizagens profissionais é um processo contínuo e necessário à profissão de enfermagem, para tal continuarei o meu processo de desenvolvimento na aquisição de competências nestes domínios. No meu local de trabalho pretendo refletir com os meus pares sobre algumas situações práticas, para que se possa oferecer um serviço de qualidade, através de uma comunicação efetiva com todos os membros da equipa e sobretudo incluí-la adequadamente nos nossos cuidados.

3. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O estágio I (SU) e II (UCIP) constituíram oportunidades de aprendizagem que permitiram o desenvolvimento de competências especializadas à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Os cuidados de enfermagem especializados prestados tiveram como intuito cuidar da PSC como um todo, como um ser bio-psico-social-cultural-espiritual tal como preconizam Oliveira, et al. (2013).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, a OE define a pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362). Atualmente o seu perfil é o de uma pessoa com mais cronicidade e com mais comorbilidades, pelo que exigem cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa de modo a responder às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados que se revestem de uma extrema importância e exigem do EEEMC uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Assim sendo, e de acordo com o Regulamento acima citado, o EEEMC na área da pessoa em situação crítica, assume as seguintes competências específicas:

- 1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 3) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Nos subcapítulos seguintes farei uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas, fundamentando-as cientificamente e nos referenciais da profissão para o desenvolvimento das competências acima mencionadas.

3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é complexa e vasta e, engloba uma avaliação diagnóstica, uma monitorização constante, bem como tomada de decisão, reflexão e investigação analítica e científica.

No SU e na UCIP, ao experienciar uma dinâmica de prestação de cuidados diferente da qual estou habituada, viabilizou o desenvolvimento e interiorização de determinados procedimentos e técnicas dos quais não tinha conhecimento prático, como habilidades em suporte avançado de vida e trauma, técnicas dialíticas, ventilação mecânica invasiva, manipulação de equipamentos específicos (bombas perfusoras, monitores, entre outros), pelo que considero que constituíram um desafio.

Para a concretização dos objetivos delineados para estes estágios foi necessário um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e comunicacionais essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica com doente/família, assim como, criatividade, flexibilidade e relações de colaboração com os outros e respeito. Realizei pesquisa bibliográfica, estudei, treinei e refleti diariamente sobre a prática para compreender conceitos, procedimentos, entre outros, e de que modo estes poderiam influenciar o estado geral da pessoa, no sentido da sua readaptação funcional e consequente melhoria do estado de saúde.

Outra estratégia utilizada no decorrer dos ensinamentos clínicos foi acompanhar, observar e colaborar com a enfermeira orientadora (EEMC) no decurso das suas atividades do turno, centrando as nossas intervenções à PSC e respetiva família. Esta estratégia permitiu prestar cuidados de enfermagem especializados de uma forma progressiva, segura e cada vez mais autónoma.

No SU, iniciei o meu estágio no acolhimento e triagem, o que permitiu identificar o protocolo do Sistema de Triagem de *Manchester*. Nos dois dias seguintes passei pela sala de tratamentos e na sala de recuperação, o que possibilitou integrar a equipa multidisciplinar, conhecer o percurso do doente, a metodologia de funcionamento e a dinâmica do serviço.

Os locais onde permaneci mais tempo foram no SO, CE e SE por serem as áreas onde os doentes críticos permanecem. Aqui, tive múltiplas oportunidades de prestar cuidados

de forma holística à pessoa e à sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de SU.

No SO, prestei cuidados a pessoas com múltiplas patologias e diagnósticos do foro respiratório, cardíaco, renal, neurológico, cirúrgico geral e com diferentes graus de gravidade e instabilidade, pelo que exigiram cuidados de enfermagem específicos e maior vigilância. Muitas das pessoas a quem prestei cuidados permaneciam no SO a aguardar vaga (após estabilização clínica) nos serviços de internamento das diversas especialidades do SESARAM, como por exemplo no serviço de medicina, pneumologia, cardiologia, hematooncologia, neurologia, etc. Outros aguardavam cirurgia de urgência (ortopedia, neurocirurgia, plástica...) e/ou aguardavam realização de procedimentos invasivos.

De modo a dar continuidade aos cuidados, começava por receber o turno, consultava o processo clínico do doente, o motivo pelo qual recorreu ao SU, antecedentes pessoais, medicação habitual, exames complementares de diagnóstico, registos de enfermagem e médico, cuidados específicos e a medicação prescrita, para então proceder a uma avaliação junto do doente, do estado de consciência, sinais vitais, traçado cardíaco, focos de instabilidade, perfusões, oxigenoterapia, presença de dor, integridade cutânea e outras queixas.

Os doentes internados no SO, tinham monitorização contínua de sinais vitais e débito urinário, o que permitia detetar precocemente focos de instabilidade hemodinâmicos e hidroeletrólíticos, atuar e / ou comunicar à equipa médica, o que permitiu prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC através da observação, colheita e procura contínua de dados, de modo a prever e detetar precocemente as complicações, assim como, assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, como referido no Regulamento nº 429/2018.

No âmbito do desenvolvimento das competências do EEEMC à PSC, nomeadamente na unidade de competência do Regulamento nº 429/2018, “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (p. 19363), passo a relatar uma das situações experienciadas que considero ter contribuído para a aquisição desta competência.

Trata-se de um doente com 68 anos, sexo masculino, com o diagnóstico bloqueio auriculoventricular 3º grau. Consciente e orientado, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, que recorreu ao SU por dois episódios de síncope. Ficou internado no SO para iniciar tratamento, monitorização e vigilância contínua, enquanto aguardava resultado teste COVID-SARS-2, para posterior internamento na unidade de cuidados intermédios da

cardiologia. Após ter iniciado tratamento medicamentoso e pacemaker transcutâneo reverteu para ritmo sinusal. No entanto, mantivemos sempre a monitorização e vigilância contínua, o que permitiu identificar e atuar de imediato quando entrou em assistolia. Felizmente o doente apresentou retorno da circulação espontânea e consciência poucos segundos após iniciarmos reanimação cardiopulmonar. Nesta situação, também tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos em suporte avançado de vida, seguindo o algoritmo das bradicardias, em vigor no SU.

De acordo com a minha prática e com o exemplo acima mencionado, constatei que é fundamental a vigilância contínua, para identificar e responder de forma pronta a focos de instabilidade. Destaco também que consegui interpretar o binómio doente – monitor, obtendo assim para a pessoa, o melhor benefício possível dos recursos tecnológicos existentes no seu contexto de saúde.

No decorrer do meu estágio, a SE foi ativada várias vezes pelo enfermeiro responsável pela triagem, através de um sinal sonoro e todos os elementos destacados para a sala de emergência (incluindo eu e a enfermeira tutora) deslocávamo-nos para lá. Tal como referido, em todos os turnos o chefe de equipa, designa três enfermeiros para esta sala, cada um com funções específicas.

Esta é uma área do SU para o atendimento da pessoa em situação emergente (adultos e crianças), possibilitando um atendimento rápido e eficaz. Tem acesso fácil a outros especialidades em chamada, como: medicina intensiva, neurocirurgia, cirurgia vascular e, cirurgia geral, microbiologia, cardiologia, gastroenterologia (endoscopias de urgência), nefrologia, radiologia/neurorradiologia, neurologia e ortopedia.

A SE tem capacidade funcional para dois utentes em simultâneo, porém numa situação excecional (acidente de viação), a sala foi alargada para três utentes. Nesta situação, assim como noutras situações de emergência, a equipa multidisciplinar da sala de emergência procede ao atendimento inicial de acordo com sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons (2006), adaptada da sequência “ABC” da American Heart Association. Assim a avaliação obedecia a cinco etapas, pela seguinte ordem de prioridade:

- A. *Airway* (Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical).
- B. *Breathing* (Ventilação e Oxigenação).
- C. *Circulation* (Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia).
- D. *Disability* (Disfunção Neurológica).
- E. *Expose/Environment* (Exposição com controlo de Temperatura).

A avaliação da pessoa em situação emergente requer um atendimento em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas, de acordo com a metodologia de intervenção; concomitantemente procede-se à monitorização da vítima, à colocação de cateteres venosos periféricos de grande calibre, à colheita de amostra de sangue e à transferência para o plano duro do serviço.

O trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando, passo a passo, as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, como preconizado na circular normativa nº 07/DQS/DQCO da DGS (2010).

Como experienciado e recomendado na circular normativa acima referida, após a fase de reanimação e avaliação primária do doente traumatizado grave, inicia-se o processo de avaliação secundária, da cabeça aos pés, incluindo áreas facilmente esquecidas: escalpe, crânio, pescoço, dorso e períneo. Procedia-se também à administração de analgesia, à avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída, aos registos de enfermagem e posteriormente informação à família/pessoa de referência.

Este local constituiu um local privilegiado para o aperfeiçoamento de conhecimentos práticos no atendimento na vítima de trauma, no suporte avançado de vida, na VV AVC, VV coronária, alterações do ritmo cardíaco, insuficiência respiratória. Nestas situações executei cuidados técnicos de alta complexidade em colaboração com a equipa multidisciplinar na sala de emergência, seguindo os protocolos e algoritmos.

Identifiquei o papel e a importância do EEEMC no SU e sobretudo na SE. Este é considerado um elemento de referência pelo que a sua presença se torna fundamental neste contexto de prática clínica; assume a posição A, conhece bem a sala, os materiais de uso clínico, os equipamentos, gere protocolos terapêuticos complexos e ainda assume a responsabilidade de reposição e verificação do material.

As múltiplas situações experienciadas permitiram adquirir conhecimentos práticos para executar uma avaliação primária e secundária de forma rápida e eficaz, e refletir sobre a importância das mesmas.

Terminada a avaliação secundária, e após estabilização, geralmente o doente segue para o serviço de imagiologia, ou para o bloco operatório, ou UCIP, ou para a sala dos cuidados especiais do SO. Aqui é fundamental assegurar que o transporte ocorra em segurança. Sempre que os doentes se encontravam conscientes explicava todos os procedimentos, o que permitiu desenvolver técnicas de comunicação, adequando o tipo de comunicação à pessoa neste contexto. Após a estabilização do doente também tinha o cuidado de informar a família. O contacto da equipa com o familiar é importante porque,

permite englobar a família nos cuidados como também obter informação relevante sobre o doente, nomeadamente antecedentes pessoais relevantes, medicação habitual, alergias, entre outros.

Na sala dos CE do SO, deparei-me com técnicas de alta complexidade: ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva, hemodiálise, monitorização invasiva contínua e gestão protocolos terapêuticos complexos.

Os doentes que permaneciam nesta sala, na sua maioria, estavam sob responsabilidade do serviço de medicina intensiva, enquanto aguardavam vaga na UCIP.

Neste contexto contactei pela primeira vez com diversos equipamentos, tendo sentido alguma dificuldade na manipulação dos mesmos no início. Concordando com Benner et al. (2011), quando afirma que no contexto de cuidados intensivos a tecnologia é uma parte integral e essencial da prática competente do enfermeiro.

Para assegurar os cuidados necessários ao doente em situação crítica e em falência orgânica a UCIP dispõe de:

- Monitorização Não Invasiva: monitorização contínua de eletrocardiografia - EEG, tensão arterial não invasiva, oximetria, capnografia, frequência respiratória, temperatura, eletroencefalografia contínua.
- Monitorização Invasiva: pressão arterial invasiva, pressão venosa central, monitorização hemodinâmica minimamente invasiva-PICCO; monitorização hemodinâmica por cateter da artéria pulmonar (Swan Ganz); monitorização neurológica complexa (PIC/Pressão Perfusão Cerebral), pressão intra-abdominal
- Suporte de funções: ressuscitação cardiovascular e cerebral (suporte básico e avançado de vida) incluindo gestão controlada da temperatura, Oxigenoterapia, oxigenoterapia de alto fluxo, ventilação mecânica não invasiva, ventilação mecânica invasiva, suporte cardiovascular farmacológico, trombólise, suporte de função de ventrículo esquerdo com balão intra-aórtico, terapia por oxigenação por membrana extracorporal - ECMO, técnicas de substituição da função renal contínuas e intermitentes: hemodiálise, hemodiafiltração e plasmaferese, cell Saver, terapêutica transfusional, diagnóstico de morte cerebral, transporte do doente crítico.

É fundamental referir, que para além de todos os benefícios e vantagens das novas tecnologias, nunca descurei o lado humano da assistência, mantendo sempre o conhecimento técnico, humano e científico. A tecnologia não deve absorver na totalidade o enfermeiro,

mas ajudou-me a fortalecer e aprimorar o cuidado de enfermagem especializado à PSC, bem como a beneficiar a relação interpessoal enfermeiro/doente/família.

Também foi no decorrer destas práticas que prestei cuidados ao doente ventilado, pela primeira vez e, de modo a prestar cuidados em segurança à pessoa submetida à ventilação e monitorização invasiva realizei pesquisa sobre a temática de ventilação invasiva, nomeadamente quanto aos modos Pressão Controlada, Pressão de Suporte e Pressão Regulada com Volume Controlado. O contacto com os diferentes ventiladores existentes e os diversos modos ventilatórios adequados à situação clínica do doente crítico permitiram-me avaliar as necessidades do mesmo, com base na sua adaptação ao ventilador, detetando e interpretando sinais de instabilidade e ainda observando sinais de recuperação com vista à extubação logo que fosse possível. Também apliquei conhecimentos que já possuía sobre dispositivos de ventilação não invasiva, tanto numa fase inicial para evitar a ventilação mecânica invasiva, como para uma extubação o mais precoce possível.

Observei que muitos dos doentes críticos submetidos a ventilação mecânica invasiva, estavam sob analgesia e sedação. Para a avaliação da sedação recorri à Escala de agitação e sedação de Richmond (*The Richmond Agitation and Sedation Scale* - RASS). A pontuação desta escala vai de menos cinco a mais quatro, em que zero se refere ao cliente em alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis menores do que zero significam que o indivíduo possui algum grau de sedação. Níveis maiores do que zero significam que a pessoa apresenta algum grau de agitação. Se o RASS for menos quatro ou menos cinco deve-se parar e reavaliar mais tarde, se RASS for superior a menos quatro deve-se seguir para o segundo passo, que é a avaliação do delirium. Contudo, se existir suspeita clínica elevada, poder-se-á aplicar o instrumento de diagnóstico de delirium numa avaliação inicial. No entanto, para aqueles que atingem a segunda etapa e apresentam abertura dos olhos apenas com estimulação verbal, a incapacidade para realizar ou completar os componentes do teste de atenção é atribuída à falta de atenção. Por outro lado, os clientes que não progridem para a segunda etapa como, por exemplo, aqueles com nível de sedação RASS menos quatro a menos cinco, não são testados com a restante da avaliação *Confusion Assessment Method* (CAM-ICU) (Pessoa & Nácúl 2006; Luvizotto et al, 2018; Prayce et al, 2018).

A crença de que todos os doentes ventilados devem receber sedação, uma vez que se o doente “luta” com o ventilador não recebe suporte ventilatório suficiente, deve ser equilibrada com a evidência dos efeitos indesejados da terapêutica sedativa. A curto prazo a sedação pode causar depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica ou acidose metabólica, e a longo prazo pode prolongar a duração da ventilação mecânica e o tempo de

permanência na unidade, como também aumenta o risco de desencadear *delirium* agudo. De modo a prevenir efeitos secundários referidos, os doentes devem ser tratados principalmente com analgesia multimodal e com pouca ou nenhuma sedação, ou seja, a analgesia deve anteceder sempre a sedação (Westphat, 2019).

A dor é uma constante na PSC, quer associada à patologia de base ou relacionada com os vários procedimentos a que é sujeita e com grande impacto no seu estado geral (Teixeira & Durão, 2016).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2021), define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido.

A dor é uma experiência subjetiva que é influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais, pelo que não deve ser reduzida apenas à atividade nas vias sensoriais. A dor afeta o bem-estar da pessoa a vários níveis e a verbalização da mesma não deve ser desvalorizada e ainda, deverá ter-se em consideração que, apesar de uma pessoa não verbalizar a dor, não significa que não esteja a experienciá-la (OE, 2008).

A DGS (2003^a), através da circular normativa nº 09/DGCG, refere que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas pelos profissionais de saúde de forma contínua e regular, assim como os outros sinais vitais, de modo a potenciar a terapêutica, dar segurança à equipa de cuidados e melhorar a qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003a).

Nesse âmbito, a OE (2008), reconheceu a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor, elaborando um Guia Orientador de Boa Prática que tem como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família, nas diversas fases do ciclo vital. O enfermeiro pela sua proximidade com a pessoa assume uma posição privilegiada na prevenção e controlo da dor, como também na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas na prevenção e controlo da Dor.

Considero a gestão da dor fulcral para a humanização dos cuidados à PSC, pelo que ao longo do meu estágio segui as recomendações do guia orientador de boas práticas. Avaliei, registei a intensidade da dor e geri o tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitiram identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas, o que vai ao encontro das competências

específicas do EEEMC à PSC explanadas no Regulamento nº 429/2018, nomeadamente na “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (p. 19363), contribuindo assim para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado.

Sempre que a pessoa estava consciente e colaborante, recorri a autoavaliação da dor, que é considerada o *gold standart* na avaliação da dor, utilizando a escala visual numérica, que é um instrumento unidimensional em que a dor é classificada e questionada numericamente de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável) (Teixeira & Durão, 2016).

Na avaliação do doente crítico, com alterações de consciência, devido à sedação, ou não, com alterações da comunicação verbal, a avaliação da dor torna-se particularmente difícil e requer a utilização de escalas comportamentais da dor (Teixeira & Durão, 2016).

Nos doentes sedados submetidos a ventilação mecânica invasiva, a escala utilizada foi a escala comportamental da dor a *Behavioral Pain Scale* (BPS), sendo também a mais usada na maioria das unidades de cuidados intensivos do país, pelo seu elevado rigor e facilidade na aplicação a estes doentes (Oliveira et al., 2019).

A BPS avalia a dor através da observação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação à ventilação mecânica, pontuados de forma individual de 1 a 4 pontos e o seu total define a intensidade da dor (3 sem dor e 12 dor máxima) (Payen et al., 2001).

Simultaneamente estive desperta para a presença de sinais indiciadores de presença de dor, tais como: aumento da tensão arterial, taquicardia, polipneia, inquietude, agitação entre outros.

Verifiquei, que tanto no SU como na UCIP, a gestão da dor, é um dos cuidados tidos em conta por toda a equipa, mas, na minha opinião, a existência de um protocolo na gestão da dor na PSC seria benéfico nestes serviços. Assim, a gestão da dor (avaliação, monitorização e tratamento) fica limitada aos conhecimentos e sensibilidade de cada profissional.

Relativamente ao tratamento, geri de forma diferenciada as medidas farmacológicas e não farmacológicas e avaliei a eficácia das medidas implementadas.

As medidas não farmacológicas por serem intervenções autónomas, integrei-as facilmente na minha prática no alívio ou prevenção da dor, como a massagem durante as mudanças de decúbito, posicionamentos mais frequentes desde que a situação clínica permitisse, aplicação de frio ou calor, diminuição da luminosidade e também do ruído.

Na UCIP também colaborei em técnicas de diagnóstico e terapêutica realizados por outros profissionais de saúde: cateterização venosa central, cateterização arterial, drenagem pericárdica, entubação traqueal, traqueotomia percutânea e cirúrgica emergente e eletiva, pleurocentese, drenagem pleural, colocação de drenagem vesical supra-púbica, punção lombar, ecografia FAST e eFAST, ecografia para acessos vascular e outros procedimentos ecoguiados, ecografia torácica, ecocardiografia, sedação, analgesia e paralisação.

Nesta linha, é possível afirmar que as oportunidades de prestar cuidados técnicos complexos e invasivos foram múltiplas, pelo que além dos cuidados prestados quando é colocado um dispositivo invasivo, estive desperta para a prevenção da dor, como preconizado no guia de boas práticas da dor, “os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor” (OE, 2008, p.13). Também prestei cuidados a doentes com monitorização contínua de tensão arterial invasiva, interpretando o que pelos mesmos é mensurando e estive desperta para a prevenção e identificação precoce de complicações destas técnicas. Por exemplo, após colocação de uma linha arterial (artéria radial), identifiquei sinais de má perfusão periférica na mão (fria e cianosada), pelo que informei imediatamente o médico responsável, que atuou de imediato retirando esse dispositivo.

Ao longo deste percurso também aprofundei conhecimentos teóricos e práticos na avaliação de exames complementares de diagnóstico: imagiologia, controlo analítico, gasometrias, que levam muitas vezes à intervenção precoce na reposição de iões, proporcionando o reequilíbrio metabólico, e simultaneamente perceber a evolução ventilatória do doente.

Refletindo sobre a unidade de competência “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” referida no Regulamento nº 129/2018 (p.19363), esta prática clínica proporcionou o desenvolvimento da mesma através da preparação e gestão de terapêutica complexa, com base nas recomendações e protocolos, nomeadamente: barbitúricos, aminas, cardiotónicos, vasodilatadores, sedativos, anestésicos, analgésicos, entre outros. mantendo a segurança na administração, evitando o erro, e estando desperta para possíveis complicações.

Também foi possível aprimorar competências na admissão e alta, colheita de dados ao doente ou família quando possível, atendendo às necessidades e especificidades de cada doente e família, tendo como premissa o processo de enfermagem.

No decorrer desta prática clínica, mais especificamente na UCIP, elaborei um Processo de Enfermagem fundamentado com o objetivo principal de aprofundar, sistematizar e fundamentar os cuidados por mim prestados. A metodologia do processo de enfermagem a uma pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica baseou-se no pensamento crítico, na experiência pessoal e profissional e na pesquisa da evidência científica mais atual, constituindo assim uma ferramenta essencial no cuidar de enfermagem especializado de uma forma individualizada, personalizada e holística (Potter & Perry, 2003; Sampaio, 2019).

Optei por realizar o processo de enfermagem fundamentado sobre o doente neurocrítico - Hemorragia Subaracnoideia por rotura de aneurisma, por ter tido maior contacto com este doente e também porque senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, colmatando assim as minhas necessidades de formação.

O trabalho foi estruturado num único capítulo e incluiu cinco subcapítulos: avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, implementação e avaliação dos resultados, tendo por base o Modelo de Nancy Roper e para conferir maior rigor, recorri à terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O doente neurocrítico é um doente complexo e desafiante. Os cuidados de enfermagem, além de terem como objetivo a homeostasia cerebral, são fundamentais para a prevenção da lesão secundária. O enfermeiro que cuida destes doentes tem um papel fundamental na monitorização e despiste de complicações, destacando-se o papel do EEEMC, atendendo às suas competências específicas.

A Hemorragia subaracnoidea aneurismática é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo devido à sua alta taxa de morbimortalidade e por afetar adultos jovens, sobretudo mulheres, entre a quinta e sexta década de vida (idade da doente), o que contribui para um alto custo económico e social associado a esta patologia (Salazar & Marin, 2017).

Considero o processo de enfermagem um instrumento essencial para os cuidados de enfermagem prestados em todos os locais de prestação de cuidados de saúde. Permite organizar e orientar o pensamento crítico para prestar os cuidados de enfermagem que o utente necessita, tratando-se de um processo contínuo, dinâmico e individualizado que permite alterar os cuidados à medida que as necessidades do cliente se alteram (Potter & Perry, 2003).

Outro ponto positivo na elaboração deste trabalho foi a sua aplicabilidade à prática, permitindo-me refletir e avaliar as necessidades reais e potenciais sob a forma de diagnósticos e elaborar um plano de cuidados personalizado, capaz de atender à pessoa de forma holística e personalizada.

Constatei que os cuidados prestados à PSC requerem um ritmo elevado, exigindo frequentemente do enfermeiro avaliar e reter dados essenciais para elaborar, implementar e concluir um plano de cuidados em poucos minutos, pelo que o uso de uma linguagem padronizada e comum no Processo de Enfermagem favorece a precisão diagnóstica e garante a continuidade apropriada dos cuidados de enfermagem de alta qualidade para o doente.

Apercebi-me que o transporte intra-hospitalar é uma necessidade constante nos contextos da UCIP e do SU, pelo que, participei várias vezes no transporte da pessoa em situação crítica do SU para a UCIP, do SU para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou para o bloco operatório (BO). Na UCIP tive igualmente múltiplas oportunidades de realizar transporte da PSC para a realização de exames complementares de diagnóstico e também para o BO. Tive também a possibilidade de participar no transporte da UCIP para um serviço internamento, uma vez que a condição da pessoa se encontrava estável e a evoluir de forma positiva.

De acordo com Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012), a Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008), o transporte da PSC engloba as seguintes fases:

Decisão. A decisão de realizar um transporte é um ato médico e presume-se que nesta fase tenham sido avaliados os benefícios e os riscos. Pelo que aquando de uma decisão de transporte identifiquei e otimizei o doente crítico, avaliei capacidades/limitações no serviço, assim como realizava uma avaliação de riscos e benefícios da transferência.

Planeamento. Esta fase é realizada pelas equipas médica e de enfermagem, esta fase contempla uma série de procedimentos, nomeadamente: coordenação da equipa que transfere o doente, comunicação entre o serviço que transfere e o que vai receber o doente, estabilização do doente, constituição da equipa e escolha do equipamento. De acordo com vivenciado e com o referido pelo INEM (2012), os incidentes relacionados com o transporte da PSC são possíveis de serem evitados com uma preparação adequada do doente e da equipa.

Efetivação. O transporte fica a cargo da equipa de transporte selecionada, cuja responsabilidade só termina após a entrega do doente no serviço de destino ou, no caso a deslocação para realização de exames complementares ou atos terapêuticos, aquando do

regresso ao serviço de origem. O médico que decide o transporte tem responsabilidades equivalentes às da equipa que o transporta. O nível de cuidados, durante o transporte não deverá ser inferior ao existente no serviço de origem.

Os autores referem que a necessidade do transporte do doente crítico realiza-se para proporcionar um nível de assistência superior ou para realização de uma intervenção diagnóstica ou com fins terapêuticos, o que levou os profissionais de saúde a olhar com maior preocupação para as condições em que esses transportes são efetuados.

Em concordância com Sobreiro (2017), ao longo dos meus estágios constatei que o transporte do doente crítico constitui um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade, pois podem ocorrer alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis.

Já em 2009 Nunes alude que a PSC tem direito a cuidados de qualidade, o que impõe que o transporte seja concretizado com o menor risco e a maior segurança possível. Por sua vez, Graça et al. (2017), referem que qualquer doente transportado incorre em riscos aumentados de morbimortalidade e por isso a decisão de transportar estes doentes deve sempre considerar os potenciais benefícios e riscos. Realça que um dos aspetos ético-legais concernentes ao transporte do doente crítico relaciona-se com o princípio da beneficência, onde se deve justificar o transporte, com todo o risco existente, com o fim de interferir de forma positiva no prognóstico do doente.

Os profissionais que decidem, planeiam, assistem e transportam o doente, são obrigados a identificar e minimizar os riscos envolvidos num transporte, escolhendo as opções que contribuam para a melhoria do prognóstico. Os autores referem ainda que o nível de monitorização, vigilância e cuidados durante o transporte, deve ser no mínimo, igual ao do serviço de origem e que o insucesso na preparação, quer do doente e/ou da equipa de transporte, pode levar a uma subotimização do nível de cuidados prestados ao doente. Outro ponto chave referido para o sucesso do transporte passa por estabelecer uma comunicação com o local do destino antes da realização do transporte, por forma a estimar o tempo e o material necessário à realização do mesmo (OM & SPCI, 2008).

O transporte efetivado mais marcante e mais difícil de planejar, sobretudo pela alta complexidade de cuidados, foi o de um jovem com traumatismo vertebro medular da UCIP para o serviço de imagiologia (realização de TAC) e da imagiologia para o BO.

De modo a manter os mesmos níveis de cuidados durante os transportes realizados nos estágios I e II, promovi sempre um ambiente calmo e seguro. Estes foram efetivados na presença de um médico, enfermeiro e assistente operacional, assegurando sempre uma comunicação prévia com o local do destino, uma monitorização e vigilância contínuas,

administração de medicação complexa e intervenção precoce se necessário (levamos desfibrilhador, mala de transporte e insuflador manual).

O recurso à utilização da mnemónica “ISBAR”, ajudou-me ao não esquecimento de informação no resumo do seu estado clínico. É considerada uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Segundo a Norma nº 001/2017, esta constitui um “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações” (p.4).

Existem vários estudos internacionais que clarificam o risco inerente ao processo de transporte ao doente crítico. Droogh et al. (2015), no seu estudo concluíram que os transportes realizados por equipas especializadas adequadas aos scores de risco, estarão mais aptas a estabilizar o doente antes da transferência e antecipar ou responder a complicações, resultando em menos eventos adversos e de menor gravidade.

Com o objetivo de reduzir o risco e garantir a manutenção da qualidade, a OM e a SPCI (2008) sugerem que cada instituição deve desenvolver documentos e normas com orientações legais para servir de base para um transporte seguro de doentes, assegurando, desta forma, normas de boas práticas de cuidados.

Nesse âmbito, no SU verifiquei que não existia nenhuma norma ou protocolo referente ao transporte intra-hospitalar, porém já estavam a ser elaboradas. Verifiquei que o enfermeiro que participa no transporte geralmente é o EEEMC, o qual possui um conjunto de competências que correspondem a estas necessidades referidas.

Na UCIP os enfermeiros aplicam o procedimento denominado Alta e Transferência de Utentes para Outros Serviços que vai ao encontro do disposto no guia de transporte do doente crítico da SPCI.

A SPCI e a OM (2008) defendem que, um dos aspetos mais importante para a segurança do doente durante o transporte, é a qualificação técnica, relacionada com a formação e a experiência clínica; todavia, os autores acrescentam que não basta experiência em contexto hospitalar com doentes críticos, necessitam de formação direcionada à prestação de cuidados específica em transporte de doentes críticos.

A decisão para a realização do transporte é da responsabilidade do médico, todavia o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão poderá recusar o acompanhamento do doente se, depois de avaliados os fatores envolvidos, identificar que não estão reunidas as

condições mínimas e desejáveis para que o transporte possa ser realizado em segurança e com o mínimo risco possível para o doente e/ou para os profissionais que os realizam.

Refletindo sobre as aprendizagens referentes ao transporte intra-hospitalar da PSC, concluo que foram ao encontro de um conjunto de domínios das competências emanadas pela OE, pelo Regulamento nº 140/2019 e pelo Regulamento nº 429/2018. Como futura EEEMC afaio que participei na construção da tomada de decisão em equipa, conduzindo esse processo quando necessário; reconheci a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, promovendo a adoção de medidas apropriadas com recurso às competências especializadas; adotei uma conduta preventiva e antecipatória; promovi a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas; colaborei na definição dos recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; consulte e apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados e ainda reconheci e compreendi os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática. Adquiri assim uma base sólida de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuíram para a prática especializada.

Inerente aos cuidados de enfermagem prestados à PSC, foram também prestados cuidados à família ou à pessoa significativa, o que por sua vez vai ao encontro das seguintes unidades de competência: “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (p.19363). Garanto que assumi a responsabilidade de cuidar da pessoa em situação crítica, sem nunca esquecer o apoio e o acompanhamento à família, bem como a sua inclusão nos cuidados.

Durante a minha prática no SU, observei muitas vezes o corte na ligação entre o doente e família, aquando da entrada no SU. A Lei nº 15/2014, reconhece a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa, por si indicada, nos serviços de urgência do SNS. No entanto, devido à situação pandémica atual e ao elevado número de doentes, não foi possível a permanência do acompanhante no SU.

Várias vezes, constatei que o doente se apresentava inquieto e muitas vezes até choroso, e uma das razões referidas era a preocupação com a sua família ou pessoa de referência. Perante isto, estabeleci sempre contacto com a família e/ou pessoa de referência, identificando também as suas necessidades, medos e preocupações. Após o contacto com a família, transmitia ao doente que tinha contactado com o seu familiar e foi notória a tranquilidade e a estabilidade emocional do doente.

Com base na minha experiência e, também na reflexão pessoal contínua, um doente inquieto, inseguro e preocupado é um elemento perturbador da organização e funcionamento de uma urgência, assim como, uma dificuldade acrescida para o sucesso e eficácia dos cuidados prestados; concordando com Sá et al. (2015), “a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica” (p.31).

Na UCIP fiz o acolhimento a várias famílias, utilizando o guia Acolhimento de Utentes e Familiares/Pessoa Significativa.

Constatei que muitas famílias se encontravam num estado de vulnerabilidade, tanto pelo stress que vivenciavam, quer pelo ambiente desconhecido de uma unidade de cuidados intensivos e pela presença de equipamentos técnicos e complexos.

Quando recebia a família/pessoa significativa, demonstrava disponibilidade, tentava perceber o que sabiam e o que pretendiam saber, falava sobre o estado do doente, dava a informação detalhada e de forma gradual de acordo com os seus interesses, restringindo-me à minha área de competência. Certifiquei-me do feedback e sempre que pertinente encaminhei para outros profissionais (médico, assistente social).

Acompanhava os familiares até junto do doente e alguns familiares referiram que não sabiam o que fazer, o que dizer. Nestas situações, escutei-os, favoreci a expressão de emoções, expliquei que podiam apenas estar presentes. Reiterei que, embora que não obtivessem resposta por parte do seu familiar, era importante comunicar de forma verbal e não verbal, incentivei que verbalizassem o seu nome, dizendo que estavam ali e que também podiam recorrer ao toque (toque da mão).

Segundo um estudo realizado por Hsiao et al. (2016), os familiares dão importância a uma comunicação eficaz, que é essencial uma prestação de cuidados centrados na pessoa e sua família. Os familiares vivenciam uma série de impactos fisiológicos, psicológicos e emocionais perante uma situação de doença grave do seu familiar. Cada família tem necessidades únicas e pessoais, influenciadas pela cultura, contexto do atendimento e pela compreensão precisa dessas necessidades pelos profissionais de saúde.

Sempre que possível estabeleci uma relação terapêutica com a família, identificando as necessidades reais da família/cuidador, assim como apoiei a mesma na gestão de ansiedade, medos e até mesmo a vivenciar o processo morte e de luto.

Sinto que consolidei competências na assistência à pessoa e à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e similarmente na transmissão de más notícias (diagnóstico, prognóstico, morte). No SU, as más notícias são dadas pelo médico e pelo enfermeiro responsável pela equipa. Na UCIP as más notícias

também são dadas pelo médico e pelo enfermeiro responsável, mas são os enfermeiros que acompanham a família na fase inicial do luto.

As minhas intervenções ao longo deste percurso também foram ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC (Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

A satisfação do doente foi o objetivo máximo das minhas intervenções, e sempre que a pessoa se encontrava consciente, solicitei o seu consentimento e informei todas as intervenções e procedimentos a implementar, envolvendo sempre que possível o doente nos mesmos.

A promoção da saúde também foi explorada, sempre que oportuno e pertinente intervi em fatores de risco passíveis de mudança, dando informação ao doente e à família sobre comportamentos corretos a adotar, como por exemplo: estilos de vida, tabagismo, adesão à terapêutica, entre outros.

Como exemplo ilustro com a situação de um utente, com 41 anos que deu entrada no SU por dispneia com início súbito, fumador, hepatite C ativa (tinha abandonado recentemente o tratamento). Ficou internado no SO, por pneumotórax espontâneo à direita. Considerei pertinente abordar as vantagens de deixar fumar, de dar continuidade ao tratamento da hepatite C e da importância da adesão ao regime terapêutico. Senti que o doente aceitou com agrado a minha intervenção, concordando que queria reiniciar tratamento e deixar de fumar.

Assumi também uma intervenção de prevenção de complicações quer sejam elas do ponto de vista hemodinâmico, infeccioso ou de conforto. Como exemplo destaco a prevenção das úlceras por pressão, de quedas, da infeção, entre outras.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, como futura EEEMC procurei sempre proporcionar o bem-estar e o autocuidado, pois cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação, exige um olhar atento a todas as necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) em todas as dimensões (físico, psicoespiritual, social e ambiental), promovendo sempre o seu bem-estar e prevenindo complicações.

Importa realçar que a disponibilidade e a partilha de conhecimentos das enfermeiras tutoras e das equipas do SU e da UCIP, assim como, o tempo investido junto dos equipamentos, o estudo e reflexões, foram cruciais para ultrapassar as dificuldades sentidas. Posso afirmar que prestei cuidados seguros de enfermagem especializados à pessoa em

situação crítica, de forma cada vez mais autónoma e com recurso a diversas técnicas avançadas e complexas de suporte de vida, monitorização e tratamento, sem esquecer a transversalidade da componente relacional e humana.

3.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O SU é um local privilegiado para o desenvolvimento desta competência, no entanto, durante o meu estágio não tive oportunidade de assistir a nenhuma situação de emergência, exceção e catástrofe natural.

Para o desenvolvimento desta competência, consulte o Plano de Catástrofe do SU do HNM. Este plano está documentado, no manual de serviço do SESARAM, II PO.01 DAPO. 0022, versão nº 002 elaborado pelo gabinete da qualidade em 31 de janeiro de 2008 e atualmente em revisão. Contempla um conjunto de normas e procedimentos, de consulta simplificada, destinado a minimizar os efeitos de um acidente grave, calamidade ou catástrofe que ocorra na RAM, que possam conduzir a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência e que podem esgotar os recursos disponíveis. Este plano é ativado consoante o número de vítimas: 10 a 30 feridos (nível 1); 31 a 60 feridos (nível 2) e > 60 feridos (nível 3).

De modo a compreender melhor esta competência do EEEMC, a minha enfermeira tutora partilhou comigo alguma das suas vivências, o que ajudou a compreender os sentimentos e dificuldades sentidas em situações emergência, exceção e catástrofe.

Referiu que são situações que requerem reorganização do SU, sendo necessário encaminhar os doentes para outras áreas do hospital, o que se torna complicado pelo facto de que o SU está muitas vezes sobrelotado.

Partilhou que o aluvião que atingiu a Madeira no dia 20 de fevereiro de 2010, foi uma das situações mais marcantes, especialmente porque provocou muitas vítimas, e também porque todos fomos afetados, sendo por familiares ou amigos. Mencionou a dificuldade sentida para chegar ao hospital ou a casa, pois era difícil circular nas estradas. As vítimas que chegavam ao SU estavam emocionalmente desfeitas, juntamente com as suas casas. Referiu, que foi difícil gerir toda a panóplia de emoções. A preocupação com os seus familiares era grande e a prestação de cuidados teve lugar entre lágrimas.

Mais recentemente, em 2019, e no caso de um acidente de autocarro com 56 turistas de nacionalidade alemã, mencionou que a sua maior dificuldade foi na comunicação, uma vez que, grande parte das vítimas falavam língua estrangeira (inglês e alemão).

Atendendo à Resolução n.º 116/2020, que determina a situação de emergência de saúde pública de âmbito internacional, provocada pela disseminação do vírus COVID-19 a 30 de janeiro de 2020 e de pandemia a 11 de março de 2020, é patente que as organizações internacionais, os estados, as instituições públicas e privadas e os cidadãos foram surpreendidos pelos seus efeitos nas diferentes sociedades.

Nesse sentido, durante os anos 2020 e 2021, no decurso da minha prática profissional adotei medidas para mitigar os efeitos da pandemia. Aprofundei conhecimentos na manipulação de vários equipamentos, bens e serviços necessários à avaliação de casos suspeitos e no tratamento de sintomas e complicações associadas ao COVID-19, e ainda, contactei diariamente com medidas consideradas urgentes e imprescindíveis, como por exemplo reorganização de serviços, promoção medidas que salvaguardem o cumprimento de procedimentos estabelecidos na prevenção e controle da infeção, entre outros.

De acordo com as atividades desenvolvidas, com a partilha de experiências com a enfermeira tutora e com o experienciado durante a pandemia de COVID-19, apercebi-me que o EEEMC assume uma posição muito exigente, na rigorosa adequação das respostas em situações de emergência pelo conjunto de competências que estão envolvidas na área de enfermagem: competências ético-legal, deontológicas, gestão na prática de cuidados, procura da melhoria continua e segurança e prática e conhecimentos no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, deteção de focos de instabilidade, gestão da dor, o trabalho em equipa e comunicação.

Consciente da importância de desenvolver competências nesta área, pretendo adquirir treino e prática em situações de catástrofe. Pelo que pretendo frequentar o curso do MRMI (*Medical Response to Major Incidents*), pois este curso oferece formação teórica e prática (simulacros). Sendo destinado a todos os intervenientes em situações de catástrofe (proteção civil, bombeiros, polícias, força área, enfermeiros, médicos, psicólogos e todos aqueles que desempenham funções de proteção e socorro às populações).

Refletindo sobre a unidade de competência “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática clínica”, constatei que o crime e a violência são, nos dias de hoje, problemas atuais e que afetam a vida das pessoas em todo o mundo.

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou um total de 54.403 atendimentos que permitiram, em 2019, acompanhar mais de 11 mil vítimas. O total de crimes e outras formas de violência assinalados ultrapassou a faixa dos 29 mil, tendo-se registado um aumento de cerca de 40% do total face a 2018 (APAV, 2020).

O EEEMC à PSC, como consta no Regulamento nº 429/2018, deverá assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem através do diagnóstico precoce de indícios de prática de crime na vítima ou meio envolvente, da preservação dos vestígios de indícios e do encaminhamento para entidades competentes na suspeita de crime.

Considero, que estou mais desperta e atenta para o reconhecimento e registo de lesões relacionadas com o crime/abuso, a recolha e preservação de vestígios.

3.3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema de saúde global e constituem um risco acrescido a todos os utentes em qualquer instituição de saúde, associado a um maior uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados e tendo a principal ameaça à segurança dos cidadãos. As IACS prolongam os internamentos, associam mais doenças às que já estavam presentes, aumentam a morbilidade e mortalidade e os custos em saúde (DGS, 2018).

De acordo com o citado por Cardoso (2015), tendo em conta a análise do relatório de vigilância “*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*” realizado de 2011 a 2012, retiram-se algumas conclusões de extrema importância. É relatado que as pneumonias estão associadas a procedimentos médicos, tais como as entubações, em 33% dos casos. No que se refere às IACS do trato urinário, a percentagem ainda é mais elevada, quando relacionada com procedimentos médicos: 59,5% destas estão associadas a cateterismos urinários. Em 39,5% dos casos associa-se a utilização de cateteres às IACS da corrente sanguínea, sendo que 31,7% são de causa desconhecida. Já 28,8% dos casos relacionam-se com este tipo de dispositivos com infeções noutros locais.

Concluiu-se também que a prevalência de IACS é maior em doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos, em média, 19,5%, quando comparados com outros

serviços, a média é de 5,2%. Estes dados vão ao encontro do referido pela OE no Regulamento nº 429/2018, que a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica apresenta maior risco de infeção devido aos múltiplos contextos de atuação, complexidade de situações e pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa.

Perante este contexto, tornou-se primordial apontar as principais estratégias que visem a prevenção das IACS. Assim, a Fundação Calouste Gulbenkian assumiu a recomendação do Relatório “Um Futuro para a Saúde”, onde o SESARAM, EPE foi um dos 12 centros selecionados (19 hospitais) para integrar o programa nacional- STOP Infeção Hospitalar, usando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade, numa intervenção que ocorreu entre 2015 e 2018, envolvendo Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, entre outros (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018).

Com este projeto a Fundação Calouste Gulbenkian (2018), pretendia reduzir as infeções do trato urinário (ITU) associado a cateter vesical; infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com cateter venoso central (CVC); pneumonias associadas a intubação (PAI) e infeções do local cirúrgico, através da implementação de medidas de prevenção. Os resultados mostraram uma redução em mais de 50% nas quatro tipologias de infeção analisadas, o que ultrapassou o objetivo inicialmente definido.

Considero que o enfermeiro assume um papel privilegiado nesta área, devido ao número de horas de prestação de cuidados diretos ao doente. Assumi assim, a responsabilidade da prevenção, intervenção e controlo das IACS e incluí na minha práxis as recomendações baseadas nas evidências e uma prestação de cuidados seguros, eficazes e visíveis.

Como futura EEEMC, assumi o compromisso pessoal em prol da prevenção e o controlo da infeção, tendo em conta as competências adquiridas ao longo deste curso; empenhei-me em assegurar boas práticas nesta área e sobretudo envolver e influenciar de forma positiva os meus pares e restantes profissionais, assim como os utentes e visitas.

Neste sentido, e em concordância com Cardoso (2015), é importante adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, muitas delas medidas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exigem apenas a responsabilização e a mudança de comportamentos dos profissionais. São também necessárias medidas que passam por desenvolver programas de vigilância epidemiológica, que incluam a formação dos profissionais de saúde, assim como a elaboração e divulgação de um guia de boas práticas, através das comissões de controlo e de infeção hospitalar, assim como a dotação de serviços

com mais e melhores recursos e a diminuição do tempo de permanência dos doentes nos SU também são variáveis a considerar na implementação de medidas de prevenção.

Para tal, ao longo da minha prática cumpro com as regras de boas práticas, nomeadamente as precauções básicas no controlo da infeção (PBCI), que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde para reduzir o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade:

1. Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
2. Higiene das mãos;
3. Etiqueta respiratória;
4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
5. Descontaminação do equipamento clínico;
6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
7. Manuseamento seguro da roupa;
8. Gestão adequada dos resíduos;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Como consta no Regulamento nº 429/2018, é da competência do EEEMC participar na conceção e na definição de estratégias de um plano de prevenção e controlo de infeção a implementar na sua unidade funcional e, deve liderar e capacitar profissionais de saúde para a consciencialização da importância, cumprimento e respeito pelas regras de prevenção e controlo da IACS em meio hospitalar.

Durante a minha abordagem à PSC, nos procedimentos invasivos (ventilação mecânica invasiva, a utilização de dispositivos intravasculares como os cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, cateteres de hemodiafiltração, cateteres vesicais), prestei cuidados de acordo com as normas e orientações de segurança do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), respeitando as PBCI, assim como os feixes de intervenção das medidas de prevenção, aos quais destaco alguns exemplos.

A PSC submetida à ventilação mecânica invasiva, requer do EE competências específicas que integram um conjunto de mecanismos e estratégias preventivas. Das várias estratégias à PSC submetida a ventilação mecânica invasiva, na prevenção PAI, destaco: manter cabeceira em ângulo maior ou igual a 30º e higienização da cavidade oral. Muitas

vezes após a intubação oro traqueal, eram visíveis vestígios de sangue na cavidade oral, sendo a higiene oral adequada um método imprescindível à prevenção da PAI, pelo que procedi à higienização da cavidade oral com uma esponja embebida com clorhexidina a 0,2% sempre que necessário e de acordo com o protocolo em vigor em toda a instituição (DGS, 2017c).

A ITU de acordo com os dados da *National Healthcare Safety Network*, é a mais frequente das IACS e estima-se que até 69% destas possam ser prevenidas com adequadas medidas de prevenção e de controlo de infeção (Gould et al., 2017). Na prevenção da ITU destaco que assumi uma postura crítica e avaliei sempre a necessidade de cateterismo vesical, documentei no processo clínico a razão pela qual foi realizada, cumprindo a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem, mantive o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e procedendo ao seu esvaziamento, sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (DGS, 2017b).

Em relação ao CVC, de acordo com a DGS (2018), a incidência de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea por 1000 dias de internamento tem vindo a diminuir, presumindo-se que as recomendações específicas implementadas pela DGS (2015d) na colocação e na manutenção do CVC estão a ser cumpridas.

No decorrer deste estágio colaborei na inserção do CVC, destacando-se que foram cumpridos todos os feixes de prevenção aquando da inserção, antes de qualquer manuseamento local, realizei a higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antissética de base alcoólica, descontaminei as conexões com clorhexidina a 2% em álcool e mudei penso (por estar descolado) utilizando técnica assética.

Afianço que cumpri com as orientações emanadas para a prevenção, intervenção e controlo das IACS, colaborei nos projetos específicos para a sua redução, como o “Stop Infecção Hospitalar”, coloquei em prática as precauções básicas de controlo de infeção, monitorizei e avaliei as medidas implementadas. Senti que fui uma referência positiva para a equipa, contribuí de forma positiva para a excelência dos cuidados, na segurança da Pessoa em situação crítica, da família e de todos os que contactam com os serviços de saúde.

4. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

A opção pelos CP prendeu-se por uma grande motivação pessoal e profissional e por ser uma área emergente do SNS. A formação ao longo deste mestrado ajudou a sedimentar e reforçar os conceitos inerentes à temática “Cuidados Paliativos” e consequentemente ao desenvolvimento das competências mencionadas no Regulamento nº 429/2018, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa:

- 1- Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- 2- Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Na procura de intervenções que promovam um final de vida condigno e com o objetivo de melhorar a prestação destes cuidados em Portugal, no ano 2010, foi aprovado um novo Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) e em 2012, surgiu a Lei nº 52/2012 referente à Lei de Bases dos Cuidados Paliativos e a RNCP com o intuito de “prestar cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva” (p.2).

Nesta linha e nos subcapítulos seguintes apresentarei uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios para a consecução das competências acima mencionadas. Irei analisar de uma forma mais pormenorizada as atividades desenvolvidas ao longo do estágio III - UCP e de uma forma mais breve as atividades desenvolvidas no estágio I - SU e no estágio II - UCIP, pois nestes locais também deparei-me com pessoas/famílias com necessidades paliativas, porém, muitas destas pessoas ainda não eram reconhecidas como tal e eram cuidados como todos os outros doentes, sem a diferenciação que a sua condição exigia.

4.1. Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

No SU constatei que muitas pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal recorriam com frequência ao SU, por ser o único meio de que dispunham para aceder aos cuidados de saúde, pelo que tentei sempre assegurar o conforto destas pessoas em fim de vida e preservar a sua dignidade.

Como exemplo, recorde de uma pessoa com doença oncológica avançada, já em fase terminal, que recorreu ao SU por descontrolo de sintomas (dispneia e febre). Quando a abordei pela primeira vez encontrava-se prostrada, com declínio das funções vitais e era previsível que a sua morte ocorresse em poucas horas.

Segundo Pacheco (2014), a pessoa encontra-se em fim de vida quando possui uma doença crónica e/ou incurável e numa fase irreversível, com agravamento de sintomas reveladores de proximidade da morte. Braga et al. (2017), acrescentam que no período de agonia/ últimas horas ou dias de vida, as pessoas experienciam mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes. Estes doentes necessitam de um conjunto de cuidados específicos e adequados às suas necessidades, direcionados ao conforto.

Nesse âmbito, tive a oportunidade de prestar e planear cuidados à pessoa em fim de vida (últimas horas de vida), confortando o doente, fomentando o seu bem-estar e a melhor qualidade de vida possível até ao seu falecimento, com recurso a soluções tecnicamente corretas e humanamente elevadas. Telefonei à família, dando a informação de forma honesta e cuidadosa sobre o estado geral do seu familiar e também informei que tinham o direito de acompanhar o seu familiar nesta fase, se assim o desejassem. Estes evidenciaram gratidão, dizendo que iriam, logo que possível, para o SU. Como referi o doente encontrava-se prostrado, não reativo a estímulos externos, porém disse-lhe que a sua família vinha a caminho, que estaria ali ao seu lado e que não estava só.

Infelizmente, quando a família chegou ao SU, o familiar já não tinha sinais de vida, o que me fez refletir sobre o que Cicely Saunders postulava “o modo como as pessoas morrem, permanece na memória dos que vivem” (Areia et al., 2017, p.148).

Para que tivesse o melhor aspeto possível, prestei cuidados ao corpo, pois seria a última “imagem” com que os seus familiares ficariam, proporcionei um ambiente calmo, permitindo que os seus familiares se despedissem, desejo que tinham manifestado.

Na UCIP assisti várias vezes ao evoluir dos cuidados intensivos para os cuidados paliativos. Recordo de um turno, em que apenas dois dos seis doentes internados na UCIP, tinham indicação para continuar a investir em cuidados intensivos, os restantes tinham Decisão para Não Reanimar (DNR). Muitas vezes implementavam-se medidas e tratamentos que não traziam benefício para o doente, apenas prolongavam a vida e o sofrimento. Estas situações fizeram-me refletir sobre a necessidade de incluir os Cuidados Paliativos nos Cuidados Intensivos.

Quando se fala em cuidados paliativos no contexto dos cuidados intensivos, sinto que para muitos ocorrerá a ideia de que estamos a falar de especialidades opostas, mas na minha opinião e de acordo com o referido por vários autores (Dionne-Odom et al., 2015; Catalão, 2015; Kessell, 2016; CNCP, 2019), estes cuidados não se opõem, muito pelo contrário, é fundamental a sua cooperação e devem ser prestados na continuidade dos cuidados de saúde a todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas que deles necessitem, qualquer que seja o seu diagnóstico, idade e onde quer que se encontrem.

As unidades de cuidados intensivos estão habilitadas a salvar ou manter a vida, enquanto os CP, preocupam-se com as necessidades do doente e família perante uma doença grave, pelo que a interligação destas duas áreas pode promover maior alívio do sofrimento e melhor qualidade de vida, através de abordagens individualizadas à pessoa/família em fim de vida (OM& SPCI, 2008; CNCP, 2019).

Catalão (2015) acrescenta que a implementação precoce dos CP no curso da doença, em conjunto com terapias curativas ou prolongadoras da vida podem melhorar a qualidade de vida e o curso da doença através de uma abordagem individualizada.

Acompanhar o fim de vida na unidade de cuidados intensivos, levou-me ao confronto com situações limite, como a vulnerabilidade no fim de vida e a consciencialização da inevitabilidade da morte. Como referia Hicks em 2013 o sentimento de perda está no centro da vulnerabilidade humana, associada à perda de dignidade, à perda da ligação aos outros e consequentemente à perda da própria vida. Na prática, cuidar destas pessoas com tratamentos desajustados traz consequências negativas, tanto para instituição (económicos), como para o doente/família/profissionais.

Em concordância com a Lei nº 52/2012, Gomes et.al (2020), referem que os CP constituem hoje um direito humano fundamental e uma resposta indispensável aos

problemas do final da vida. Assim, na minha prática implementei estratégias de um cuidar paliativo nos meus cuidados, promovi o conforto, a analgesia, o alívio do sofrimento, o apoio à família, favoreci o envolvimento da família nos cuidados, respeitei a individualidade de cada pessoa/família, apoiei no luto, ofereci apoio religioso, respeitei a espiritualidade do doente e tentei ter uma participação mais ativa no processo de tomada de decisão. Refleti muito sobre o experienciado, partilhei com a enfermeira orientadora as minhas inquietações e, sempre que oportuno, discuti esta temática com os restantes colegas da equipa, de modo a sensibilizar para a necessidade dos cuidados paliativos na prática diária da UCIP.

Considero que o EEEMC poderá ser um elemento de referência para integrar os cuidados paliativos na sua prática e transmitir à equipa que os cuidados paliativos não são uma realidade oposta à dos cuidados intensivos. Acompanhar o fim de vida em unidades de cuidados intensivos requer formação, sensibilidade profissional e institucional, só assim, os cuidados paliativos se tornarão uma realidade integrante nas unidades de cuidados intensivos.

O estágio III (UCP e no contexto do domicílio) dirigido à pessoa em situação paliativa, proporcionaram-me oportunidades de aprendizagem essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional nesta área, onde tive a oportunidade de prestar verdadeiros cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com necessidades paliativas.

Na minha prática tive sempre presente os princípios definidos pela OMS (2002): promover o alívio da dor e de outros sintomas disruptivos; afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspetos psicológicos e espirituais do doente no cuidar; ajudar o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte; ajudar a família a lidar com a doença e acompanhá-la no luto; trabalhar em equipa para atender às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo o seguimento no luto; promover a qualidade de vida, o que pode influenciar positivamente o curso da doença; intervir precocemente no curso da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida, como por exemplo a quimioterapia ou a radioterapia e quando necessário recorrer a exames para melhor compreender e tratar os problemas do doente.

Os verdadeiros cuidados paliativos oferecem apoio à pessoa/família e permitem viver tão ativamente quanto possível até à morte, afirmando a vida apesar das complicações. Nesse sentido, orientei a minha prática clínica em torno dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos: **controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa**, com o objetivo máximo de reduzir o distress, aumentar a qualidade de

vida e maximizar o conforto (Twycross, 2003; Aparício, 2008; Neto, 2010; CNCP, 2019; Freire, 2017; APCP 2020; OMS, 2020).

A prestação de cuidados paliativos não se esgota com o controlo de sintomas e a sua abordagem deve ser idealmente multidisciplinar (Freire, 2017). Ao longo deste estágio concebi, implementei e avaliei planos de cuidados no controlo de sintomas a pessoas com necessidades complexas persistentes, com diversas idades, desde os 28 anos aos 90 anos, com patologia oncológica e não oncológica (insuficiências de órgão, demências, doenças neuromusculares, doenças congénitas) e em diversas fases da doença. Prestei cuidados à pessoa em fim de vida (últimos 12 meses de vida), ao doente terminal (por definição, o doente com 3 a 6 meses de vida) e ao doente agónico ou moribundo (doente com horas ou dias de vida) (Twycros et al., 2014; Alves et al., 2017; OM, 2020).

Na minha opinião e de acordo com os autores acima mencionados, estas pessoas necessitam de uma intervenção precoce dos CP, para serem ajudadas em devido tempo, pois se assim não for, sofrem desnecessariamente. Como exemplo, recordo-me de uma pessoa, com doença oncológica em fase terminal, no momento da sua admissão na UCP referiu o seguinte: “*não tenho medo de morrer, não consigo é viver com esta dor*”.

O controle e o alívio da dor são considerados direitos humanos e um dever dos profissionais de saúde e, a sua abordagem é essencial nos CP (OE, 2008). Ainda, na década de 60 do século XX surgiu o conceito de “Dor Total” ou de sofrimento total, desenvolvido por Cicely Saunders, englobando vários aspetos: físicos, psicológicos, sociais e espirituais o que coincide com os atuais princípios e filosofia dos CP: (...) promoção da qualidade de vida das pessoas e seus familiares, prevenção e alívio do sofrimento, por intermédio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial, emocional e espiritual (OMS, 2014; Zepeda et al., 2018).

Constatei que a valorização e hierarquização dos sintomas é sempre individual, muda de doente para doente, mesmo dentro do mesmo grupo de patologia base. Para além da dor, existem outros sintomas que exigem uma resposta terapêutica rápida.

Alguns dos estudos realizados em Portugal por Pulido et al. (2010) e Monteiro et al. (2013), identificaram a dor e a dispneia como os sintomas mais frequentes no fim de vida.

Freire (2017) refere que segundo o *National Hospice Study* os cinco principais sintomas em CP são: anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação, e variam de acordo com a tipologia de doentes e o local onde permanecem (ambulatório, domicílio, *Hospice* ou Unidade de Agudos).

Mais recentemente a médica Isabel Galriça Neto, Presidente da Competência de Medicina Paliativa da Ordem Médicos, Diretora da UCC Paliativos do Hospital Luz-Lisboa e Docente da FML, num artigo publicado pela OM (2020), declara que a dor não é o sintoma mais prevalente em fim de vida, contudo é o mais estudado, sendo o mais prevalente a astenia/fadiga. Acrescenta ainda, que outros sintomas, como: a dispneia, as náuseas e vómitos, a anorexia, o *delirium*, a insónia, a obstipação ou a diarreia, são relevantes para este grupo de doentes e necessitam de tratamento adequado.

Verifiquei que o descontrolo de sintomas constitui um motivo de internamento frequente na UCP e a pessoa com doença grave e avançada apresenta uma carga sintomática elevada. O que também vai ao encontro do referido por Twycross (2003), Neto (2010), Alves et al., (2017) e CNCP (2019), que as doenças crónicas, oncológicas, entre outras englobam complexos multissintomáticos que conferem maior complexidade clínica, aumentam a dificuldade na avaliação dos sintomas, exigem respostas adequadas e muito rigor na intervenção a tomar. Um controlo de sintomas adequado só se consegue com um trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades múltiplas da pessoa.

No decorrer desta prática clínica, tive múltiplas oportunidade de desenvolver competências no controlo de sinais e sintomas, em todas as dimensões da pessoa: física (dor, astenia, anorexia, tosse, dispneia, emagrecimento, náuseas, vómitos, obstipação, disfagia,...); psicológica (ansiedade, tristeza, depressão, alterações do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, *delirium*); social (Imagem corporal, função intelectual, relações pessoais, sociais e profissionais) e espiritual (por retrospeção, em relação ao futuro, questões religiosas).

Existem sinais e sintomas que, por si só, também conferem maior complexidade à situação global como é o caso da hemorragia, da depressão, da compressão medular ou da ameaça de asfixia, dos sintomas resultantes de quadros de oclusão e se associados ainda outros sintomas com a dor, náusea, vômito, obstipação (OM, 2020). Pelo que estive desperta para a sua identificação e para uma atuação em tempo útil perante situações de agudização, reduzindo o mais rapidamente possível, o desconforto causado por esse sintoma.

Os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade com o doente, detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e por consequência no sucesso do processo terapêutico. Nesse sentido, a compreensão dos princípios do controlo de sintomas, assim como as recomendações para os cuidados à pessoa com dor, descritas no Guia Orientador de Boa Prática da OE, foram essenciais para a otimização dos cuidados prestados

e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e seus familiares. Segundo a OM (2020), os princípios do controlo de sintomas em CP centram-se em:

- ✓ Avaliar corretamente os sintomas (“avaliar, avaliar, avaliar”).
- ✓ Monitorizar regularmente os sintomas, de preferência com recurso a escalas.
- ✓ Delinear um plano terapêutico misto (com medidas farmacológicas e não farmacológicas).
- ✓ Incentivar uma atitude preventiva, construindo um plano terapêutico com medicação regular e pautada, e deixando também prescrição em sos.
- ✓ Adequar a via de administração, privilegiando a via menos invasiva.
- ✓ Estabelecer planos de cuidados com o doente e a família.
- ✓ Estar atento aos detalhes do plano de tratamento.

✓ Avaliar corretamente os sintomas (“avaliar, avaliar, avaliar”)

O correto tratamento de um sintoma desde logo tem por base a sua correta avaliação e valorização pela equipa interdisciplinar, numa abordagem centrada na pessoa.

A avaliação do sintoma é o passo crucial para o bom tratamento e faz-se com base numa eventual *check-list* em que se caracterizam, entre outros fatores, a intensidade, a localização, os fatores de agravamento, a medicação em curso (com as respetivas doses) e o impacto nas atividades de vida diária (OM, 2020).

✓ Monitorizar regularmente os sintomas, de preferência com recurso a escalas

Os sintomas são complexos e carecem de uma avaliação rigorosa o mais objetiva possível, para tal recorri a ferramentas padronizadas. A sua valorização baseia-se sempre que possível numa auto-avaliação feita pelo doente, através do recurso a escalas construídas para esse efeito, como: ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*); PPS (*Palliative Performance Scale* - Instrumento de avaliação da capacidade funcional e condição clínica do doente em cuidados paliativos); PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* – escala de avaliação da dor em doentes paliativos incapazes de comunicar verbalmente), escala numérica da dor, NuDESC (*The Nursing Delirium Screening Scale* - Escala de Enfermagem de Avaliação do Delirium); CAM (*Confusion Assessment Method* - Instrumento de avaliação do síndrome confusional agudo).

As corretas utilizações dos vários instrumentos de avaliação permitem aos profissionais associarem o seu corpo de conhecimentos, domínio de técnicas e competências, recorrendo a uma intervenção baseada em evidência científica, uma monitorização contínua dos diversos problemas, a articulação entre equipa /doente/família o que favorecem uma

prestação de cuidados especializados, individualizados, humanos e holístico (Coelho et al., 2018).

Entre os múltiplos instrumentos para a avaliação de sintomas, a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) é referida por Watanabe et al. (2012), Alves et al. (2017), OM (2020), como a mais utilizada no Canadá, Estados Unidos da América e na Europa, incluindo Portugal (versão adaptada para português) sendo também utilizada na UCP do HJA.

A escala ESAS fornece um perfil clínico da severidade de nove sintomas (dor, náuseas, cansaço, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia) ao longo do tempo, permitindo identificar e avaliar a eficácia das medidas implementadas no controle dos sintomas (Monteiro et al., 2013; Alves et al., 2017).

Observei que, no contexto de internamento, a sua aplicação faz-se diariamente; no domicílio pode ser realizada com diferente periodicidade (diária, de dois em dois ou três em três dias), mas pressupõe a realização de um registo regular, com vista a aferir quer da carga sintomática, quer do impacto e eficácia das medidas terapêuticas aplicadas no bem-estar da pessoa.

A utilização desta escala, permite uma visão geral dos sintomas dos doentes, mas por outro lado, pode levar à desvalorização de sintomas que não constem na lista. Portanto, para um adequado controlo sintomático, considero que os instrumentos de avaliação devem ser utilizados apenas como parte de toda uma avaliação clínica holística, o que vai ao encontro do preconizado por Watanabe et al. (2012).

No internamento, idealmente quem deve preencher a ESAS são os doentes, no entanto podem ser completadas pelos profissionais de saúde, até que se verifique um eficaz controlo dos sintomas. No domicílio, se o doente apresentar alguma incapacidade ou se não conseguir preencher sozinho a ESAS, pode ser ajudado por um cuidador (formal/informal) desde que envolvido nos cuidados.

Esta escala contempla um gráfico, que permite o estudo da evolução no tempo, do comportamento dos sintomas, permite avaliar a forma de evolução da doença, reorientar o(s) tipo(s) de intervenção(ões) e preparar etapas específicas do fim de vida.

No caso de não ser o doente a preencher, as escalas sintomáticas subjetivas como: cansaço, depressão, ansiedade e sensação de bem-estar devem permanecer em branco. A avaliação dos outros sintomas, realizada pelo cuidador, deve ser o mais objetiva possível. A dor passa a ser avaliada através da alteração do comportamento ou sinais, que podem estar associados a este sintoma; nestas situações recorri ao uso da escala PAINAD.

Nos meus registos, no diário clínico, constavam obrigatoriamente o registo da presença ou ausência dos sintomas, evidenciando-se se o doente estava ou não confortável. O conforto era avaliado através das constantes de conforto: presença de sintomas; bem-estar psicológico, qualidade do sono e bem-estar social (OM, 2020).

As avaliações regulares dos sintomas e respetivo registo em diário clínico permitem uma efetiva monitorização dos sintomas vividos pelos doentes, e ainda uma avaliação da eficácia da intervenção dos profissionais de saúde ao longo do tempo (Twycross, 2003; Neto, 2010; CNCP, 2016).

✓ Delinear um plano terapêutico misto (com medidas farmacológicas e não farmacológicas)

Uma vez avaliado um doente e a respetiva carga sintomática, é urgente que se defina um plano de cuidados.

Verifiquei que o tratamento dos sintomas conduz inevitavelmente à aplicação de medidas, que incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas, direcionadas às causas dos sintomas. Importa realçar que a identificação da causa se torna difícil em muitas situações, por serem múltiplas ou não identificáveis, e quando assim é, o tratamento visa o alívio dos sintomas, aliviando o sofrimento e maximizando a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores/ familiares (Alves et al., 2017; OM, 2020).

O objetivo do tratamento visa a satisfação das necessidades da pessoa, maximizar a sua qualidade de vida, aliviar o sofrimento e preservar a sua dignidade, o que pressupõe que não se deve recorrer a exames complementares de diagnóstico se não for importante para o alívio de um sintoma ou o controlo de situação potencialmente reversível, especialmente na fase final da vida; estes devem ser evitados principalmente se implicarem algum desconforto ao doente (Neto, 2010; OM, 2020)

Na minha opinião e, de acordo com Neto (2008), a administração de fármacos representa seguramente uma das estratégias fundamentais para viabilizar o conforto e o controlo sintomático. Para tal, exige-se uma reavaliação regular dos sintomas e do seu tratamento, com intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, pretendendo-se garantir um controlo sintomático constante de modo a evitar ocorrência de crises que agravem a qualidade de vida do doente e aumentem a ansiedade dos familiares.

É importante referir que as medidas farmacológicas não se esgotam de forma alguma na utilização de opióides, muito menos no recurso à morfina. De acordo com o experienciado e o referido por Alves et al.

(2017), verifiquei que se recorre a diferentes fármacos de modo a responder adequadamente aos principais sintomas manifestados, como os opióides (morfina, tramadol, fentanil), os neurolépticos (haloperidol e levomepromazina), os antieméticos (metoclopramida, ciclizina, haloperidol, levomepromazina) e a butilescopolamina, esta como anticolinérgica. O midazolan, o octreotido, a furosemida, o clodronato, a ceftriaxona e a cefipima e ainda outros fármacos, como por exemplo a utilização da canábis medicinal.

Com a publicação da Lei nº 33/2018, tornou-se legal em Portugal a utilização de medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da canábis para fins medicinais, constituindo uma alternativa quando os tratamentos convencionais com medicamentos autorizados não estão a produzir os efeitos esperados ou provocam efeitos adversos relevantes (Correia-da-Silva et al., 2019). Porém a sua regulamentação (prescrição e a sua dispensa em farmácia), fez-se apenas em 2019 pelo Decreto-Lei nº 8/2019.

Correia-da-Silva et al. (2019), referem que têm sido realizados ensaios clínicos com compostos de canabinóides e que estes demonstraram um rácio benefício/ risco positivo. Para além do controlo da dor, este fármaco pode ser útil em outros sintomas, também frequentes em contexto de Cuidados Paliativos, como sejam as náuseas, os vómitos, a falta de apetite, a espasticidade e o mal-estar geral.

De acordo com o guia desenvolvido pela Tilray Medicinal Cannabis That Matters (2021), os medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da canábis englobam vários efeitos farmacológicos: analgésico, antiemético, anticonvulsivante, anti-inflamatório, antipsicótico, relaxante muscular, ansiolítico e estimulante do apetite, no entanto, constatei que estes são poucos usados em Portugal, inclusive na UCP, o que vai ao encontro do referido por Correia-da-Silva (2019), que a falta de informação e de formação dos profissionais de saúde tem limitado a sua utilização para fins medicinais em diversos países.

As utilizações de múltiplos fármacos permitiram aperfeiçoar os meus conhecimentos sobre os mesmos e permitiram ainda a otimização dos regimes terapêuticos, como preconizado no Regulamento nº 429/2018 das Competências Específicas do EEEMC à Pessoa em Situação Paliativa: “Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas” (p. 19365).

Seguidamente passo a apresentar algumas das intervenções não farmacológicas implementadas no controlo de alguns sintomas: dor, dispneia, tosse, secreções brônquicas, náuseas, vómitos, anorexia, xerostomia, obstipação, desorientação, ansiedade, irritabilidade, agitação, falta de atenção e perturbações do sono.

A grande maioria das intervenções implementadas foram baseadas no conhecimento transmitido pela equipa, na pesquisa realizada em artigos científicos referidos ao longo deste capítulo, no Guia Prático da Abordagem da Agonia, elaborado por Freire (2017) e no Guia Prático de Controlo Sintomático do Núcleo de Estudos Medicina Paliativa, elaborado por Braga et al. (2017).

No tratamento da dor, implementei medidas que permitiram à pessoa encontrar uma posição de conforto, ajudando a diminuir a dor enquanto aguardava o início da ação da medicação; apoio emocional, diálogo e escuta ativa, ajudar a abstrair da dor e a relaxar, massagem; musicoterapia; massagem relaxante; aplicação de calor ou frio; diminuição do ruído, luminosidade e muitas vezes a presença de familiares e/ ou a minha presença.

Na abordagem à pessoa com dispneia, tosse e com secreções brônquicas as medidas adotadas favoreceram a expressão do que a pessoa estava a sentir, dar respostas tranquilizadoras, mas honestas; incentivar a presença constante de alguém que apoie e ajude a tranquilizá-la; arejar o quarto (abrir uma janela), elevar a cabeceira da cama a 45° ou posição de sentada, consoante a vontade e tolerância do doente e outras intervenções que ajudaram o doente a relaxar e a sentir-se melhor. Em algumas situações (ex.: hipoxémia sintomática) foi necessário recorrer à oxigenoterapia, geralmente os óculos nasais são mais bem tolerados do que máscaras faciais; o recurso ao VNI pode ter benefício na acidose respiratória aguda / hipercapnia e na dispneia grave, diminuindo o esforço respiratório e necessidade de opióide, algumas vezes também foi usado para prolongar a vida para conseguir realizar objetivos/desejos a curto prazo (ex.: visita de familiares), com base num plano antecipado de cuidados definido.

Nos sintomas digestivos como náuseas, vómitos e anorexia, promovi uma boa higiene oral, um ambiente tranquilo e sem odores intensos; refeições pequenas e ligeiras escolhidas pelo doente, dando preferência a alimentos frios, em quantidades adequadas e nos horários que desejassem e ofereci líquidos em pequena quantidade fora das refeições de acordo com sua tolerância.

Recordo-me de uma doente de 28 anos, com doença neoplásica, que referia vários desejos de alimentos específicos (pizza, lulas, carne de vinho e alhos...). O envolvimento da família e dos profissionais tornaram possível a realização destes desejos; muitas vezes a doente apenas saboreava os alimentos e não deglutia, mas referia grande satisfação em saboreá-los.

Na xerostomia, as intervenções não farmacológicas incluíram uma rigorosa higiene oral com um antisséptico bucal; hidratação oral regular; quando a capacidade de deglutição

estava mantida ofereci líquidos frios, sumos de fruta, gelatinas, pastilhas elásticas sem açúcar, rebuçados de limão, ou pedaços de ananás, de acordo com o gosto pessoal; quando a capacidade de deglutição se encontrava alterada/ausente, ofereci pequenas porções de água semilíquida, gelo, uma gaze húmida ou, em alternativa, o uso de um humidificador ou de um nebulizador.

De modo a prevenir a obstipação, controlei diariamente a hidratação, estimei a ingestão hídrica, uma dieta com alimentos ricos em fibras e com propriedades laxantes. Favoreci condições de modo a respeitar os hábitos de eliminação, como a privacidade.

Na impactação fecal, ao nível do reto e cólon distal, quando o tratamento com laxantes não foi eficaz, procedeu-se ao consentimento da pessoa para a remoção manual de fezes, recorrendo sempre à analgesia, com lubrificante anestésico e/ou mesmo à sedação.

A massagem abdominal visa o conforto e a diminuição da dor local provocada pelas cólicas, ajudando também à progressão das fezes no intestino grosso. Deve ser feita com movimentos circulares, efetuados no sentido dos ponteiros do relógio e o próprio doente pode fazer isto, se tiver força para isso, ou pode-se ensinar à família. Esta intervenção, pode favorecer uma relação do doente com a família e com os profissionais que o ajude a reencontrar conforto e segurança.

Na desorientação, ansiedade, irritabilidade, agitação, falta de atenção e perturbações do sono, algumas das medidas não farmacológicas implicaram a participação de toda a equipa multidisciplinar, incluindo a família, o acompanhamento psicológico prévio, de modo a promover a resolução de “assuntos mal resolvidos” minimizando a intensidade das crises, favoreci a comunicação, assegurando um ambiente calmo, reduzi estímulos, utilizando tons de voz suave, evitando confrontos diretos com valores e crenças, transmiti confiança e segurança, promovi a autonomia e a orientação para tempo, espaço e pessoas; ajudei a manter uma rotina diária estruturada, proporcionei um sono tranquilo com redução de ruído e ajuste de horários das medicações, evitando administrações noturnas, evitei a contenção física, mantendo uma vigilância contínua junto do doente para a sua própria proteção.

✓ Incentivar uma atitude preventiva, construindo plano terapêutico com medicação regular e pautada, e deixando também prescrição em sos

Após a implementação de um plano terapêutico são fundamentais a monitorização e o ajuste da medicação, tanto por poderem ocorrer efeitos secundários indesejáveis como

pela progressão da doença com a possível exacerbação dos sintomas ou o surgimento de novos que devem ser controlados precoce e rapidamente.

Constatei que tanto na UCP, como no domicílio, os doentes tinham prescrito um regime terapêutico bem concebido, com medicação que é deixada de forma pautada (a horas certas) dirigida aos principais sintomas, tendo ainda prescrita medicação de resgate (sos), para possíveis crises sintomáticas, exigindo o seu registo, assim, de acordo com o número de sos's administrados e o aparecimento de novos sintomas, estes tornam-se fundamentais para proceder uma revisão terapêutica diária. Na prática, o médico consulta os registos de enfermagem (número de sos's que o doente realizou nas últimas 24h) permitindo atestar a qualidade do controlo sintomático e a eventual necessidade de ajustes terapêuticos.

A reavaliação regular do plano terapêutico inclui também suspender determinados fármacos que, em função do prognóstico estimado e do objetivo de conforto, deixaram de se revelar úteis para o doente, como por exemplo as estaminas, heparinas de baixo peso molecular e soros nas últimas horas/dias de vida (Alves et al., 2017).

✓ Adequar a via de administração, privilegiando a via menos invasiva

De acordo com a literatura, a via prioritária é a via oral, que assegura a eficácia terapêutica de um regime com tomas regulares, é a menos invasiva e garante maior autonomia para o doente e família (Neto, 2008; OM, 2020).

No entanto, existem várias razões que podem motivar a decisão de optar por vias de administração alternativas (doente se encontrar mais débil, obstrução local, disfagia, ocorrência de náuseas e vômitos graves, redução da absorção gastrointestinal ou a necessidade de, em crises sintomáticas, utilizar um fármaco para rápido início de ação). Nestes casos, as vias alternativas a considerar são a transdérmica, a intravenosa (IV), a intramuscular (IM), a rectal e a subcutânea (SC) (Alves et al., 2017; OM, 2020).

As vias IV e IM em doentes crónicos e terminais são pouco usadas devido à sua maior invasibilidade e desconforto, também devido à grande suscetibilidade para complicações locais (infecção e hemorragia) e sistémicas (sépsis) o que implica um aumento dos custos do tratamento e consequentemente um aumento do tempo de internamento. Ainda num contexto de programação de altas, a via intravenosa tem o seu uso muito limitado no domicílio, pois requer maior vigilância. A via rectal, embora possa ser uma alternativa à via oral, corresponde a uma via menos confortável para muitos adultos, para além de muitos princípios ativos fundamentais para o controlo sintomático não estarem disponíveis nessa forma de apresentação. A via transdérmica não permitem um início de ação rápido, assim a

sua utilização faz-se em doentes com doses estabilizadas e não como medida de primeira linha em doentes instáveis (Neto, 2008; OM, 2020).

A via subcutânea está cada vez mais difundida, garantindo eficácia terapêutica com uma menor invasibilidade e maior conforto possível. Possibilita recorrer a uma via parentérica, usufruindo dos benefícios inerentes, sem ter as desvantagens já descritas para as administrações intramusculares e intravenosas, já que não existe risco de hemorragia, embolia ou sépsis. A via SC ainda que não seja de utilização universal, está acessível para inúmeros fármacos (Neto, 2008).

Constatei que a utilização da via SC de forma contínua (hipodermóclise) ou intermitente (bólus) é muito utilizada para um controlo sintomático eficiente, tanto no contexto de internamento como no domicílio, nomeadamente no controlo de náuseas/vómitos, dor, dispneia, entre outros.

A regra básica é que se proceda a uma desejável titulação de fármacos e só no caso de as medidas de primeira linha e administração em bólus não se revelarem eficazes, passaremos a uma administração contínua. Uma perfusão contínua garante, à partida, maior estabilidade nas doses em circulação, mas nunca será uma intervenção de primeira linha, carecendo de monitorização apertada dos sinais de toxicidade e revisões diárias por parte de uma equipa preparada (OM, 2020).

Atualmente existe mais evidencia científica disponível sobre vários fármacos (opióides, antieméticos, neurolépticos, entre outros) para a utilização por via subcutânea. Exemplo disso, nas pesquisas realizadas ao longo do estágio encontrei estudos recentes, referentes à segurança da administração subcutânea do Paracetamol e Levotiracetam, fármacos habitualmente utilizado em infusão IV, com as mais valias inerentes ao que representa associar eficácia terapêutica a menor invasibilidade (Leheup et al., 2018; Sutherland et al., 2018).

✓ Estabelecer planos de cuidados com o doente e a família

O tratamento de qualquer sintoma deve-se iniciar pela explicação das razões que justificam os sintomas, de forma a reduzir o seu impacto psicológico e, sempre que possível, deve-se incluir o doente no processo de decisão terapêutica, fazendo com que este se sinta respeitado, aumentando a sua autoestima (Twycross, 2003).

Nesse sentido, sempre que possível envolvi o doente e família, tendo em conta os seus valores, informando-os devidamente, discutindo opções terapêuticas com o doente

(suspender, ou não iniciar certas medidas) e explicando o tratamento à família, para que pudessem participar ativamente no processo de tomada de decisões.

✓ Estar atento aos detalhes do plano de tratamento

O conjunto de medidas implementadas por mim e por toda a equipa multidisciplinar no alívio e controlo de sintomas físicos, incluíram também o apoio psicossocial aos doentes e familiares, o que contribuiu decisivamente para o alívio do sofrimento dos doentes e seus familiares.

Para além dos tratamentos farmacológicos, que visam o alívio e controlo de sintomas físicos há a indispensabilidade de explorar a dimensão espiritual, pois também é considerado um fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde (Silva & Caldeira, 2017).

Reparei que o cuidado espiritual é uma preocupação presente em alguns enfermeiros desta UCP, o que requer intervenções refletidas e planeadas individualmente, assim como o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Observei que os enfermeiros com formação diferenciada reconhecem com mais facilidade os detalhes do plano de tratamento, direcionam as intervenções para a pessoa de uma forma holística, de modo a manter a congruência com os valores e crenças relativas à sua saúde e doença, “(...) o cuidar do outro vai mais além do procedimento” (Simões & Sapeta, 2018, p.80).

As mesmas autoras, mencionam que, dar atenção aos detalhes, é ousar ir mais longe, mas acima de tudo significa atrever-se a colocar-se fora de si mesmo, indo buscar todos os trunfos e instrumentos da enfermagem para conseguir entrar no mundo do outro: o estar lá, a escuta, o sorrir, é o que mais precisam e apreciam.

Sabendo que as questões existenciais são importantes para os doentes, admito que inicialmente senti alguma dificuldade em atender às necessidades espirituais da pessoa/família com sofrimento decorrente de uma doença incurável e grave. Por isso, senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos e ainda realizei uma reflexão escrita sobre a importância deste cuidado.

O conforto psicoespiritual surge assim como uma necessidade e recurso interno, que favorece a aceitação da doença, podendo algumas pessoas refugiar-se na igreja, na religião, ou na fé, e outros na música, no ambiente, nos familiares ou nos amigos, entre outros (Kolcaba, 2003).

A espiritualidade constitui um componente intrínseco e essencial dos CP, devendo os enfermeiros estar preparados para atender às necessidades da pessoa que necessita destes

cuidados, de forma integral e humanizada, por meio de ações que garantam uma morte digna e o controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos sociais e espirituais.

De acordo com as evidências científicas e de acordo com o vivenciado durante a minha prática, os doentes desejam que os profissionais prestem este tipo de cuidados. A dimensão espiritual quando trabalhada constitui uma fonte de força, conforto e fé (um sentido para a vida) o que contribui para melhorar o bem-estar, promover a esperança, na busca do poder ou força que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação atual, em direção a uma nova consciência e enriquecimento do ser e ainda aceitar o processo de finitude (Evangelista et al., 2016; Gijssberts et al., 2019).

Ao longo da minha prática, apliquei a escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde de Pinto e Pais-Ribeiro (2007). Os cuidados prestados evidenciaram um aumento dos níveis de espiritualidade e esperança crescente ao longo do internamento em muitos doentes, o que se repercutiu de forma positiva nas diversas dimensões da vida humana: físicas, intelectuais, emocionais, éticas e morais, proporcionando maior conforto e qualidade de vida.

Em concordância com Silva e Caldeira (2017), constatei que o Perdão, o Amor, a Crença, a Fé e a Promoção da esperança foram necessidades espirituais identificadas por muitos doentes para promover o seu bem-estar e encontrar de um sentido para a vida. Por exemplo, recordo que um doente pediu para falar com a sua esposa, porque lhe queria pedir perdão, referindo que só assim poderia ficar em paz. O que me fez refletir sobre o referido por Barbosa e Neto (2010), que o sofrimento pode ser a expressão de necessidades espirituais não satisfeitas e que os profissionais devem identificar e atender.

O controlo de sintomas evidencia-se como um dos principais focos do cuidar de enfermagem em cuidados paliativos, pelo que negligenciá-los podemos estar a inviabilizar que a pessoa doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver.

Perante o exposto e tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, considero que identifiquei as necessidades de intervenção especializada e promovi intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como dos seus cuidadores/familiares. Concebi, implementei e avaliei os planos de cuidados, integrando todas as dimensões afetadas da pessoa doente, baseadas numa avaliação holística da saúde do indivíduo e dos seus cuidadores/ familiares na satisfação das suas necessidades, respeitando os seus valores, objetivos e tomadas de decisão. Avaliei os sintomas do doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas, adotei medidas farmacológicas e

não farmacológicas no alívio dos mesmos, atuei em tempo útil perante situações de agudização de forma a maximizar a sua qualidade de vida, aliviando o sofrimento, com particular ênfase para a obtenção do conforto e preservação da sua dignidade.

4.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Os CP assentam numa comunicação eficaz e terapêutica com doente/família e é imprescindível para a incrementação de estratégias para a promoção da sua dignidade. A comunicação é então um pilar básico no cuidar destes doentes, na medida em que o objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar qualidade de vida e conforto até ao fim (Twycross, 2003; Neto, 2010; APCP, 2016).

Em concordância com Querido et al. (2016), as competências de comunicação também podem e devem ser treináveis, pois saber comunicar eficazmente é um requisito indispensável na intervenção paliativa e fazê-lo não é tarefa fácil.

Assim, ao longo do meu percurso e como futura EEEMC, tornou-se imperativo aperfeiçoar competências comunicacionais, em diversas situações de comunicação mais complexas em CP. Nelas se incluem a comunicação de más notícias (diagnóstico e prognóstico), a conspiração do silêncio, entre outras.

Afirmando a minha opinião e de acordo com Gask, (2000); Querido et al. (2016), comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constituiu um desafio, porque implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre mim, a pessoa doente e família.

Nessa perspetiva, a comunicação é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente as necessidades da pessoa e dos seus familiares (Andrade et al., 2013).

Das técnicas básicas de comunicação em Cuidados Paliativos destaco a escuta ativa, compreensão empática e o feedback. A escuta ativa é uma competência fundamental para a eficácia da comunicação em Cuidados Paliativos, e implica ouvir, codificar, interpretar e responder. A compreensão empática por seu lado permite identificar a emoção que o doente está a vivenciar e a sua causa, permite compreender a vivência, validar as emoções – “não estou no seu lugar, mas imagino o que deve estar a sentir”; “é natural que se sinta tão

nervoso”. Enquanto o feedback é o processo que possibilita o controlo da eficácia da comunicação permite perceber a intenção do recetor e a sua reação, “o que reteve daquilo que lhe disse?”; “Pode-me resumir por palavras suas o que estivemos a conversar (Querido et al., 2016).

A linguagem não verbal (expressão facial, contacto visual, postura e movimentos corporais, contacto físico e toque) também é crucial na abertura de um encontro/consulta, com o estabelecimento das primeiras impressões e nos momentos em que há que responder às emoções do doente, como acontece após a transmissão de más notícias.

Andrade et al. (2013), realçam a importância da comunicação mesmo perante pessoas que não verbalizam; referem ser importante proporcionar confiança, fazer com que saiba que tem um profissional que demonstra atenção, afeto e compromisso consigo. Muitas vezes, senti que as expressões de compaixão e de afeto por mim manifestadas, fizeram com que se sentissem valorizadas, dando-lhes assim uma sensação de proteção, de consolo e de paz interior.

A comunicação de más notícias é das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm que desempenhar. Vários modelos têm sido desenvolvidos a fim de facilitar o desempenho desta difícil tarefa. Assim a existência de protocolos auxiliou-me na transmissão de más notícias, em particular o protocolo de Buckman que é constituído por seis fases distintas: conseguir o ambiente correto, descobrir o que a pessoa já sabe (doente ou membros da família), saber o que quer saber, partilhar a informação, responder às reações e no fim planear e acompanhar (Buckman, 1992).

Na comunicação de más notícias utilizei uma abordagem centrada no doente, dando a informação de forma gradual e progressiva, de acordo com as suas necessidades, respeitando a sua dignidade, individualidade e unicidade. Segundo Silva e Alvarenga (2014), neste contexto, o ritmo, a quantidade e a profundidade da informação a acrescentar deve ser determinada pelo doente.

A comunicação não verbal constitui também uma medida terapêutica essencial nestas situações, permitindo demonstrar a compreensão e a compaixão por parte do profissional de saúde, sendo uma manifestação de que de fato a dor, o medo e o sofrimento da pessoa e sua família são compreendidos (Phaneuf, 2002).

Torna-se imprescindível a escolha de um local adequado, com privacidade e confortável para o doente. O sentar-se, o uso do toque, são demonstrações de disponibilidade, permitindo abertura, honestidade, clarificar informação, possibilitar que o outro fale e verificar se o que foi transmitido foi compreendido.

Na procura constante de uma comunicação com mais qualidade no contacto com a pessoa e seus familiares em situação paliativa, afianço que demostrei compromisso e disponibilidade para discutir qualquer assunto (diagnóstico, prognóstico, assuntos relacionados com as dimensões psicológica, social e espiritual do doente, bem como as suas preferências relativamente ao fim de vida e eventual preparação da morte); fui honesta, amigável e respeitei as pessoas; escutei a pessoa doente ativamente e de forma séria; dei oportunidade de expressar as suas emoções e preocupações; apoiei (encorajei, dei apoio emocional); verifiquei se a informação transmitida foi compreendida; não oculte informação; procurei estabelecer um consenso com o doente, nomeadamente, no que diz respeito ao tratamento e às várias opções dentro dos CP .

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, o EEEMC: “Negoceia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.” (p.19365). Neste âmbito, considero que, ao longo desta prática utilizei ferramentas comunicacionais adequadas que favoreceram o estabelecimento de uma relação terapêutica com todos os intervenientes do processo do cuidar (doente, família e equipa).

Atendendo às atividades de enfermagem especializadas desenvolvidas de acordo com a unidade de competência do Regulamento acima referido, destaco que capacitei a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão; utilizei ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas e ainda ajudei a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.

Como exemplo, ilustro com uma doente de 28 anos, com neoplasia uterina com invasão renal e com nefrostomia, apresentando oclusão intestinal por bridas, que foi internada na UCP para controle de sintomas - dor, náuseas e vômitos. No decurso do seu internamento revelou que tinha coisas importantes que gostaria de realizar. Sugeri que fizesse uma lista de desejos exequíveis que gostaria de concretizar. Nessa lista contemplava uma ida a casa, visitar a avó, saborear vários alimentos e ainda encontrar um dono para a sua cadela. Com colaboração e apoio de toda a equipa multidisciplinar e com o envolvimento da família e alguns amigos conseguimos concretizar todos os desejos desta jovem. Esta situação, permitiu-me refletir sobre a importância da comunicação no trabalho multidisciplinar e na articulação dos cuidados entre todos os elementos da equipa bem como a família.

Face ao exposto, considero a comunicação uma ferramenta terapêutica essencial na minha prática e na identificação das necessidades humanas fundamentais permitindo a adaptação da pessoa/família à situação clínica atual.

O desenvolvimento de competências comunicacionais foram imprescindíveis para o estabelecimento de uma relação de empatia entre mim e o doente/ família, permitiram à pessoa o acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação que necessitavam, para poderem ser ajudadas e ajudar-se a si mesmas, redefinindo objetivos para viver o melhor possível a vida que lhe resta.

No âmbito dos Cuidados Paliativos, a pessoa é abordada de uma forma holística, em toda a sua dimensão biopsicossocial. Essa dimensão, tal como o nome sugere, integra, não só os aspetos clínicos, como aqueles mais intrínsecos do doente, e todo o enquadramento familiar.

A família, assim como as pessoas mais significativas para uma pessoa, desempenham um papel fulcral no seu desenvolvimento, contribuindo para a construção da sua personalidade, para o seu crescimento espiritual e condicionando, de uma forma geral, uma parte significativa das suas escolhas. É, portanto, natural que a família surja como um elemento presente e de grande influência também durante o processo de doença (Hudson et al., 2015; Areia et al., 2017).

O apoio à família deve ser ativamente incorporado nos cuidados prestados. As famílias detêm um papel fundamental no apoio ao doente e sofrem também o impacto dessa doença. A doença terminal constitui uma das experiências mais difíceis para o sistema familiar e, uma abordagem formal inadequada dos problemas emergentes, pode colocá-la em risco. Por isso, os cuidados paliativos visam a integração da família no plano de cuidados, quer durante a fase de doença, quer durante o luto (Twycross, 2003; Neto, 2010; APCP, 2016; Areia et al., 2017).

O estabelecimento de uma relação terapêutica, uma comunicação adequada, o conhecimento da estrutura familiar, a identificação da pessoa mais significativa, o modo como interagem, a disponibilidade para cuidar do seu familiar, bem como os recursos individuais e sociais de que dispõem, são fundamentais na identificação das reais necessidades da família, no planeamento dos cuidados e na adaptação às perdas antes e depois da morte do doente, em colaboração com toda a equipa multidisciplinar.

Importa referir que a comunicação se revelou uma ferramenta essencial (internamento e domicílio) nos cuidados com a família, no sentido de a integrar, estimular a estar presente ativamente no processo do cuidar, no enfrentamento da doença, na educação

para a preparação da alta e sobretudo para proporcionar suporte psicossocial e espiritual, em todos os estadios da doença, incluindo no período de luto (Oliveira Junior et al., 2017).

Recordo de um doente de 76 anos, com o diagnóstico de neoplasia do pâncreas em estadio avançado, internado na UCP para controlo de sintomas (náuseas e vómitos), que tinha o desejo de permanecer no domicílio no final da sua vida. A família (esposa) também mostrava muita vontade em satisfazer o seu desejo, se tivesse o devido apoio no domicílio.

Nesse sentido, a equipa trabalhou para que tal fosse possível. O assistente social, foi fundamental para o apoio e orientação sobre os direitos e os deveres, promovendo a articulação com estruturas da comunidade. A intervenção médica incidiu sobre uma abordagem farmacológica no controlo da dor, náusea, vómitos e de outros sintomas, o que foi essencial para tranquilizar a família, quanto à sua capacidade de cuidar em casa. A equipa de enfermagem promoveu a capacitação da família na avaliação e monitorização do controlo dos sintomas e indicadores de conforto, bem como no processo de reconhecimento e aceitação da situação de final de vida. O doente e a família, também contaram com o apoio do psicólogo, na abordagem de sentimentos de angústia, medo de perda e sobre a capacidade para dialogar sobre a morte. A colaboração de toda a equipa foi fulcral na promoção da aceitação e organização da dinâmica familiar, inclusive um filho que residia em Lisboa, deslocou-se para a ilha, para apoiar a sua mãe e colaborar nos cuidados ao seu pai nas últimas semanas/dias de vida.

Após controlo sintomático (72 horas após) e reunidas todas as condições o doente teve alta da UCP para o domicílio, com o apoio telefónico e presencial da equipa dos CP. Foi conseguido manter um controlo sintomático com medicação pautada e em SOS, sendo necessário nos últimos dias de vida apenas um ajuste terapêutico. Dez dias após o doente acabou por falecer na sua casa, tranquilo e na companhia da esposa e do filho.

Este caso demonstra a importância do trabalho em equipa interdisciplinar na abordagem à pessoa de uma forma holística e que a família, quando ensinada e apoiada, tem a capacidade de cuidar.

Todas as intervenções desenvolvidas foram ao encontro do desenvolvimento das competências específicas do EEEMC, à pessoa em situação paliativa do Regulamento nº 429/2018: “Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares”. “Promove intervenções baseadas na evidência” (...). “Envolve os cuidadores/familiares” (...). “Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio”.

“Respeita a singularidade e autonomia (...) no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (p.19365).

Quando se fala no apoio à família em CP, é importante evidenciar que a ação destes cuidados não termina com a morte do doente, estende-se também à fase de luto por parte da família.

De acordo com Pimenta e Capelas (2019), o luto é considerado um processo, uma reação normal a uma perda significativa, envolto de vários pensamentos e sentimentos com fases e características específicas. É referido como um processo adaptativo e dinâmico a uma perda significativa e envolve mudança a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia. Pode ser chamado de luto normal, antecipatório, preparatório e prolongado/complicado, de acordo com a forma como a pessoa o gere.

A vivência deste período é necessária, tornando possível a compreensão da construção da identidade coletiva da família. Neste âmbito, verifiquei a importância da necessidade paliativa do apoio à família, durante a vivência do luto o qual se traduz num indicador de qualidade do cuidado que lhe é prestado, segundo Pimenta e Capelas (2019).

Ao longo desta prática observei alguns fatores que dificultaram a experiência de luto para as famílias, como a falta de informação acerca do estadio da doença, falta de comunicação no seio familiar acerca da trajetória da doença e o modo de viver cada dia, dificuldade em tomar decisões, conflitos intrafamiliares pré-existentes, falta de recursos socioeconómicos e emocionais e ainda a atual situação pandémica.

Verifiquei que muitas famílias desejavam passar mais tempo com os seus familiares, mas devido às medidas de isolamento tomadas para ultrapassar esta pandemia, o tempo que passaram juntos ficou muito aquém daquilo que desejariam. Antes da pandemia os doentes poderiam receber as visitas que desejassem e a permanência de um acompanhante até 24h/dia. Devido à atual situação pandémica as visitas estavam limitadas (número, tempo e proximidade). De acordo com Pimenta e Capelas (2019), a ausência de apoio percecionado pode estar associado ao desenvolvimento de ansiedade generalizada e perturbação depressiva major três a seis meses após a perda.

De acordo com o vivenciado e em concordância com Pimenta e Capelas (2019), comprova-se que a família ficou privada de alguns cuidados durante a pandemia do COVID - 19, sobretudo para as famílias em luto, o que poderá contribuir no futuro para o desenvolvimento de lutos patológicos. Verifica-se, assim, um sofrimento emocional mais severo, em que a baixa estabilidade emocional e a maior dependência interpessoal podem ser fatores que contribuem para a dor emocional persistente após a perda.

Ao longo deste estágio, planeei e implementei intervenções específicas para a família, encaminhei para outros profissionais, procurei apoiá-la e proporcionar uma prestação de cuidados adequados às suas necessidades reais, no acompanhamento e, preparação para a perda e na prevenção de um luto complicado ou patológico.

Recordo de um doente, de 68 anos, internado na UCP após um internamento prolongado, cerca de três meses no serviço de cuidados intensivos. Encontrava-se consciente e orientado no tempo e no espaço, traqueostomizado e dependente do ventilador não invasivo, com sarcopneia severa e caquexia refratária, com quem estabeleci uma relação terapêutica de confiança. O estabelecimento desta relação revelou-se um ponto chave na prestação dos cuidados de enfermagem especializados ao doente/família ao longo do internamento (admissão, morte e pós-morte).

Aquando das visitas da esposa proporcionei um ambiente relacional calmo, confortável e confiável. Centrei-me na escuta ativa, estive presente, disponibilizando tempo de qualidade, fazendo-a sentir-se acompanhada e protegida. Incentivei a família a falar e a recordar tempos passados do doente (revisão de vida), a fim de melhor o conhecer, mas também de enfatizar o que este foi e é para aquela família. Falamos abertamente sobre a morte, encarando-a como processo natural do ciclo de vida que representa, adaptei a informação disponibilizada de acordo com aquilo que o doente e família conseguiam e desejavam receber. Concedi tempo à família para processar a informação, concluir tarefas relevantes para si e se preparar para o futuro.

No início do internamento o doente não queria que a esposa soubesse do seu prognóstico e que dependeria de ventilação não invasiva para sempre. Deparei-me com uma situação de conspiração do silêncio, em que os autores intervenientes foram o doente, a família e a equipa de saúde. A conspiração neste caso trouxe consequências negativas para ambos, a esposa apercebia-se que seu marido estava diferente, chegou a referir: *ele nem me olha nos olhos, está triste, sabe o que se passou Sr.^a enfermeira?* Esta situação causou-me preocupação e desconforto e para a família e para o doente causaram angústia e isolamento. Segundo Mendes, (2009) esta situação dificulta a abordagem da própria equipa, impede as despedidas, prolonga os processos de agonia e desfavorece a comunicação.

Com o apoio de toda a equipa, conseguimos desenvolver diversas estratégias para anular esta conspiração e o doente acabou por autorizar que a esposa fosse informada da sua situação de doença. Quando a conspiração do silêncio foi desmantelada, o processo de cuidar ficou facilitado, os relacionamentos no seio da família melhoraram significativamente e o doente teve uma morte mais tranquila.

Também ajudei a esposa na tomada de decisões, por exemplo, referiu que preferia não estar presente no momento da morte do marido (referindo não ter coragem), mas ao mesmo tempo tinha medo em assumir essa decisão, para não pensarem que ela não se preocupava com o seu marido, pelo que a encorajei a tomar essa decisão. A esposa decidiu não estar presente, mas pediu para ser informada por telefone a qualquer hora. A sua decisão foi apoiada e respeitada. No dia da sua morte, estive presente e realizei a chamada telefónica para lhe dar a má notícia (respeitando todas as etapas) referi que o seu marido não estava angustiado e que morreu de forma confortável e que presenciei o momento. A informação transmitida incutiu uma maior sensação de segurança na esposa, o que vai ao encontro do referido por Pimenta e Capelas (2019), que a qualidade da morte e a menor sobrecarga para as famílias estão, por conseguinte, associadas à sensação de segurança das mesmas.

A preparação do luto requer mais que a disponibilização de informação prognóstica, envolvendo os componentes cognitivo, afetivo e comportamental. Isto é, para se prepararem, algumas famílias precisam de informações adaptadas à sua incerteza (cognitivo), outras necessitam de orientação direcionada para o processamento mental e emocional (afetivo), e outras carecem de apoio na conclusão de tarefas importantes pendentes (comportamental). A consciencialização destas intervenções ajudaram-me a melhorar o atendimento prestado mediante intervenções preparatórias de luto, preparando-os melhor para o processo de morte.

Acredito que as intervenções realizadas proporcionaram a vivência e a elaboração saudável dum processo de luto normal por parte desta família, prevenido um luto prolongado/ complicado.

De forma a melhorar as intervenções no luto na UCP, identifiquei e partilhei com a enfermeira orientadora e equipa de enfermagem a necessidade de melhoria implementando uma intervenção específica no luto na família. Como exemplo, Pimenta e Capelas (2019), destacam a chamada telefónica, a visita ao domicílio, a consulta, o grupo de apoio e a ferramenta de escrita.

Neste âmbito, alguns dias após o funeral realizei uma chamada telefónica à esposa de forma a apoiá-la, referindo que estava disponível para a escutar, transmitindo-lhe segurança e confiança, que não estava só durante este processo de luto. Esta chamada telefónica, permitiu também avaliar o estado geral familiar e determinar o tipo de intervenção mais adequada à pessoa e à sua circunstância. A esposa exteriorizou as suas emoções (positivas e negativas), manifestou vontade de dar seguimento às consultas com o psicólogo da UCP e, ainda agradeceu a chamada telefónica e o apoio prestado a si e ao seu marido durante todo o processo de doença e luto.

Desta forma, assumo que otimizei os resultados de cuidados paliativos à pessoa com doença em fase avançada e terminal e respetivos cuidadores/familiares, apoiei de modo continuado nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto, incluindo o antecipatório e complicado e encaminhei sempre que necessário os cuidadores / familiares para outros recursos de apoio, como preconizado no Regulamento nº 429//2018.

No apoio à família, destaco ainda a Conferência Familiar (CF) (*Family Conference / Family Meeting*). Em concordância com Neto (2003), verifiquei que a CF constitui uma ferramenta de trabalho essencial nos CP, que permite:

- Ajudar a pessoa e a sua família no processo de doença progressiva e incurável.
- Promover a adaptação emocional do doente e respetiva família à situação de doença terminal.
- Capacitar a família para a realização de cuidados ao doente.
- Dotar a família de recursos que a permitam responder e ultrapassar as dificuldades que surjam.
- Ajudar a família a adaptar alguns padrões de interação intrafamiliares.
- Preparar para a perda e prevenir stress pós-traumático, perturbações de ansiedade, depressão e ainda prevenir a ocorrência de um luto patológico.
- Melhorar a comunicação entre os profissionais e a família.
- Contribuir para um maior sucesso dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Ao longo deste estágio, constatei que os profissionais desta unidade implementam com rigor técnico e científico todas as etapas da CF, tendo tido também a oportunidade de assistir e de participar na preparação e concretização das mesmas, participando ativamente na discussão e no esclarecimento de informação clínica e de sentimentos existentes, de forma a ajudar a reformular e adaptar padrões de interação.

Concluo que os cuidados prestados à família da pessoa em situação paliativa evidenciaram uma procura permanente da excelência no exercício profissional, como consta no Regulamento nº 429/2018, referente às Competências EEEMC à Pessoa em Situação Paliativa: “Cuida da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores/familiares...aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem -estar, conforto e qualidade de vida... Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa ... e seus

cuidadores/famíliares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (p.19365).

Trabalhar em equipa é complexo e constitui um dos pilares dos cuidados paliativos. A sua essência assenta numa união entre os profissionais de saúde, doente e família, na qual deve ser estabelecida uma comunicação aberta, constante, eficaz e baseada na honestidade.

Segundo a Lei nº 52/2012, Lei de Bases da Saúde, os CP são definidos como um processo dinâmico multidisciplinar (complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais), mas também interdisciplinar (definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados).

Aparício e Caldeira (2015), afirmam que o trabalho de equipa e uma liderança segura e esclarecida poderão constituir fatores-chave para ultrapassar crises e problemas que cursam naturalmente.

Os mesmos autores referem que na prestação de CP é fundamental que os profissionais tenham formação específica, que se centrem numa mesma missão de objetivos, que o próprio trabalho seja desenvolvido em equipa, de modo a satisfazer as múltiplas necessidades dos doentes.

Nesse sentido e, expressando a minha opinião, considero o trabalho em equipa interdisciplinar um atributo essencial dos cuidados paliativos, onde impera o respeito, a partilha de experiências e saberes, o que permite responder integralmente às diferentes necessidades de cada doente/família.

É imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objetivos terapêuticos, para dar resposta às necessidades do sofrimento do ponto vista mais holístico possível (físico, psicológico, social, familiar, espiritual). Por essa razão, falar em cuidados paliativos é falar de trabalho em equipa (Medeiros, 2016).

A equipa multidisciplinar da UCP do HJA, tanto no contexto de internamento como no domicílio, trabalha de forma articulada em termos de tomada de decisão, de modo que a resposta seja o resultado do que é pensado pelas várias áreas científicas.

Na prática, constatei que o médico assume frequentemente o papel de líder da equipa, como coordenador do plano de cuidados em colaboração com o enfermeiro gestor. Dos vários elementos da equipa multidisciplinar destaca-se o papel do enfermeiro, uma vez que dele depende a continuidade dos cuidados aos doentes durante todo o dia. O enfermeiro tem uma missão fulcral, centraliza as informações recolhidas pelos diferentes membros da equipa, realiza e valida o processo de cuidados de enfermagem, avalia os resultados obtidos,

estabelece a ligação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e entre a família e a equipa (Aparício & Caldeira, 2015).

A presença do EEEMC na área da pessoa em situação paliativa revela-se um contributo imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Devido ao vasto conhecimento e perícia técnica, este detém competências apuradas: na prevenção da infeção, na prevenção de complicações com uma intervenção em tempo útil, e ainda se destaca pelo raciocínio clínico na tomada de decisão, na gestão de cuidados e ainda assume um papel importante na reflexão com a equipa sobre os cuidados prestados (por ex.: identifica as dificuldades sentidas, o que se fez bem ou mal, identifica pontos a melhorar).

Com periodicidade semanal, são feitas reuniões formais para debater assuntos relacionados com doentes e família e também temas relacionados com a própria equipa. Nestas reuniões, tive igualmente a oportunidade de expor as situações acima referidas, que foram aceites e discutidas por toda a equipa, de modo a encontrar estratégias para a resolução das mesmas. Na minha opinião, estas reuniões são importantes para repensar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e também fomentar “saúde” na própria equipa.

Como futura EEEMC, na área de enfermagem à PSP e indo ao encontro da unidade de competência do Regulamento nº 429/2018, “Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/famíliares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.” (Rep.19366), concluo que ao longo deste estágio, estive desperta na identificação de fatores de risco e situações problemáticas (associados a exaustão física e emocional), na identificação de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte e estratégias de apoio com todos os intervenientes do processo do cuidar.

Integrar a equipa multidisciplinar foi uma mais-valia no meu processo de desenvolvimento de competências nesta área. Deram-me apoio, reconhecimento, momentos de formação, partilha de experiências e de decisões difíceis.

5. DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O desenvolvimento da profissão de enfermagem tem-se realizado a diversos níveis, daí a minha necessidade de evoluir e investir na formação. A frequência do presente curso de MEMC possibilitou ampliar os meus conhecimentos teóricos e práticos na área de enfermagem à PSC e na área de enfermagem à PSP, com o reconhecimento de prestar cuidados especializados, desenvolvendo competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas nestas áreas.

De acordo com o preconizado pela OE no Regulamento nº 140/2019, no Regulamento nº 429/2018 e no Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é conferido àqueles que possuem conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área de intervenção.

Complementarmente, e de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, que regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Todo o percurso, inclusive os estágios foram fundamentais na transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Nesse sentido, de seguida passo a apresentar a análise e reflexão sobre o desenvolvimento das competências acima descritas.

Dada a complexidade dos cuidados prestados à PSC e à PSP, o aprofundamento das competências de enfermagem nestas áreas foram realizadas com base na mobilização e

aprofundamento dos conhecimentos adquiridos desde o curso de licenciatura e ao longo da minha experiência profissional, como referido no Decreto-Lei nº 65/2018, na alínea a), o grau de mestre é conferido a quem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados nos conhecimentos obtidos num curso de 1.º ciclo e aprofundar a base de desenvolvimentos em contexto de investigação.

Em concordância Sekse (2018), afirma que os enfermeiros precisam de todo o seu conhecimento de enfermagem básica, para poderem desempenhar o seu papel e responder a novos desafios nas dimensões práticas, relacionais e morais do cuidado.

Embora os contextos de estágio tenham sido diferentes, em todos eles se prestavam cuidados altamente diferenciados, tinham dinâmicas distintas e focos de atenção próprios, pelo que a compreensão, a transferência e adequação dos conhecimentos foram essenciais neste processo de aprendizagem.

Nos diversos contextos surgiram várias situações novas, como os cuidados prestados a doentes politraumatizados, doentes com necessidade de ventilação mecânica e vasopressora, doentes com risco de desenvolver lesões cerebrais secundárias devido a rotura de aneurisma, entre outros. Estas situações possibilitaram a mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática e, consequentemente ajudaram-me a consolidar as competências do EEEMC e as competências de mestre na adaptação de conhecimentos a uma nova situação de prestação de cuidados, constituindo assim uma mais-valia, porque em Enfermagem nunca existem duas situações iguais, o que conduz a uma constante mobilização de conhecimentos, personalização, individualização e adaptação às pessoas e contextos.

As questões éticas e sociais são intrínsecas à praxis de enfermagem, uma vez que a profissão de enfermagem tem na sua génese a prestação de cuidados ao ser humano. Assim, ao longo dos estágios, desenvolvi a capacidade para lidar com algumas questões éticas complexas e difíceis de resolver (descritas no capítulo dois deste relatório).

Para tomar decisões corretas e prudentes respeitei o processo de tomada de decisão, analisei e refleti cuidadosamente sobre cada situação, geri sentimentos causadores de stress intrínsecos, favoreci a discussão sobre estas temáticas nas equipas, o que permitiu o aperfeiçoamento do meu raciocínio ético.

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, o confronto com diversas questões éticas e sociais, assim como os conhecimentos adquiridos na disciplina de ética e deontologia constituíram um forte contributo no desenvolvimento desta unidade de competência (c).

Em concordância com Tulsy (1996) acredito que “...a capacidade de comunicação ou técnica comunicativa não é um dom, é algo que se aprende e que se deve treinar...”, nesse sentido refleti e pesquisei diariamente sobre esta temática, de modo a adquirir, desenvolver e treinar competências comunicacionais. Desta forma, tornou-se imperativo aperfeiçoar competências comunicacionais na relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde, assim como, em situações de comunicação mais complexas em CP, como a comunicação de más notícias (diagnóstico, prognóstico), conspiração do silêncio, entre outras.

As reflexões críticas realizadas e os trabalhos escritos fundamentados, de modo a fundamentar as competências desenvolvidas do EEEMC, foram baseados na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão de Enfermagem. Importa referir que também as passagens de turno, as apresentações dos trabalhos realizados e as discussões em grupo dos mesmos, assim como a elaboração deste relatório permitiram aperfeiçoar a minha capacidade de comunicação e apresentação de ideias.

Como futura mestre e EEEMC, vejo a comunicação como uma parte importante do cuidado integral à pessoa/família nos diversos contextos, por isso, continuará a ser objeto constante de reflexão e aprendizagem continua.

Os conhecimentos adquiridos ao longo deste curso permitiram-me prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica e/ou paliativa de uma forma segura e cada vez mais autónoma. O que também vai ao encontro da alínea e) e do explanado no CDE, artigo 88º, o da excelência do exercício, que preconiza que o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Por outro lado, o planeamento dos estágios e a elaboração do projeto de autoformação desenvolveram a capacidade de aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De acordo com a análise apresentada constata-se que as competências acima referidas estão interligadas, o desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela OE para obter o título de EEEMC conduziu à aquisição das competências de mestre. O desenvolvimento destas permitiu aprofundar conhecimentos nestas áreas, possibilitou aumentar a capacidade de tomada de decisão, a capacidade de compreensão e resolução de problemas decorrentes do exercício e autoaprendizagem.

Atualmente sinto que estou mais capacitada para realizar pesquisas em bases de dados fidedignas, que fornecem informação baseada na evidência científica mais recente e

assim acompanhar o desenvolvimento na área da saúde, contribuindo para uma prestação de cuidados especializados à PSC e à PSP de forma mais segura e de qualidade.

.

CONCLUSÃO

A concretização da UC - Relatório de Estágio, constituiu um momento de aprendizagem, através da reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo do curso de mestrado de enfermagem médico-cirúrgica no estágio I - SU, no estágio II – UCIP e no estágio III – opção, UCP, para obter o grau de Mestre e o título de EEEMC, após a sua apresentação e discussão pública.

Ao longo deste percurso e, atendendo a cada situação específica e ao contexto urgente/emergente e/ ou paliativo, realço que prestei cuidados de enfermagem assentes nos referenciais da profissão, no respeito pela pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, sem esquecer a transversalidade da componente relacional e humana.

Dada a crescente complexificação das áreas clínicas de prestação de cuidados de saúde e conseqüente evolução dos cuidados de enfermagem, considero ter realizado uma correta opção pelas áreas de especialização de enfermagem em médico-cirúrgica e conseqüentemente pelos locais de estágio, dando resposta às minhas necessidades formativas e às reais necessidades dos cuidados da população.

As múltiplas e variadas situações de aprendizagem na área de enfermagem à PSC e na área de enfermagem à PSP, permitiram implementar na minha prática estratégias de um cuidar paliativo a todas as pessoas que necessitem destes cuidados e sensibilizar os profissionais para a necessidade de incluir os CP no cuidado à PSC, pelo que a interligação destas duas áreas pode promover maior alívio do sofrimento e melhor qualidade de vida à PSP/família independentemente do local onde se encontrem.

Embora os contextos de estágio tenham sido diferentes, em todos eles se prestavam cuidados altamente complexos e especializados que contribuíram para o desenvolvimento das competências do EE nos quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente à área de enfermagem especializada à PSC e sua família, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pude refletir nas muitas aprendizagens efetivadas, conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas. Assim, o estágio realizado no SU, tornou-se muito enriquecedor e destacou-se pela

imprevisibilidade e necessidade de priorização de cuidados urgentes/emergentes, permitindo assim, consolidar conhecimentos e reagir perante situações imprevistas e complexas, nomeadamente no processo de triagem de Manchester e na ativação das vias verdes; no atendimento em situações de paragem cardiorrespiratória, trauma, edema agudo do pulmão, enfarte do miocárdio, sépsis, entre outras situações. Por sua vez, o estágio II, permitiu o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC e/ou falência orgânica em contexto de cuidados intensivos, onde aprofundei conhecimentos em diversas técnicas avançadas e complexas de suporte de vida, de monitorização invasiva e não invasiva; utilizei de forma competente as tecnologias; identifiquei e preveni práticas de risco, adotando uma conduta preventiva e antecipatória de focos de instabilidade; geri terapêutica complexa, consultei e apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados a pessoas com falência multiorgânica. Importa realçar que durante a minha prestação de cuidados incorporei a família nos cuidados, apoiei-a nas perturbações emocionais e na comunicação com o seu familiar decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica.

No âmbito das competências de enfermagem à PSC, o EEEMC também assume uma posição muito exigente na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, pelo que, conheci o plano do hospital e refleti sobre o seu papel na rigorosa adequação das respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Atendendo que tanto a PSC, como a PSP apresentam grande risco de infeção, ao longo das minhas práticas assumi a responsabilidade da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, incluindo na minha práxis as recomendações baseadas nas evidências científicas e uma prestação de cuidados seguros, eficazes e visíveis.

No estágio realizado na UCP, considero ter prestado verdadeiros cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com necessidades paliativas, encarando a morte como um processo natural, preservando a sua singularidade, autonomia e priorizando o alívio do sofrimento com o propósito de preservar a sua dignidade, aumentar a qualidade de vida e maximizar o conforto.

As competências especializadas no cuidado à PSP e sua família, foram desenvolvidas em torno dos quatro pilares: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e o trabalho em equipa. Por serem áreas essenciais para se poderem prestar verdadeiros cuidados paliativos, onde todos os profissionais de saúde deveriam ter formação e treino adequado, para poderem tomar decisões de forma partilhada com todos os intervenientes do processo do cuidar.

Assim, no decorrer desta prática clínica, fundamentando-me na teoria do conforto de Kolcaba, aprofundei conhecimentos e prestei cuidados altamente diferenciados, visando o controle dos sintomas físicos, como também psicológicos, sociais e espirituais, por constituírem áreas essenciais dos cuidados de enfermagem e para proporcionar o bem-estar da PSP/família, procurei desenvolver competências sobretudo ao nível da avaliação, monitorização e tratamento com recurso a intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

Atendendo que a comunicação constitui um dos pilares e uma ferramenta terapêutica essencial nos cuidados CP, considerando as várias situações de comunicação mais complexas neste contexto, investi intensamente no desenvolvimento de competências comunicacionais, no treino a nível de um estilo comunicacional empático, procurando sempre uma comunicação eficaz e clara. A comunicação revelou-se assim, uma ferramenta essencial na relação com o doente e com família no sentido de a integrar, estimular a estar presente ativamente no processo do cuidar, no enfrentamento da doença, na educação para a preparação da alta e sobretudo para proporcionar suporte psicossocial e espiritual, em todos os estadios da doença, incluindo no período de luto.

A Família ou pessoa significativa foram igualmente alvo dos meus cuidados e atenção, estive atenta na identificação das suas necessidades reais e capacidades durante o internamento de modo a envolvê-la e a capacitá-la, transmitindo sentimentos de esperança e confiança. Destaco, ainda, o apoio prestado à família/cuidador ajudando na comunicação com seu familiar, na gestão da sua ansiedade, medos e preparando-os para a perda.

Também o trabalho em equipa, constitui uma componente essencial em CP, para que as pessoas possam atingir e a manter o seu mais elevado potencial, físico, psicológico, social e espiritual, por muito limitado que estes se encontrem. Considero que reconheci e compreendi os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo uma intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio e um ambiente positivo e favorável à prática.

Importa salientar, que as aprendizagens mencionadas ao longo deste relatório evidenciaram não só os conhecimentos aprofundados e especializados à PSC e à PSP, como também o desenvolvimento das competências que conferem o grau de Mestre em Enfermagem, ampliando desta forma os meus conhecimentos e perícia técnica, o raciocínio clínico, o pensamento crítico e reflexivo, a tomada de decisão, a resolução de problemas e a comunicação.

Em suma, afianço, que os objetivos propostos foram alcançados, que consolidei o conhecimento adquirido e desenvolvido durante o período formativo. Constatei que o meu crescimento se processou não só ao nível profissional, mas também pessoal, que promoveram uma base sólida de conhecimentos de enfermagem que contribuíram para a prática especializada, na aquisição das competências comuns do EE, das competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área de enfermagem à PSC, na área de enfermagem à PSP/ família e ainda nas competências que conferem o grau de mestre.

Contudo, como dificuldades na elaboração deste relatório destaco a gestão do tempo, a dificuldade de síntese na escolha das atividades desenvolvidas, embora tenham sido relatadas as mais importantes para mim como futura EEEMC. Apesar das competências comunicacionais adquiridas considero necessário mais treino e contacto com peritos da área para as aprimorar.

Como perspetivas futuras, tenho como intuito continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina, desempenhar um papel ativo e dinâmico no seio da equipa multidisciplinar através de uma prestação de cuidados altamente qualificados e de excelência na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, de forma a constituir uma referência para os meus pares, nos processos de tomada de decisão, com base na evidência científica, na ação refletida, mantendo uma atualização contínua dos conhecimentos científicos, tecnológicos e relacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, F. A. (2020). Dilemas éticos en cuidados paliativos: Revisión de la literatura. *Revista de bioética*, 28(4), 704-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284434>
- Alves M. F. T., Carvalho D.S., & Albuquerque G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Alves, K.; Salvador, P.; Tourinho, F.; & Santos, V. (2014). Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(1), 82-177. <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201425>.
- Alves, M., Abril, R., & Neto, I. G. (2017). Symptomatic control in end-of-life patients. *Acta Médica Portuguesa*, 30(1), 61–68. <https://doi.org/10.20344/amp.7626>
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2006). *Resources for optimal care of the injured patient 2006*. Chicago: American College of Surgeons.
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of American Psychological Association* (7th ed.) Washington: Auththor.
- Andrade, C. G., da Costa, S. F., & Lopes, M. E. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciencia & saude coletiva*, 18(9), 2523–2530. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000900006>
- Aparício, M. (2008). *A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/1012>
- Aparício, M., Caldeira, S. (2015). A liderança de enfermagem em cuidados paliativos. *TESELA - Revista de la Asociación de Directivos de Enfermería*, (17), 1-8. <http://www.index-f.com/tesela/ts17/sumario.php>

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: Análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referencia*, (9), 61-67. ResearchGate. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Areia, N. P., Major, S., & Relvas, A. P. (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura. *Psychologica*, 60(1), 137-152. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_8
- Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: International Association for the Study of Pain. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2019*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016). *Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal: Posição da associação portuguesa de cuidados paliativos*. https://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2020). *O que é a APCP?* <https://www.apcp.com.pt/>
- Azevedo A. P., Nascimento C. M., Correa M. S. C., Jesus L. D., Souza A. C. O., Nascimento A. E. A., Tavares I, S., & Freire D. A. (2020). Study of cost comparison effectiveness and pressure injury treatment time in two patients with the same clinical-pathological profile using different inputs and techniques in each of them. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4). <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-282>
- Baid H., Creed F. e Hargreaves J. (2016). *Oxford handbook of critical care nursing*. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198701071.001.0001/med-9780198701071>

- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa- Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Barrosa M., Gonçalves T. N., & Neto I. G. (2021). *Guia sintético: Abordagem da agonia: Últimos dias e horas de vida*. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/06/Guia-sinte%CC%81tico-abordagem-da-agonia.pdf>
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and intervention in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(1), 48-55. https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf
- Buckman R. (1992). Breaking bad news: A six step protocol. In Buckman R. (Ed.) *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Capelas, M. (2009) Cuidados paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos da Saúde*, (1), 51-57.
- Cardoso, R. A. R. M. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde* (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde para obtenção do grau de mestre). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>
- Cardoso, R., Caldas, C. & Alfradique de Souza, P. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Enfermagem e atenção e saúde*, 8(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Castanheira L., Araújo M. T., Guimarães M. C. S. & S. & Silva Y. O.W. (2019). Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Atual in Derme*, 89(27). <https://doi.org/10.31011/read-2019-v.89-n.27-art.47>

- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2015). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1273-1286. <https://doi.org/10.1111/jan.12913>
- Catalão, D. F. G. (2015). *Qual a importância dos cuidados paliativos nos cuidados intensivos?* (Dissertação para obtenção do grau de mestre em medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [tps://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81721/2/37489.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81721/2/37489.pdf)
- Coelho S. P. F., Pinho-Reis C., Capelas M. L. V., & Sá L. (2018). Avaliação cognitiva de pacientes em cuidados paliativos: estudo piloto. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.acpc>
- Comissão Nacional da Cuidados Paliativos. (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos biénio 2017-2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
- Comissão Nacional da Cuidados Paliativos. (2019). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos biénio 2019-2020*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Cordeiro R. A. (2015). *35 anos do SNS...ideias para o futuro do SNS: o contributo dos enfermeiros*. <https://issuu.com/raulcordeiro3/docs/ebookfinal.docx>
- Correia-da-Silva, G., Fonseca, B., Soares, A., & Teixeira, N. (2019). Canábis e canabinóides para fins medicinais. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 11(1), 21-31. <https://doi.org/10.25756/rpf.v11i1.210>
- Decreto Legislativo Regional n.º 35/2012/M. **Diário da República I Série**. 223 (12-12-19) 6663 - 6664. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/declegreg/35/2012/11/19/m/dre/pt/html>

- Decreto-Lei nº 161/96. **Diário da República** I -A Série. 161 (1996-09-04) 2959 – 2962. [consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 65/2108. **Diário da República**. I Série. (2018-08-16) 4147 – 4182. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 8/2019. **Diário da República**. I Série. 10(2019-01-15) 184 – 191. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/117821810/details/maximized>
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (2014-08-11) 20673 – 206678. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho nº 1400-A/2015, **Diário da República** II Série. 28 (10/02/2015) 3882(2) – 3882(10). [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%201400-A%2F2015>
- Despacho nº 8046/2015. **Diário da República** II Série. 161 (2015-07-22) 19698 - 19698. [Consult. 12 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/69851015/details/3/maximized?serie=II&dreId=69846869>
- Despacho Normativo n.º 11/2002. **Diário da República** I-B Série. 55 (2002-03-06) 1865 – 1866. [Consult. 15 maio 2020]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/1>
- Dias L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/0>
- Dionne-Odom, J. N., Azuero A., Lyons, K. D., Hull, J. G., Tosteson, T., Li Zigang., Li Zhongze, Frost, J., Dragnev, K. H., Akyar, I., Hegel, M. T., & Bakitas, M. A. (2015). Benefits of early versus delayed palliative care to informal family

caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), 1446–1452. <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2014.58.7824>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Direção de serviços de planeamento cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde. (2003a). *Circular normativa n.º 09/DGCG/2013: A Dor como 5.º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf Direção-Geral da Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, Norma N.º: 07/DQS/DQCO*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada cateter vesical*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Direção-Geral de Saúde. (2018). *Circular normativa 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Coords). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ªed.) (pp. 481 – 495). Loures: Lusociência.
- Droogh, J., Smit, M., Absalon, A., Ligtenberg, J. & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical Care*, 19(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Escuín M., García-Navarro E., Salvador I., Sendra M. y Alapont, E. (2020). *Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19*. *Medicina Paliativa*, 27(3), 181-191. <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2020.1162/2020>
- Evangelista, C., Lopes, M., Costa, S., Batista, P., Batista, J., & Oliveira, A. (2016). Palliative care and spirituality: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 554-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
- Falcão, F., Melo, T.P. & Ferro, J. (2015). Acidente vascular cerebral. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 19-31). Lisboa: Lidel
- Freire E. (2017). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Lisboa: NEMPai - SPMI. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

- Fronteira, I., Jesus, E. H., & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. Epub December 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2018). STOP infeção hospitalar!: Um desafio Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/07114301/desafio_infecoes_web.pdf
- Gask, L. (2000). A identificação dos problemas emocionais e psicossociais. In R. Corney (Ed.). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Gijsberts, M.-J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent european. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Gomes B, Brito M., Lacerda A. F., Soares D. (2020). Portugal needs to revolutionise end-of-life care. *The Lancet*, 395(10223), 495-496. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32969-1](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32969-1)
- Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T. & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: A realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (15), 133-144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Hassankhani, H., Rahmani, A., Taleghani, F., Sanaat Z. & Dehghannezhad J. (2019). Palliative care models for cancer patients: Learning for planning in nursing. *Journal of Cancer Education*, 35, 3-13. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01532-3>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hicks, D. (2013). Um novo modelo de dignidade. In D. Hicks (Ed.). *Dignidade: O papel que desempenha na resolução de conflitos* (pp. 21-46). Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, (30), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Huber, D., L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3ª ed.). Philadelphia: Saunders.
- Hudson, P. L., Girgis, A., Mitchell, G. K., Philip, J., Parker, D., Currow, D., Liew, D., Thomas, K., Le, B., Moran, J., & Brand, C. (2015). Benefits and resource implications of family meetings for hospitalized palliative care patients: research protocol. *BMC palliative care*, 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Internacional Association for the Study of Pain. (2021). *Definição de dor*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kessell E., Scheffler R., & Shortell S. (2016). Avoiding spending while meeting patients' wishes: A model of community-based palliative care uptake in california from 2014–2022. *Journal of Palliative Medicine*, 19(1), 91-96. <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2015.0046>
- Knapp S. J., Sole M. L. & Byers J. F. (2013). The EPICS family bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.11.002>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>.

Leheup, B. F., Ducouso, S., Picard, S., Alluin, R., & Goetz, C. (2018). Subcutaneous administration of paracetamol-Good local tolerability in palliative care patients: An observational study. *Palliative medicine*, 32(7), 1216–1221. <https://doi.org/10.1177/0269216318772472>

Lei n.º 52/2012. **Diário da República**, I Série. 172(05-09-2012) 5119 - 5124. [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/123610180/details/maximized>

Lei nº 15/2014. **Diário da República** 1ª Série. 157 (21-04-2014). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>

Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>

Lei nº 95/2019. **Diário da República**, I Série. 169(04-09-2019) 55-56. [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124417108/details/normal?q=Lei+n%C2%BA%2095%2F2019>

Lei nº33/2018. **Diário da República**. I Série. 137(2018-07-18) 3241 – 3242. [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115712242/details/normal?q=Lei+n%C2%BA33%2F2018.+>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

Luvizotto, J. R., Neto, V. M., Junior, B. S. & Luvizotto, T. S. P. (2018). Métodos de classificação de risco de diagnóstico do delirium em unidade de terapia intensiva. *Revista Inspirar*, 17(3), 1-7.

Manthey, M. (2010). *The practice of primary nursing*. (2º ed.). Minneapolis: Creative health care management.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins

- Martins, E. (2013). *Por uma sala de emergência mais funcional* (Tese para obtenção do grau de mestre). Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4346/1/Trabalho%20de%20Projeto_Eliana%20Martins_100519028.pdf
- Medeiros, P. B. (2016). Relato de uma experiência formativa em cuidados paliativos no Reino Unido. *Revista cuidados paliativos*, 3(2), 43-56. https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_V3_N2_web.pdf
- Mendes, T. S. R. (2009). *A conspiração do silêncio em Cuidados Paliativos: Os atores, contextos e práticas na perspetiva da equipa multidisciplinar* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos). Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3619/4/TESE%20DE%20MESTRA DO%20%20-%20TANIA_nov09.pdf
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, P. H., Silva, M. J., Fraga M., Mota C., Suarez A., Ponte C., Rocha C., Barbosa A., Lucas M., & Victorino R. M. M. (2013). Necessidade de cuidados paliativos num serviço de medicina interna. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, (20), 7-20. https://www.spmi.pt/revista/vol20/vol20_n1_2013_07_20.pdf
- Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>
- Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(1), 68-74. <http://dx.doi.org/h10.32385/rpmgf.v19i1.9906>

- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.) (pp. 1–42). Lisboa: Secção Editorial da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2008). Utilização da via sub-cutânea na prática clínica. *Revista Sociedade Portuguesa Medicina Interna*, (15), 277-283. https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Revista Nursing* nº 246. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.YON13ehKhPY>
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira Junior, N. J., Oliveira, S. B. S., Migowski, E. R. & Riegel, F.(2017). O papel da enfermagem no tratamento não farmacológico da dor de pacientes oncológicos. *Revista Dor*, 18(3), 261-265. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170112>
- Oliveira, A., Lopes, S. & Da Luz, V. (2013). *O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem* (Monografia para obtenção do grau de licenciado). Universidade do Mindelo: Escola Superior de Saúde.
- Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2_Artigo1_2_8%281%29.pdf

- Oliveira, L. S., Macedo, M. P., Silva, S. A. M. da, Oliveira, A. P. de F., & Santos, V. S. (2019). Pain assessment in critical patients using the behavioral pain scale. *Brazilian Journal of Pain*, 2(2), 112–116. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.2019002>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Norprint Artes Gráficas. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - **Parecer n.º 14/2018. Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência.** 2018. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes Críticos: Recomendações*. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.
- Ordem dos Médicos. (2020). *Princípios do controle se sintomas, um pilar dos cuidados paliativos*. <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>
- Pacheco, S. (2014). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Dechaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>

- Paz, P. O., & Dagmar, E. (2011). A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 23-30. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100003>
- Pessoa, R. F. & Nácúl, F. E. (2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2), 190-195. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3PLtXNyV9mKtfwdfZhFq6Yp/?lang=pt>
- Phaneuf, M. (2002). *Communication,entretien,relation d'aide et validati*. Cheneliere
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. V. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos De Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Pinto, C. & Ribeiro, J. L. P. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª). Loures: Lusociência.
- Prayce R., Quaresma F., & Neto, I. G. (2018). Delirium o 7º Parâmetro Vital?. *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Pulido, I., Baptista, I., Brito, M., & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de medicina interna. *Revista Portuguesa Medicina Interna*, (17), 222-226. https://www.spmi.pt/revista/vol17/vol17_2010_n4_222_226.pdf
- Querido A., Salazar H., & Neto I. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares. & I. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (3ª Ed.) (pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278–289. <http://eprints.lancs.ac.uk/32714/>
- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>

- Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 22 jun 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20429%2F2018>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Ribeiro, O. M. P. L, Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 125–133. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2615&id_revista=24&id_edicao=97
- Sá, F., Botelho M., & Henriques M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 1(19), 31-46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Salazar J. & Marín L. (2017). Guía clínica para el manejo de la hemorragia subaracnoídea aneurismática: propuesta de actualización al Ministerio de Salud de Chile. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 43, 156-165.
- Sampaio, R. (2019). Contribuições do processo de enfermagem e da sistematização da assistência para a autonomia do enfermeiro. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1777>
- Santos, J. O. P. F. (2013). *Intervenção do Enfermeiro na Promoção de Conforto ao Doente Oncológico em Fim de Vida, em Contexto Hospitalar* (Tese para obtenção do grau de mestre na área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15981/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf>
- Sapeta, P. & Capelas, M. (2015). *Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em equipas de cuidados paliativos*. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). Livro de resumos

do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (pp. 18-23). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Sekse, R., Hunskar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e21–e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Tese para obtenção de grau de doutor). Universidade de Aveiro. <https://hdl.handle.net/10773/1479>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Procedimento nº 012. 2016-06-06. Acolhimento de utente e família/pessoa significativa. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Manual do Serviço II: PO.01DAPO.0022: Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2020). *Indicadores de cuidados hospitalares: Serviço de Urgência*. <https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php/acesso-a-saude/indicadores>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2020). *STOP - Infecção hospitalar*. https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=187

Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciência de Enfermagem. *Millenium*, (26). http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_24

Silva, R. M. O., Luz, M. D. A, Fernandes, J. D, Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*. (16), 147 – 154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>

- Silva, S., & Alvarenga, M. (2014). Informação e comunicação: Um olhar ético. *Revista cuidados paliativos*, 1(1), 45-51.
https://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Simões A. & Sapeta P. (2018). Promoção da dignidade no final da vida: Um estudo de grounded theory num Lar de Idosos. *Revista cuidados paliativos*, 5(1), 76-83.
https://www.apcp.com.pt/uploads/revista-cuidados-paliativos_vol05_n01_2018_vfinal25_07_2018.pdf
- Siva R., & Caldeira S. (2017). Promover o perdão em cuidados paliativos. *Revista cuidados paliativos*, 4(1), 105-106. <https://www.apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos/revista-cuidados-paliativos-volume-4-n-1-julho-2017.html>
- Sobreiro, J. (2017). *Perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Instituto Politécnico de Leiria.
https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2655/1/Tese%20Final_2.pdf
- Subtil, C. L. (2017). Preocupaciones e incertidumbres bajo lamirada de la história de la enfermeira. *Cultura de los cuidados*, (48), 16-22.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69268/1/CultCuid_48_02.pdf
- Sutherland, A. E., Curtin, J., Bradley, V., Bush, O., Presswood, M., Hedges, V., & Naessens, K. (2018). Subcutaneous levetiracetam for the management of seizures at the end of life. *BMJ supportive & palliative care*, 8(2), 129–135.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-00126>
- Teixeira, C., Carneiro, J. & Matos, F. (2017). *Monitorização do delirium em UCI de adultos*. In IV Congresso Internacional e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, Matosinhos.
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Referência.*, (10), 135-142.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Tilray Medicinal Cannabis That Matters. (2021). *Preparações e substâncias à base da planta da canábis para fins medicinais: Um guia para profissionais de saúde* (Paper presentation).

Tulsky, J. A., Chesney, M. A., & Lo, B. (1996) See one, do one, teach one? House staff experience discussing do-not-resuscitate orders. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1258-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.156.12.1285>

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Twycross, R., Wilcock, A., & Howard, P. (2014). *Palliative care formulary* (5th ed.) Nottingham: Palliative drugs. https://www.palliativedrugs.com/assets/pcf5/PCF5_sample_prelims.pdf

Vivancos, J., Gilo, F., Frutos, R., Maestre, J., García-Pastor, A., Quintana, F., Roda, J. M., & Ximénez-Carrillo, A. (2014). Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. *Neruología*, 29(6), 353-370. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.009>

Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L., & Beaumont C. (2012). *The edmonton symptom assessment system, a proposed tool for distress screening in cancer patients*. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1996>

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

Westphal, M. (2019). Science and fiction in critical care: established concepts with or without evidence? *Critical Care*, 23(Suppl 1), 125. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-019-2419-4>.

World Health Organization. (2002). *WHO definition of palliative care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

World Health Organization. (2020). *Tópicos de saúde/Cuidado paliativo*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

- Yoursefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M. H., & Elliot, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1891-1898. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x>
- Zepeda, K. G. M., Silva, M. M., & Soares, P. R. (2018). Assistência paliativa de Enfermagem na dor oncológica: Revisão integrativa. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 5(1), 36-48. https://www.apcp.com.pt/uploads/revista-cuidadospaliativos_vol05_n01_2018_vfinal25_07_2018.pdf