



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

**Cuidado à pessoa em fim de vida em Unidade de
Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem
Especializada**

Ana Paula Santana Lopes



**Lisboa
2022**



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

**Cuidado à pessoa em fim de vida em Unidade de
Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem
Especializada**

Ana Paula Santana Lopes



Orientador:
Prof.^a Doutora Helga Marília da Silva Rafael Henriques



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água
no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que me enriqueceram ao longo deste processo, com um agradecimento particular à Professora Doutora Helga Henriques que não me permitiu vacilar nem desistir quando o percurso se tornou mais difícil de percorrer.

Aos meus colegas de Mestrado, pela partilha de vários de momentos de aprendizagem e também de medos e angústias.

Aos meus orientadores dos locais de estágio por todo o enriquecimento pessoal e profissional que me proporcionaram.

À minha colega de mestrado, de trabalho, de aventuras e de amizade para a vida,
Maura Clemente

Aos meus pais, que a eles devo tudo o que consegui alcançar na vida.

E ao meu pilar na vida, o meu marido, que nunca me deixou de dizer “Só quero que
sejas feliz”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEAEP	Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
CODU	Centro de Orientação para Doentes Urgentes
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direção-Geral da Saúde
DVE	Derivação Ventricular Externa
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PIC	Pressão Intracraniana
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RCE	Retorno à Circulação Espontânea
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNEHR	Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SO	Serviço de Observação
SR	Sala de Reanimação
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
STM	Sistema de Triagem de Manchester
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VV	Via Verde
WHO	World Health Organizations

RESUMO:

O aumento da expectativa de vida, a evolução social e científica, tem colocado a morte como algo a “combater”. No entanto, cada vez mais, os profissionais de saúde se deparam com a necessidade de cuidar de pessoas em situação crítica em processo de fim de vida, com a qual se sentem pouco preparados, pela dificuldade na limitação de intervenções do foro curativo e a sua substituição por cuidados em fim de vida que preservem a dignidade e promovam o conforto.

Surge assim um apelo à enfermagem, na medida em que, como ciência, se tem vindo a assumir com um cariz diferenciado e complexo, exigindo aos enfermeiros que estejam dotados de competências mais específicas e complexas de forma a dar resposta à multidimensionalidade da pessoa crítica e em fim de vida.

O papel competente e especializado do enfermeiro, na abordagem à pessoa em situação crítica (PSC) em fim de vida, é um ponto fulcral para o reconhecimento de que intervenções paliativas podem e devem existir em cenários de cuidados intensivos, necessitando de um exercício de julgamento clínico, em situações que são ambíguas e frequentemente repletas de conflitos de valor.

O presente relatório teve como objetivo geral desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC em fim de vida, tendo por base as atividades elaboradas em contexto hospitalar, desenvolvidas numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU). Toda a prática produzida em contexto de estágio foi sustentada e analisada com base na evidência científica assim como através dos referenciais teóricos Technological Competency as Caring in Nursing, de Rozzano Locsin e da Teoria do Conforto de Kolcaba, e do modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner para o desenvolvimento de competências profissionais.

A experiência resultante deste processo possibilitou mobilizar e adquirir novos conhecimentos teóricos, consolidar competências comunicacionais e relacionais e reforçar o raciocínio crítico-reflexivo dos

cuidados prestados, desenvolvendo competências de mestre especializadas no cuidar à PSC.

O percurso formativo permitiu a mobilização do conhecimento adquirido com base na constante problematização, observando a PSC como um todo, proporcionando o meu crescimento profissional e traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chaves: pessoa em situação crítica, cuidados em fim de vida, enfermagem, intervenções especializadas.

ABSTRACT:

The increase in life expectancy, social and scientific evolution, has placed death as something to “fight”. However, more and more, health professionals are faced with the need to care for people in a critical condition at the end of life, with which they feel unprepared, due to the difficulty in limiting curative interventions and its replacement by end-of-life care that preserves dignity and promotes comfort.

Thus, there is an appeal to nursing, insofar as, as a science, it has been assuming a differentiated and complex nature, requiring nurses to be equipped with more specific and complex skills in order to respond to the multidimensionality of the critical person and at end of life.

The competent and specialized role of the nurse, in approaching the person in a critical condition at the end of life, is a key point for the recognition that palliative interventions can and should exist in intensive care settings, requiring an exercise of judgment clinical, in situations that are ambiguous and often fraught with value conflicts.

The general objective of this report was to develop specialized nursing skills in the provision of end-of-life critical condition person care, based on activities carried out in a hospital context, developed in a Palliative Care Unit (PCU), Intensive Care Unit (ICU) and Emergency Service (SU). All practice produced in the internship context was supported and analyzed based on scientific evidence as well as through the theoretical references Technological Competency as Caring in Nursing, by Rozzano Locsin and Kolcaba's Theory of Comfort, and the Dreyfus model applied to nursing by Benner for the development of professional skills.

The experience resulting from this process made it possible to mobilize and acquire new theoretical knowledge, consolidate communication and relational skills and reinforce critical-reflective reasoning in the care provided, developing specialized master's skills in caring for the critical condition person.

The training path allowed for the mobilization of knowledge acquired based on constant problematization, observing the critical condition person as a whole, providing my professional growth and translating into the improvement of the quality of care provided.

Keywords: person in critical condition, end-of-life care, nursing, specialized interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1. A pessoa em situação crítica em fim de vida	21
1.2. O contexto tecnológico e o conforto em UCI.....	23
1.3. A dimensão ética do cuidado em fim de vida.....	27
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	33
2.1. Unidade de Cuidados Paliativos	33
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	38
2.3. Serviço de Urgência.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

APÊNDICE I – Objetivos gerais de aprendizagem

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

Anexo II – Livro “Monitorização do Doente Crítico: uma abordagem focada no quotidiano”

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, desenvolvida no 3º semestre do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEAEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), elaborei este Relatório de Estágio.

Nos dias de hoje, em Portugal, devido ao avanço tecnológico, científico e da medicina, temos vindo a assistir ao envelhecimento da população. Para este envelhecimento contribuiu também a progressão dos recursos materiais, humanos e financeiros que são utilizados nos cuidados de saúde e a melhoria, de uma forma geral, das condições socioeconómicas (Davide, 2009, referenciado por Alves, 2013).

Consequentemente, é também uma realidade o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, avançadas e incuráveis e, portanto, um acréscimo do número de pessoas em situação de fim de vida (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2006).

Estando atualmente a desenvolver funções numa UCI, e tendo adquirido experiência profissional prévia de alguns anos, em Unidades de Cuidados Paliativos, a possibilidade de desenvolver competências na área das intervenções de enfermagem especializadas na pessoa crítica em fim de vida, ao longo do meu percurso para obtenção do grau de Enfermeira Especialista na PSC, tornou-se de grande interesse para mim.

Ao longo destes 4 anos a prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto de UCI, constatei que não obstante os grandes avanços científicos e do empenho dos profissionais de saúde nos cuidados à pessoa em situação crítica, as UCI continuam a ser um local onde muitos dos doentes ali internados morrem.

Finder & Vincent (2014) referem que os objetivos tradicionais dos cuidados prestados em UCI continuam a ser reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas a doenças críticas, manter as funções de órgãos vitais e restaurar a saúde. Mas apesar dos avanços tecnológicos, a morte em UCI continua a ser comum, com taxas de mortalidade que variam amplamente dentro e entre países e que são influenciadas por muitos fatores.

Assim, nestas unidades os profissionais deparam-se com a difícil tomada de decisão no que respeita à manutenção ou suspensão de tratamentos de suporte de órgão para os doentes que não respondem às medidas terapêuticas invasivas instituídas, tendo em consideração não só a probabilidade de sobrevivência, mas também a qualidade de vida posterior associada à sobrevivência (Curtis & Vincent, 2010).

Desenvolvimentos recentes na ética dos cuidados prestados em UCI, revelam que a sensação do cuidado prestado pode, muitas vezes, ser mais importante do que a extensão dos mesmos. Ou seja, o nível de cuidado fornecido deve corresponder ao que é significativo para a pessoa crítica em fim de vida e para os seus familiares (Ricou, Piers & Flaatten, 2019).

Quando a disfunção orgânica resultante de uma doença crítica desafia o tratamento, quando os objetivos primordiais do cuidado para restaurar a saúde não podem ser alcançados ou quando o suporte artificial de vida provavelmente culminará em resultados que são incongruentes com os valores da pessoa alvo de cuidados, os médicos da UCI devem assegurar que os doentes possam morrer com dignidade (Finder & Vincent, 2014).

Segundos os mesmos autores, a definição de “morrer com dignidade” reconhece não só o intrínseco e incondicional valor humano, mas também questões como o conforto físico, a autonomia e a consideração das perspetivas psicológicas, espirituais, culturais e sociais da PSC em fim de vida. Preservar a dignidade evitando danos psicológicos e físicos desnecessários deverá ser condição do privilégio e responsabilidade do cuidar da pessoa em fim de vida.

As UCI apresentam, peculiarmente, dilemas éticos relacionados aos limites de ação terapêutica envolvidos com a multiplicidade dos valores das pessoas envolvidas. O prolongamento exagerado da morte, quando a mesma é inevitável, causando ansiedade e sofrimento é conhecido como distanásia, também entendido como tratamento fútil ou obstinação terapêutica (Mercadante, Gregoretti, & Cortegiani, 2018).

A coexistência de cuidados paliativos e cuidados intensivos pode parecer paradoxal, no entanto, os cuidados intensivos contemporâneos devem ter a preocupação de englobar a palição nas suas intervenções, tanto quanto a prevenção, diagnóstico, monitorização e tratamento de condições que sejam uma ameaça à vida (Finder & Vincent, 2014).

Os cuidados paliativos não só aumentam a humanização dos cuidados em doentes em fim de vida nas UCI, como também as corretas utilizações destes cuidados permitem uma redução no tempo de permanência nas UCI e os custos relacionados aos tratamentos. Para além disso, uma abordagem mais proativa da equipa de saúde para reconhecer e implementar cuidados paliativos, resultou numa melhor aceitação da morte pelos familiares, com alívio de sintomas emocionais no período após o luto. Estes fatores enaltecem a importância de os cuidados paliativos serem incluídos nos cuidados à pessoa em situação crítica (Alliprandini et al., 2019).

O reconhecimento de que cuidados paliativos podem coexistir em cenários de cuidados curativos é muitas vezes complexo, necessitando de um exercício de julgamento clínico, em situações que são ambíguas e frequentemente repletas de conflitos de valor. Um bom julgamento clínico em enfermagem requer a habilidade e a flexibilidade de uma perceção que vai além do aspeto fisiopatológico e representação clínica da doença, mas que engloba também a experiência da doença para o próprio indivíduo e para a sua família, considerando os seus recursos físicos, sociais e emocionais e a sua capacidade de coping (Tanner, 2006).

Na perspetiva de proporcionar os melhores cuidados, na satisfação das suas necessidades humanas básicas, é solicitado aos enfermeiros uma estratégia que responda às exigências da sociedade e do estado da arte. A utilização de um referencial teórico no delineamento do plano de cuidados de enfermagem é um elemento-chave.

Considerando a temática em estudo, o percurso foi ancorado nos pressupostos da Teoria de Rozzano Locsin (2005) e na teoria do conforto de Kolcaba (2003). A vivência de um processo de doença crítica, em que o ambiente envolto é caracterizado por uma multiplicidade de equipamentos tecnológicos, pode colocar o cuidar humano em segundo plano. A teórica de médio-alcance desenvolvida por Rozzano Locsin (2005) refere que o objetivo final da competência tecnológica em enfermagem é reconhecer a pessoa como foco de cuidados e que vários meios tecnológicos podem e devem ser usados na prática de conhecer a pessoa como um todo.

O papel do enfermeiro é de extrema importância na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da

dignidade do doente. O conforto é uma área de atenção relevante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Na teoria do conforto de Kolcaba este é descrito como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando o contexto físico, psíquico, sociocultural e ambiental.

Para a concretização deste percurso académico, com a finalidade da obtenção do grau de mestre em Enfermagem e especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, foram utilizadas como suporte as competências definidas no plano de Estudos da ESEL, as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Formação, no Decreto-Lei n.º 65/2018 (artigo 15.º) e no Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista definidas em Diário da República (ESEL, 2021; JQI, 2004).

Benner (2001) adequou para a área de Enfermagem o modelo de Dreyfus, servindo este como referência para a aquisição de saberes e competências. De acordo com este modelo o conhecimento do enfermeiro não é gerado apenas pela formação teórica, mas também pela experiência e pela reflexão sobre as suas práticas, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito).

Para Benner (2001) o enfermeiro perito (especialista) deve ser flexível, responsável e criativo, demonstrar iniciativa, ser detentor de grande experiência e conhecimentos técnicos, capaz de tomar decisões complexas, saber comunicar eficazmente, e regendo-se por conduta ética e deontológica.

É com base no atingir deste objetivo de “perícia” que pretendo que este processo de aquisição de competências me permita gerar capacidades de compreensão, análise, reflexão, síntese e avaliação, adotando mudanças de comportamento necessárias ao meu percurso de aprendizagem.

De forma a agregar o percurso académico e profissional do CMEAEPSC, com base na evidência científica, experiência adquirida na prática clínica e as competências definidas para o enfermeiro especialista, foi definido como objetivo geral: desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em fim de vida.

Foram também definidos os seguintes objetivos específicos:

- Demonstrar competências promotoras de uma enfermagem avançada, no âmbito do cuidado especializado na pessoa em situação crítica;

- Demonstrar conhecimento através da prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI e SU.

Terminada a incursão pelos locais de estágio é altura de apresentar o resultado das competências adquiridas e desenvolvidas, pelo que este relatório visa:

- O enquadramento teórico da problemática em estudo através da evidência científica atualmente disponível, com base nos referenciais teóricos por mim escolhidos e adequados à vigência dos cuidados prestados;

- Difundir o percurso percorrido ao longo dos diferentes estágios, analisando de que forma as diversas experiências em local de estágio e as atividades desenvolvidas foram importantes para o desenvolvimento da temática em estudo e para a aquisição de novas competências;

- A reflexão sobre o meu desempenho ao longo do percurso de aquisição de competências, destacando não só os ganhos obtidos, mas também as dificuldades inerentes a todo este processo e os aspetos de desempenho profissional a melhorar ou desenvolver.

O relatório está organizado em dois grandes capítulos. O primeiro é alusivo à contextualização teórica, abordando os conceitos centrais da temática eleita, resultantes da pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados e literatura cinzenta. São ainda abordados os aspetos associados aos referenciais teóricos. O segundo capítulo é referente à descrição e análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, decorrido em contexto de estágio, ocorrendo a reflexão crítica das situações vivenciadas com base na evidência científica e referenciais teóricos abordados.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com as normas de elaboração de trabalhos escritos, fornecidas pela ESEL, sendo a referenciação realizada segundo as normas da *American Psychological Association* (6.^a edição).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A pessoa em situação crítica em fim de vida

Segundo Benner, Stannard, & Kyriakidis (2011), a pessoa em situação crítica é definida como aquela que está gravemente doente ou ferida e que não está apta, de forma independente, de preservar a sua estabilidade fisiológica ou está em risco de rapidamente desenvolver essa instabilidade. Estas pessoas estão usualmente dependentes de cuidados intensivos suportados por meios tecnológicos. Sendo que a sua “sobrevivência depende de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19362).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista na PSC, os cuidados de enfermagem especializados à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19362).

Quando a “recuperação total” já não é passível de ser atingida e a deterioração do estado geral de saúde é contínuo, aproximamo-nos da fase terminal de vida.

Terminalidade é o termo usado quando se esgotam as possibilidades de recuperação das condições de saúde e a possibilidade de morte se torna inevitável e previsível. O indivíduo torna-se “irrecuperável” do ponto de vista curativo, aproximando-se da irreversibilidade da morte (Costa et.al, 2014).

A pessoa em fim de vida, também designada por alguns autores como doente terminal ou doente em fim de vida, é alguém que tem uma doença crónica e sem possibilidades de cura, com agravamento dos sintomas, cuja morte está próxima e que recebe tratamento paliativo (Pacheco, 2014).

Esta pessoa está inserida numa família, pelo que os cuidados prestados se devem dirigir às necessidades da pessoa e da família e basearem-se na filosofia dos Cuidados Paliativos (CP), já que são "...cuidados ativos e interdisciplinares prestados aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva, integrando o controlo dos sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada" (Neto, 2003, p.27).

A filosofia dos CP surgiu no Reino Unido nos anos 70/80 pela mão de Cicely Saunders. Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez cuidados paliativos (Zago & Rodrigues, 2006), conceito que reformulou em 2002 (Faustino, 2011). Segundo a OMS (2002), os CP constituem uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de doenças graves e/ou incuráveis e das suas famílias, pela prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, à avaliação adequada e ao tratamento rigoroso dos problemas físicos, mas também dos psicossociais e espirituais (APCP, 2006).

Os CP são mais do que métodos de intervenção; são uma filosofia de cuidado que visam a prevenção e alívio do sofrimento humano em muitas das suas dimensões (Costa et.al, 2014).

Cuidados Paliativos como modalidade de intervenção diferenciam-se dos cuidados em fim de vida. CP devem ser aplicados ao doente de forma contínua, a par e passo com outros tratamentos pertinentes ao seu caso, a partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva. Os cuidados em fim de vida são uma parte importante dos CP, referindo-se à assistência que um doente deve receber durante a última etapa da sua vida, a partir do momento em que fica claro que ele se encontra num estado de declínio progressivo, aproximando-se da morte (Burlá & Py, 2014).

Quanto aos CP desenvolvidos nas UCI, deve haver uma convicção ética baseada na suposição de que a vida não pode ser encurtada nem prolongada desnecessariamente, devendo ser evitados procedimentos invasivos e dolorosos. Os profissionais envolvidos nestes cuidados, devem dar apoio

emocional, psicológico e espiritual, respeitando a vulnerabilidade da pessoa em fim de vida (Costa et.al, 2014).

Segundo os mesmos autores, os cuidados prestados em fim de vida pelos enfermeiros requerem mais do que conhecimento técnico e científico, requerem que seja compreendida a individualidade da pessoa, contemplando um suporte biopsicoespiritual e abrangendo medidas como o conforto e controlo da dor, promovendo uma relação honesta, com uma eficaz comunicação e apoio emocional para com os doentes e suas famílias (Costa et.al, 2014).

Ao longo deste percurso, onde a vida e a morte se cruzam, através da capacidade de artificialização da vida e consequente prolongar do sofrimento, a maior e mais delicada dificuldade é reconhecer, com precisão, o momento certo de cessar o tratamento ativo e curativo e optar por um tratamento paliativo de forma exclusiva.

1.2. O contexto tecnológico e o conforto em UCI

Segundo a Direção de Serviços de Planeamento do Ministério da Saúde (2003), citado pela Ordem do Enfermeiros (OE) as UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Parecer nº 15/2018, OE, 2018, p.1).

As UCI emergem a partir da necessidade do aperfeiçoamento material e humano para o atendimento de pessoas em situação crítica. Estão direcionadas para a recuperação e/ou cura do doente, utilizando dispositivos sofisticados de grande complexidade, impondo uma aquisição de competências no domínio técnico. Com todos os progressos da ciência e da medicina ao longo do séc. XX e XXI, o compromisso da medicina para com a sociedade tem muitas vezes sido enraizado numa falsa sensação de que tudo se cura (Tareco & Madeira, 2013).

As UCI são, dentro dos serviços de assistência hospitalar, o local onde os doentes recebem os mais tecnologicamente avançados tratamentos de suporte de vida. Assim sendo, a formação específica e especializada dos profissionais de enfermagem é “justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí

resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento” (Parecer nº 15/2018, OE, 2018, p.2).

Paralelamente, as UCI são também um ambiente onde a ocorrência da morte é comum e consequentemente os cuidados em fim de vida são frequentemente prestados (Curtis & Vincent, 2010).

Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e do aprimoramento da assistência nos cuidados de saúde, a taxa de mortalidade nas UCI permanece elevada, variando entre 20 e 35%, com variações de acordo com as regiões geográficas. Países com rendimentos médios-altos superiores parecem ter uma taxa de mortalidade em UCI superior do que países com rendimentos baixos ou altos, sendo que nos últimos anos, as admissões em UCI no último mês de vida têm crescido até 30% (Mercadante, Gregoretti & Cortegiani, 2018).

Quando a disfunção orgânica da doença crítica não responde ao tratamento instituído e os objetivos do cuidado curativo ou restaurativo não podem ser alcançados, ou quando o suporte artificial de vida se torna desproporcional ao prognóstico esperado, em que as medidas instituídas podem ser mais onerosas do que benéficas, deverá ser considerada a suspensão das medidas invasivas. (Mercadante, Gregoretti & Cortegiani, 2018)

Em cuidados intensivos parece ser muito ténue o consenso no que respeita à mudança do objetivo terapêutico de curativo para paliativo, existindo opiniões bivalentes em relação às medidas adotadas por, de uma forma geral, associarmos a tipologia de cuidados como completamente opostos ao invés de assumirmos que as mesmas podem-se complementar.

Embora os cuidados intensivos e os cuidados paliativos possam parecer opostos, compartilham características fundamentais. Os estudos existentes sugerem que a proatividade da integração de CP nas UCI podem diminuir a permanência no hospital e nas próprias UCI, não afetando a taxa de mortalidade (Mercadante, Gregoretti & Cortegiani, 2018).

A PSC em UCI está inserida num ambiente altamente diferenciado em tecnologia, através do qual o enfermeiro tem a possibilidade de recolher uma infinidade de informação relativa ao sentido dos cuidados prestados. Em situações em que a capacidade de comunicação verbal está seriamente

comprometida, quer pela alteração de consciência induzida pelos fármacos, quer pela deterioração do seu estado cognitivo resultante do agravamento clínico, quer ainda pela colocação de dispositivos invasivos (como seja a entubação endotraqueal) assume-se de particular importância a informação obtida através de dispositivos tecnológicos.

Com o progresso da ciência, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC envolve, cada vez mais, o recurso ao uso de tecnologia, de forma a garantir a maior eficiência e segurança nos cuidados. Assim, os avanços tecnológicos nos cuidados de saúde têm protagonizado um papel decisivo na obtenção de melhores *outcomes* em saúde, facilitando o papel dos prestadores de cuidados na antecipação de eventuais alterações fisiológicas ameaçadoras de vida. A experiência empírica do saber o que é cuidar numa unidade de cuidados intensivos e a leitura de evidência publicada conduziram-me para os pressupostos da teoria de médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin (2005).

Este é um modelo crucial para a enfermagem atual, associado ao cuidar delineado através da competência tecnológica. A ideia de que a sofisticada tecnologia e o cuidar em enfermagem não coexistem, e que o enfermeiro tecnicamente competente não é dotado da capacidade de cuidar a pessoa como um todo, levou o autor a demonstrar um modelo em que a verdadeira competência tecnológica em enfermagem pode ser compreendida como uma própria expressão do cuidar, demonstrando que o recurso à tecnologia não pretende apenas diferenciar e monitorizar a parte lesada da pessoa mas também conhecê-la enquanto ser humano único, com as especificidades que o caracterizam e que estão em constante mudança ao longo do processo de doença (Locsin, 2005). O autor encara os benefícios inerentes à tecnologia como um aspeto que aproxima o doente do enfermeiro, de forma a conhecê-lo continuamente ao longo o percurso de doença, dando vida ao processo de enfermagem, como disciplina e prática profissional.

Conhecer a pessoa numa prática de enfermagem tecnicamente exigente demonstra conhecimento intencional, deliberado e autêntico, que articula de forma harmoniosa a vertente teórico-prática especializada com a vertente humana individualizada. A coexistência harmoniosa da tecnologia no cuidar na

prática de enfermagem é crucial para que a possamos entender como uma expressão do cuidado (Locsin, 2005).

Assim, é pertinente a inclusão da Teoria de médio-alcance desenvolvida por Rozzano Locsin (2005) no desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista, uma vez que esta refere que o objetivo final da competência tecnológica em enfermagem é reconhecer a pessoa como foco de cuidados e que vários meios tecnológicos podem e devem ser usados na prática de conhecer a pessoa como um todo (Parker & Smith, 2010).

A integração dos CP passa por uma gestão eficaz do sofrimento causado por sintomas físicos, psicológicos e espirituais, promoção do conforto, a comunicação oportuna e sensível sobre os objetivos apropriados da terapia intensiva em relação à condição, prognóstico e valores do doente, a atenção às necessidades e preocupações das famílias e o planeamento de transições de cuidados (Aslakson, Curtis & Nelson, 2014).

Segundo Rocker & Curtis (2003) para a PSC em fim de vida, o principal objetivo deverá ser proporcionar "*the best possible death*" (p. 820) e proporcionar cuidado com compaixão aos seus familiares. Para que possamos ir ao encontro destes objetivos, encontramos no cuidado paliativo o ênfase dado a questões como a dignidade, a qualidade de vida, o conforto e a repudição da obstinação terapêutica ou futilidade diagnóstica e terapêutica (Barbosa e Neto, 2010). De acordo com a teoria do conforto de Kolcaba (2003) o objetivo dos cuidados é o atingir do maior nível de conforto possível, através de intervenções que promovam conforto em necessidades humanas básicas, como o repouso, a homeostase, a comunicação, observando a pessoa numa perspetiva holística.

De acordo com a CIPE® Versão 2, o conforto corresponde a uma "sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal" (OE, 2011, p.45); confortar é "consolar alguém nos momentos de necessidade" (OE, 2011, p. 95); o bem-estar remete para a "imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência" (OE, 2011, p.41).

Na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), o conforto é descrito como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e

transcendência, considerando o contexto físico, psíquico, sociocultural e ambiental (Parker & Smith, 2010).

De acordo com a Teoria de Kolcaba, existem três tipos de intervenções promotoras de conforto: as técnicas, de *coaching* e o “*Comfort Food for the Soul*”. As intervenções técnicas são baseadas nas intervenções interdependentes da enfermagem ou por protocolos de cuidados, como seja a administração de medicação. O *Coaching* consiste em ações de enfermagem de apoio, que promovam os direitos dos doentes, atuando em defesa dos seus interesses. Finalmente, o “*Comfort Food for the Soul*” é o cuidado mais individualizado e personalizado, requerendo maior confiança e experiência dos enfermeiros. Estes dois últimos tipos de intervenções estão tipicamente ligados às competências do enfermeiro especialista (Parker & Smith, 2010).

As Teorias de Enfermagem podem e devem ser usadas para sustentar, orientar e melhorar os cuidados prestados, proporcionando uma justificativa para a tomada de decisão, o julgamento, os relacionamentos interpessoais e as ações, fornecendo a estrutura para o cuidado de enfermagem com o intuito de se obter a excelência da prestação de cuidados num ambiente tão tecnologicamente diferenciado como as UCI.

1.3. A dimensão ética do cuidado em fim de vida

Segundo Ricou, Piers & Flaatten (2019), os recentes desenvolvimentos na ética dos cuidados intensivos apontam para que, por vezes, seja mais importante o sentido dos cuidados prestados do que a extensão dos mesmos, sugerindo a cessação de medidas de suporte artificial de vida em doentes com alto risco de morte ou com recuperação funcional altamente comprometida, propondo, aos doentes e suas famílias, uma alternativa de cuidados mais focada no conforto.

A percepção equivocada de cuidados intensivos e cuidados paliativos como processos sequenciais em vez de abordagens complementares e simultâneas, as expectativas irrealistas e a preocupação de que os cuidados paliativos podem acelerar a morte são barreiras identificadas para a implementação destes cuidados na pessoa em situação crítica. Estes conceitos

errôneos são consequência de falta de habilidade na comunicação e conhecimentos em cuidados paliativos (Mercadante, Gregoretti & Cortegiani, 2018).

A obstinação ou futilidade terapêutica são abrangidas pelo conceito de distanásia. Distanásia é o termo para classificar um tratamento como fútil ou inútil, sem benefício para um doente em fase terminal. É considerado um método através do qual se prolonga o processo de morte (progressivo e lento) e não a vida em si. Frequentemente é acompanhada de sofrimento, dor e angústia, prejudicando a pessoa em fase terminal na sua dignidade, com procedimentos de tentativa de cura, quando esta já não é alcançável. Medidas avançadas de suporte de vida e a instituição dos seus limites devem ser avaliadas para beneficiar a pessoa alvo de cuidado (Biondo, Silva & Secco, 2009).

É ética, legal e deontologicamente reprovável manter ou prolongar tratamentos não indicados num exercício de obstinação terapêutica. Pelas mesmas razões é imprescindível manter desde o início do processo, cuidados de acompanhamento, entendidos como os que estão ajustados e proporcionados à condição clínica, humana e social dessa pessoa única e singular, nomeadamente no que refere ao controlo e alívio de sintomas, comunicação e apoio pela equipa pluridisciplinar na dimensão física, psicológica, espiritual, familiar e social (Moura, 2017).

A dificuldade pode surgir na tomada de decisão para interromper o suporte artificial de órgãos. Idealmente, segundo Hua, Halpern, Gabler & Wunsch (2016), a tomada de decisão para implementação de cuidados de fim de vida nas UCI deve ser regida pelo conhecimento de como melhor promover os valores e objetivos dos doentes, dadas as suas circunstâncias clínicas atuais.

Assim, contrariamente ao conceito de distanásia, emerge o conceito de ortotanásia, referindo-se à arte de promover uma morte humana e digna, não sujeitando os doentes nem à distanásia, nem abreviando a sua morte (o conceito de eutanásia), estabelecendo o desafio de que os doentes em fase terminal mantenham a sua dignidade, com o compromisso do seu bem-estar (Biondo, Silva & Secco, 2009).

De uma forma geral, os doentes em fim de vida não têm capacidade de tomar decisões. Diretrizes avançadas, quando disponíveis, devem orientar o processo de tomada de decisão. Quando inexistentes, a decisão acaba por ser

exclusivamente do foro médico. Este processo por ser complexo e emocionalmente desgastante (Mercadante, Gregoretti & Cortegiani, 2018).

O reconhecimento de que cuidados paliativos podem coexistir em cenários de cuidados intensivos é muitas vezes complexo, necessitando de um exercício de julgamento clínico em situações que são ambíguas e frequentemente repletas de conflitos de valor.

Banning (2006) define tomada de decisão como um processo que os enfermeiros realizam diariamente quando tiram considerações acerca dos cuidados prestados, fazendo a gestão das dificuldades sentidas.

De acordo com o modelo de Tanner (2006) de tomada de decisão em enfermagem, o julgamento clínico é visto como uma atividade de resolução de problemas, começando pela avaliação e diagnóstico de enfermagem, seguindo-se o planeamento e respetiva implementação das intervenções de enfermagem, com o objetivo da resolução dos diagnósticos previamente levantados e consequente avaliação da eficácia das intervenções estabelecidas.

Na prática clínica de enfermagem, tem-se tornado cada vez mais frequente, a necessidade de resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, sendo fundamental a capacidade de o enfermeiro combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar (Silva, 2011).

De acordo com Benner (2001), “a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (p.33).

Um bom julgamento clínico em enfermagem requer a habilidade e a flexibilidade de uma perceção que vai além do aspeto fisiopatológico e representação clínica da doença, mas que engloba também a experiência da doença para o próprio indivíduo e para a sua família, considerando os seus recursos físicos, sociais e emocionais e a sua capacidade de coping (Tanner, 2006).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na suspensão do suporte de vida artificial não só porque são os responsáveis pela execução da decisão médica, mas também porque estão presentes junto do doente mais do

que qualquer outro membro da equipa de saúde (Kirchhoff & Kowalkowski, 2010).

Numa revisão sistemática da literatura sobre as dificuldades dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar dos doentes em fim de vida, realizada em 2013 por Tareco & Madeira, o comportamento pouco realista de alguns médicos acerca do prognóstico dos doentes, encarando o processo de morrer como um fracasso, e a frustração na continuidade de tratamentos e procedimentos agressivos quando não existe esperança de sobrevivência do doente, foram obstáculos identificados pelos enfermeiros no que concerne à prestação de cuidados em fim de vida. O mesmo estudo demonstrou que a melhoria da comunicação entre os elementos da equipa facilitaria uma “boa morte” porque todos os elementos trabalhariam para o mesmo objetivo comum.

Santos, Lunardi, Erdmann, & Calloni (2010), defendem que, para dar resposta aos problemas mais complexos, não basta a aplicação isolada dos diferentes domínios específicos de conhecimento, é preciso somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas identificados, com enfoque no aumento da qualidade dos cuidados prestados. Assim surgem as equipas multidisciplinares, que englobam a especificidade dos vários profissionais e as áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos.

Estas equipas definem-se então como um conjunto de profissionais com formações e/ou atribuições distintas, que contemplam o problema ou intervenção sob ângulos diferentes, explorando-o e enriquecendo-o. Incluem diferentes profissionais que trabalham juntos, mantendo as suas atuações específicas, com troca de informações dentro de áreas de interseção de conhecimentos ou atuação (Santos, Lunardi, Erdmann, & Calloni, 2010).

As equipas devem envolver múltiplos saberes e fazeres que dizem respeito aos conhecimentos e práticas de diversos profissionais, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa e sua família, e a complexidade da sua situação, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Como é referido por Deodato (2010), em situações de dilema ético, o enfermeiro fundamenta-se no seu conhecimento científico ao mesmo tempo que usa o seu sentido ético, de forma a ponderar e decidir as intervenções que mantenham a vida digna ou permitam uma morte sem sofrimento se for esse o caso. Promove o conforto, o alívio da dor, e o acompanhamento de uma morte

serena quando o fim de vida é inevitável. Não provocar dano, é assim o principal fundamento do agir em enfermagem. Para o mesmo autor, “(...) respeitar a pessoa significa sobretudo respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima” (Deodato, 2010, p. 216).

A vida deve ser vivida com dignidade e o processo de morte, que é parte constituinte da vida humana, deve igualmente ocorrer com dignidade. Portanto, deve ser exigida o direito a uma morte respeitosa, incluindo uma reflexão sobre métodos terapêuticos excessivos. Desta perspectiva, os enfermeiros são fulcrais para a preservação da dignidade dos doentes. A participação dos enfermeiros nestes processos é essencial na identificação de situações em que os princípios bioéticos dos doentes não estão a ser considerados, intervindo sempre que necessário para garantir a humanização dos cuidados (Biondo, Silva & Secco, 2009).

Não existe justificação ética nem legal para manter um tratamento médico se este não acarretar benefícios para um doente, mas deverá ser obrigação de todos os profissionais de saúde a manutenção de cuidados que proporcionem conforto físico, psicológico e espiritual de acordo com a filosofia da medicina paliativa.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Patrícia Benner (2001), através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem” relevou a importância que a aprendizagem experiencial assume no contexto do exercício de funções dos cuidados de enfermagem, sustentando a necessidade de mudança de comportamento ao longo do tempo em que ocorre a aquisição de competências. Esta autora dá ênfase à experiência profissional do enfermeiro, considerando que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Fundamentando-me numa metodologia de projeto de estágio, centrada na identificação de uma problemática do meu interesse e inspirada na minha prática atual de cuidados em contexto de UCI, optei pela temática das intervenções especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em fim de vida, em contexto de UCI.

O desenho do projeto de aprendizagem assentou num percurso desenvolvido em contexto clínico que teve como objetivo primordial desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, com particular ênfase aos cuidados em fim de vida.

Assim, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em local de estágio teve início numa Unidade de Cuidados Paliativos, passando posteriormente por uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e culminando no contexto de prestação de cuidados ao doente crítico por mim anteriormente desconhecido, o Serviço de Urgência, perfazendo um total de 500 horas de estágio.

O presente capítulo relata o percurso de desenvolvimento de competências nestes três contextos.

2.1. Unidade de Cuidados Paliativos

Inspirada pelo contexto dos cuidados em fim de vida, inerentes à problemática do meu interesse, ingressei num estágio de observação, com a

duração de apenas 2 semanas, numa UCP de uma unidade hospitalar privada. As experiências ocorridas neste local de estágio foram validar competências que eu já tinha adquirido no decurso da minha experiência profissional prévia.

Este estágio, desenvolvido no período compreendido entre 18 e 30 de outubro de 2021, teve como principal objetivo aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos para que pudesse transladar estes mesmos conhecimentos para o cenário do cuidado da pessoa crítica em fim de vida e assim desmistificar a inclusão de intervenções paliativas em cuidados intensivos.

Para o atingir deste grande objetivo propus-me a desenvolver as seguintes atividades: conhecer os valores e missão da unidade hospitalar e a dinâmica de funcionamento da UCP, integrar-me na equipa multidisciplinar, procurar evidência científica no âmbito dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos (apoio à família, controlo sintomático, comunicação adequada e trabalho em equipa) que fundamente o meu exercício clínico, selecionar fontes de informação relevantes que possibilitem a adequada apreciação das situações de cuidados e consequente tomada de decisão e observar e colaborar na prestação direta de cuidados à pessoa em fim de vida.

A Unidade em causa tem capacidade para 14 utentes, dividimos entre 6 quartos com capacidade para 2 camas e 2 quartos individuais. Essas 14 vagas estão inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo esta “um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS), formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social”, com objetivo de “prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Guia Prático da RNCCI, 2022, p.4)

Considerando que o objetivo primordial da unidade hospitalar em questão é “melhorar a qualidade de vida com base nos princípios a que se propõe: controlo efetivo dos sintomas, comunicação ativa e eficaz, apoio à família e/ou cuidadores”, não foi difícil de encontrar na base da prestação de cuidados os pilares fundamentais das intervenções paliativas e o seu cruzamento com os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Tive oportunidade de uma vez mais confirmar, que o conforto assume um papel central no campo da prestação de cuidados. Este conceito é considerado como uma “dimensão ou uma componente de processos, de experiências e de conceitos dinâmicos tais como: qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão (...). O controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto” (Apóstolo, 2009, p. 62).

A viabilização da aplicação dos cuidados paliativos assenta em quatro áreas fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. (Twycross, 2003). Se algum destes pilares for negligenciado na assistência ao doente/família inviabiliza-se a qualidade dos cuidados paliativos (Neto, 2020).

Durante a minha permanência na UCP, pude observar a dinâmica da equipa multidisciplinar sustentada pelas intervenções nas áreas fundamentais dos cuidados paliativos, privilegiando a tentativa de obtenção de conforto na sua plenitude.

Tive oportunidade de intervir em cuidados de planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença crónica, como o controlo sintomático, como seja da dor, dispneia ou delirium terminal, realizado através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que foram promotoras da dignidade e qualidade de vida do doente paliativo (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

Em todos os procedimentos que possam ter inerentes algum grau de desconforto ou dor para o doente, como por exemplo a colocação de dispositivos invasivos, existe uma ponderação prévia sobre o benefício das medidas instituídas e a preocupação que medidas fúteis não sejam adotadas. Houve a consideração do impacto que a situação decorrente do processo patológico crónico tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos meus cuidados especializados (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018). Qualquer intervenção é feita no sentido de “acrescentar vida aos dias e não dias à vida”.

Os cuidados paliativos não pretendem provocar a morte nem a atrasar através da eutanásia ou da futilidade diagnóstica e terapêutica (Neto, 2020). Os cuidados devem, por isso, ser planeados de acordo com as reais necessidades

do doente/família, sendo a sua prática e tomada de decisões baseadas nos quatro princípios éticos de toda a arte de medicina: Autonomia, Justiça, Beneficência e Não maleficência (Twycross 2003). Figueiredo & Melo (2006) acrescentam que os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, providenciando o alívio da dor e de outros sintomas.

Na perspectiva de Almeida (2008) a comunicação em cuidados paliativos funciona como uma ferramenta terapêutica indispensável perante o sofrimento e para o adequado controlo sintomático. Só através de uma comunicação assertiva se pode avaliar as verdadeiras necessidades da pessoa em fim de vida, direcionando os cuidados na satisfação das suas necessidades.

Constatei que a comunicação adequada e assertiva é um pilar essencial na dinâmica da UCP. Todos os dias pela manhã enfermeiros e equipa médica se reúnem com o objetivo de transmitir as intercorrências das últimas 24h e definir o plano de intervenção especializado e individualizado para cada doente. Semanalmente, existe uma reunião multidisciplinar, com a presença de enfermeiros, médicos, psicólogos e assistente social onde são ponderados os ganhos obtidos até ao momento em cada doente, definidas novas estratégias de intervenção e, inclusive, debatidas questões éticas relativamente aos cuidados prestados e à cessão de medidas de intervenção consideradas fúteis aquando do agravamento sintomático.

A comunicação em cuidados paliativos implica algumas situações complexas devido à sua natureza. A transmissão de más notícias inclui-se nesse leque de situações, constituindo-se como um desafio frequente para todos profissionais de saúde envolvidos. Para Twycross (2003) as más notícias são informações que de alguma forma modificam a perspetiva inicial da pessoa em relação ao seu futuro, muitas vezes comprometendo planos previamente estabelecidos. Assim, é frequente recorrer-se às conferências familiares para a transmissão de más notícias ao doente e família. Durante a realização destas conferências, tenta-se depreender qual a informação que o doente e sua família possuem acerca do diagnóstico e provável prognóstico, gerir as suas expectativas face à progressão natural da doença, restabelecer novos objetivos alcançáveis e evitar possíveis conspirações do silêncio (Twycross, 2003).

Atendendo à importância da comunicação no contexto da prestação de cuidados paliativos, considere este contexto de estágio primordial para

demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018). desenvolvendo atividades como identificar e reconhecer as estratégias de comunicação utilizadas em conferência familiar para a gestão de expectativas da pessoa em fim de vida e sua família e transmissão de más notícias (“tiros de aviso”, “dedos cruzados”).

No momento da admissão, ou pelo menos nas 48h seguintes, existe a preocupação de se realizar uma conferência familiar onde estão reunidos os vários elementos da equipa multidisciplinar com o doente paliativo e sua família. Nesta conferência pretende-se conhecer as expectativas de vida do doente e sua família e reajustá-las ao possível prognóstico da doença. Enaltece-se a expressão de sentimentos e vontades da pessoa em fim de vida e da sua família, reajustando objetivos de vida e promovendo a concretização dos mesmos: “pode não ser possível ir à lua, mas poderá ser possível ver o luar”. Estas conferências familiares são reagendadas sempre que o doente ou família assim o solicitem para expor dúvidas ou questões de maior complexidade ou que a equipa prestadora de cuidados considere pertinente face a um novo agravamento clínico. A transmissão de más notícias é feita de forma a adequar as expectativas dos doentes e familiares, preparando-os para uma morte inevitável como uma última fase do ciclo da vida, sem retirar a esperança e promovendo o respeito pela dignidade da pessoa em todo o processo.

A eficiência da comunicação é transversal entre a própria equipa prestadora de cuidados. Existe uma espécie de “linguagem comum” entre os vários elementos multidisciplinares, sendo notório o objetivo comum do trabalho em equipa. Uma vez que todos os intervenientes são membros ativos na delimitação do plano de cuidados para o doente paliativo, as informações transmitidas ao doente e sua família são uniformizadas, evitando as tentativas de triangulação da informação.

Para além de participar nas conferências familiares realizadas, tive também oportunidade de desenvolver competências na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação de falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018), participando em reuniões multidisciplinares para a elaboração do respetivo plano terapêutico adequado a cada pessoa, envolvendo a pessoa em fim de vida e seu cuidador

ou família na expressão de sentimentos e vontades, reajustando objetivos de vida e promovendo a concretização dos mesmos.

Este estágio possibilitou-me a oportunidade de corroborar uma visão de prestação de cuidados referenciada por Costa et.al (2014) que refere que os cuidados paliativos são mais do que métodos de intervenção; são uma filosofia de cuidado que visam a prevenção e alívio do sofrimento humano em muitas das suas dimensões.

Assim, numa análise reflexiva da minha experiência de estágio ao longo destas 2 semanas, pareceu-me, mais do que nunca, pertinente a inclusão desta filosofia de cuidado no contexto de UCI, requerendo mais do que conhecimento técnico e científico, mas contemplando um suporte biopsicoespiritual e abrangendo medidas como o conforto e controlo da dor, com uma eficaz comunicação entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, promovendo uma relação honesta e apoio emocional para com a pessoa em situação crítica e suas famílias.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Após a minha ingressão na UCP, realizei o meu estágio em UCI, num período de cerca de 6 semanas, compreendido entre 2 novembro a 17 de dezembro de 2021, preconizado no percurso para a minha obtenção do grau de especialista na PSC, num hospital da região da grande Lisboa.

De acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (RNEHR) de Medicina Intensiva (2017) existem três níveis de classificação de unidades de cuidados intensivos, baseados no rácio enfermeiro/doente, sendo o menos diferenciado o nível I e o mais diferenciado o nível III. O nível I visa a monitorização, normalmente não invasiva, o nível II implica a capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, e o nível III mais diferenciado, onde se insere esta Unidade denominada de Polivalente (UCIP).

As unidades de nível III são constituídas por uma equipa de enfermagem e médica especializada, com assistência médica por, pelo menos, um médico

intensivista durante 24h, tendo acesso a meios de monitorização invasiva, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta à Urgência (se existente) e aos restantes serviços do hospital, devendo instituir programas de formação/ensino em cuidados intensivos aos seus profissionais (RNEHR de Medicina Intensiva, 2017). Neste sentido, esta unidade é formada por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional com competências diversas e diferenciadas na área da pessoa em situação crítica.

Esta é constituída no total por 11 camas, 7 delas em “open space” e 3 camas de isolamento por pressão negativa, reservadas naquele período para internamentos de pessoas infetadas com SARS-CoV-2.

Como já referi anteriormente, a minha experiência profissional atual é desempenhada num contexto de UCI, e apesar do contexto de prestação de cuidados ser semelhante, o funcionamento e dinâmica de ambas as unidades apresentam algumas diferenças. E foi com base na existência destas diferenças que procurei desenvolver as minhas competências de enfermeiro tal como enunciado nas Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica em que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (...) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19359).

A partir daqui delineei os seguintes objetivos gerais de aprendizagem para este percurso de 6 semanas:

- Aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, em contexto de UCI;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI;
- Analisar crítica e reflexivamente a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em fim de vida, em contexto de UCI;

Mais tarde, já no decorrer do estágio sob a orientação do enfermeiro especialista que me acompanhou neste processo, identifiquei mais um objetivo

que considerei pertinente para o meu processo de desenvolvimento de competências específicas enquanto futura enfermeira especialista: participar na elaboração de auditorias no controlo de infeção relacionada com a Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

Logo numa fase inicial, para o atingir destes objetivos, foi fundamental o harmonioso acolhimento da equipa multidisciplinar da UCIP do hospital em questão e mais especificamente do enfermeiro orientador que me foi atribuído, contribuindo de forma facilitadora para a minha integração na Unidade.

O facto de a minha experiência profissional contemplar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI, foi um fator que me permitiu estar mais familiarizada com a grande maioria das práticas de cuidados realizadas neste contexto. Não obstante, apesar de o cenário ser equivalente, existiram algumas diferenças na forma protocolada da prestação de alguns cuidados.

Constatei uma diferença significativa na forma protocolada da periodicidade com que os circuitos ventilatórios são substituídos, nomeadamente os filtros humidificadores e “swiveis”, comumente usados na ventilação mecânica invasiva. Na minha prática diária de cuidados à PSC submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), estava também inerente a substituição de forma rotineira dos circuitos ventilatórios, uma vez em cada turno de 8h, exceto na utilização de circuitos fechados de aspiração. No entanto, neste local de estágio, estes dispositivos apenas são trocados quando visivelmente sujos ou disfuncionantes.

Perante esta prática díspar de cuidados, senti a necessidade de basear a minha prática através da pesquisa da evidência científica. Concluí que, segundo a Norma nº 21/2015 da DGS, atualizada a 30/05/2017, referente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, os circuitos ventilatórios devem ser mantidos, sendo substituídos apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (álínea e), estando esta inserida na Categoria IA como “Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados” (p. 5). Desta forma pude justificar o aperfeiçoamento de uma prática de cuidados no meu contexto de trabalho, fundamentando as minhas

intervenções na melhor evidência científica (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

A minha experiência profissional prévia na área do cuidar da PSC foi também, na minha opinião, fator facilitador no constante processo de aprendizagem e aperfeiçoamento de competências, não subjugando a humildade em compreender que o nosso método de trabalho não pode nem deve ser estanque, adaptando-se às diferentes particularidades de cada realidade e moldando-se às novas aprendizagens adquiridas. Este tipo de reflexão despertou-me a pertinência da prestação de cuidados de enfermagem à PSC à luz do referencial teórico de Locsin (2005) e de Kolcaba (2003), reconhecendo a relevância de que diversos meios tecnológicos podem e devem ser usados na prática de conhecer a pessoa como um todo e ressaltando a importância do conforto como uma experiência de excelência de cuidados, o que me fez crescer enquanto profissional.

Cuidei de doentes sedados e curarizados, cuja capacidade de comunicação se resumia aos dados obtidos através da monitorização hemodinâmica e da sincronização ventilatória, assim desenvolvi intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

Gerir cuidados num ambiente de alta tecnologia e sofisticação exige do profissional de enfermagem uma necessidade permanente de atualização de conhecimentos para a correta interpretação fisiológica dos eventos ocorridos e traduzidos através da mais diversa monitorização. É também através desta mesma monitorização e consequente desenvolvimento das capacidades para interpretação da mesma que pude prestar cuidados com a finalidade não só da correção fisiopatológica do evento, mas, com igual importância, no restabelecimento da sensação de conforto para o doente adequando “estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto” (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19361).

A atenção em promover um ambiente seguro e terapêutico constitui uma intervenção que considero essencial na minha prática diária de cuidados prestados, tentando ir de encontro às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Enfatizo não só a qualidade da prestação de

cuidados diretos, mas todo o ambiente em que a pessoa alvo de cuidados está circunscrita. A minimização da luz ou ruído, a implementação de medidas não farmacológicas para controlo da dor, ansiedade ou delirium, e a tentativa de não utilização de contenção física (Neto, 2020), são intervenções que se conjugam na minha prática diária, tendo por base conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

O doente neurocirúrgico é um grande foco de intervenção nesta UCI. Apesar da Unidade não ser dedicada exclusivamente a esta tipologia de doentes, foram vários os doentes com necessidade de cuidados do foro neurocirúrgico que determina uma equipa multiprofissional treinada e especializada em reconhecer e lidar com pessoas muitas vezes em situações de risco de lesão neurológica irreversível ou morte cerebral, como o caso dos pós-operatórios de traumatismos cranioencefálicos graves, com necessidade de colocar cirurgicamente cateter para derivação ventricular externa (DVE) ou com monitorização da pressão intracraniana (PIC).

Intensifiquei a minha experiência nos cuidados à manutenção da perfusão cerebral adequada e na vigilância contínua e sistemática da função neurológica, atuando rápida e eficazmente em situações de deterioração da mesma, com o objetivo de prevenir lesões secundárias. Desta forma, sinto ter adquirido a competência de cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda, concebendo, implementando e avaliando as intervenções de enfermagem (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

A infeção adquirida em contexto de cuidados intensivos mais frequente é a pneumonia associada à intubação, refletindo-se num aumento do número de dias de ventilação mecânica e de internamento (em UCI e hospitalar), aumento do uso de antimicrobianos e da mortalidade (Norma nº 21/2015, DGS, 2017).

Numa revisão da literatura realizada por Nepomuceno, Miranda, Nogueira, Silva, & Da Silva (2014), os fatores de risco para a PAI incluem o perfil da colonização bacteriana, o tempo de VMI, negligência nos cuidados orais e a baixa adesão da equipa multidisciplinar às medidas de prevenção e controlo da PAI.

Desta forma, foi minha diligência maximizar as intervenções na prevenção e controlo desta infeção. A adoção de medidas preconizadas pela DGS em 2015

para a prevenção e controlo da PAI, como a elevação da cabeceira da cama a 30º, que diminui a aspiração de conteúdo gástrico para as vias aéreas inferiores; a higiene oral em cada turno com solução de cloro-hexidina a 2% e a confirmação e manutenção de pressão adequada no balão do tubo endotraqueal de forma a impedir a aspiração de secreções da orofaringe e conteúdo gástrico contaminados foram cuidados executados diariamente e transversalmente a todos os doentes. Para além destas intervenções autónomas, medidas de atuação multidisciplinar, como intervalos diários na interrupção da sedação em curso quando a clínica do doente assim permitia, com teste de autonomização ventilatória, foram intervenções interdisciplinares por mim executadas.

Relativamente à competência de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, para além das intervenções enumeradas previamente, tive oportunidade de participar na elaboração de auditorias realizadas pelo meu orientador de estágio. Ele tinha a seu cargo a liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção. Constatei a realização destas auditorias no que concerne aos cuidados prestados para a prevenção das PAI e o tratamento dos resultados obtidos.

A instituição e supervisão destas medidas resultaram não só numa diminuição das PAI o que se traduz, obviamente, em ganhos de saúde para a PSC, diminuindo os dias de necessidade de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, o uso de antimicrobianos e as taxas de comorbilidades e mortalidade, mas também no atingimento de objetivos pessoais e de equipa com vista à avaliação de desempenho da carreira de enfermagem.

Posso afirmar que a equipa da UCI estava sensibilizada para a problemática das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), pelo que toda a equipa utilizava medidas de proteção individual no sentido de minimizar a disseminação de microrganismos entre doentes e prevenir infeções cruzadas, sendo a correta lavagem e higienização das mãos um foco de particular cuidado após a prestação dos cuidados. A colheita de espécimes para bacteriologias, como hemoculturas, uroculturas, aspirados traqueobrônquicos nos doentes submetidos a VMI encontram-se protocoladas e são realizadas logo após a chegada da pessoa à unidade, salvaguardando o cumprimento dos

procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

Para além das intervenções que visavam a prevenção e controlo de infeção, adotei também medidas autónomas, potenciadoras de conforto nas suas várias dimensões tal como descrito na teoria de Kolkaba (2003). A análise da Teoria do Conforto permite a compreensão das necessidades do outro e possibilita que o cuidado seja realizado de forma individualizada, por meio de ações de enfermagem geradoras de conforto e bem-estar, sendo necessária aptidão para relacionar conceitos, práticas e conhecimento da teoria.

Assim, fundamentando-me nos diferentes contextos em que a experiência do conforto se pode desenvolver segundo Kolcaba (2003), executei procedimentos como a alternância de decúbitos para alívio do desconforto de zonas de pressão e a consequente prevenção de úlceras por pressão que, por sua vez, originam dor e maior desconforto ao doente (contexto físico). Providenciei cuidados de higiene, como fazer a barba ou manter o cabelo limpo e escovado que preservassem o autoconceito potenciasses a autoestima da PSC (contexto psicoespiritual). Privilegiei o momento da visita familiar, estimulando a comunicação e o contacto entre o familiar ou pessoa de referência e a PSC (contexto sociocultural). E finalmente adotei medidas que promovessem um ambiente seguro e relaxante para a PSC, tentado minimizar o ruído em redor, diminuindo focos de luz desnecessários, garantido o conforto de uma temperatura corporal adequada, providenciado cobertores ou colchas (contexto ambiental).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista na PSC os cuidados de enfermagem especializados à PSC são «cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...). Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil» (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19362-3). Neste sentido, senti que prestei cuidados de enfermagem a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do

enfermeiro especialista na PSC, articulando conhecimentos científicos e técnicos, com progressiva autonomia na capacidade de desempenhar um bom julgamento clínico, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autônomo.

O aperfeiçoamento das minhas competências de tomada de decisão em enfermagem, desempenhando um bom julgamento clínico, com base no modelo de Tanner (2006), tinham como foco desenvolver a habilidade e a flexibilidade de uma percepção que vai além do aspeto fisiopatológico e representação clínica da doença, mas que engloba também a experiência da doença para o próprio indivíduo e para a sua família, considerando os seus recursos físicos, sociais e emocionais e a sua capacidade de coping.

Englobado nesta experiência, tive oportunidade de analisar crítica e reflexivamente a prestação de cuidados à PSC em fim de vida, em contexto de UCI.

O meu estágio anterior, numa Unidade de Cuidados Paliativos, permitiu-me mobilizar conhecimentos adquiridos na prática de cuidados de enfermagem ao doente paliativo para o universo do doente crítico em fim de vida, facilitando o meu envolvimento na discussão da tomada de decisão em questões éticas, como a suspensão da alimentação artificial e a simplificação terapêutica, com o intuito de reconhecer intervenções que possam ser consideradas fúteis para o prognóstico do doente crítico em fim de vida, nomeadamente a futilidade terapêutica e diagnóstica. Tal como referem os autores Grafinho, Pais, Martins & Sinton (2019), a prestação de cuidados de saúde e, em especial, os cuidados a doentes com doenças graves ameaçadoras da vida e/ou doenças incuráveis, avançadas e progressivas, obrigam, diariamente, os profissionais de saúde a tomar decisões clínicas que englobam questões éticas.

Os dilemas éticos podem ser entendidos como a necessidade de escolha entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis ou indesejáveis, passíveis de questionamento moral, não existindo resposta pronta, uma conduta pré-estabelecida ou valores absolutos e inquestionáveis, sendo necessários a reflexão e o diálogo multidisciplinar para a tomada de decisão (Pimenta, 2015).

Em 1978 foram estabelecidos os quatro princípios éticos básicos da bioética moderna: Princípio da beneficência; Princípio da não-maleficência;

Princípio da autonomia e o Princípio da justiça (Grafino, Pais, Martins & Sintor, 2019).

Assim, cuidar pode significar respeitar a autonomia do paciente, mesmo que isso implique na suspensão dos “cuidados”. Os doentes passam a ser tratados de maneira ética não somente quando respeitadas as suas decisões, mas também quando há esforços para assegurar que a sua qualidade de vida esteja além do simples prolongamento artificial (Júnior, 2017).

Seguindo o princípio de não-maleficência, os profissionais da saúde têm o dever de, intencionalmente, não causar danos ao doente. Este princípio torna-se relevante porque, em muitos casos, o risco de causar danos é inerente aos procedimentos que são clinicamente indicados. Procurei, assim, basear as minhas decisões nos direitos do doente, respeitando a sua autonomia (sempre que esta seja expressa) e no seu bem-estar (ausência de sofrimento, ou dor, por exemplo) (Júnior, 2017).

A aplicabilidade do princípio de não-maleficência torna-se ainda difícil quando a discussão está entre não dar início a um tratamento e interromper outro que já tenha sido iniciado. Geralmente, opta-se por não interromper aquele que já fora iniciado, acreditando que seria moralmente errado parar o tratamento naquelas circunstâncias, mesmo que isso seja considerado fútil do ponto de vista clínico (Júnior, 2017).

Corroborando esta visão apresentada por Júnior (2017), comprovei a dificuldade que existiu na tomada de decisão em se interromper medidas de prolongamento artificial de vida como a alimentação, após a mesma ter sido instituída.

A alimentação e a hidratação, mesmo fornecida de forma artificial através de sonda, continua a ter um significado simbólico, uma vez que constituem a essência do cuidado e da compaixão no contexto clínico e em outros contextos (Júnior, 2017). Mesmo quando a capacidade de absorção da alimentação está comprometida, podendo acarretar maior desconforto gástrico para a pessoa em fim de vida, a sua suspensão está ainda envolta no mito da possibilidade de “morrer à fome”.

Tive oportunidade de vivenciar uma situação de cuidados cujo plano de intervenção evoluía para a aparente limitação de medidas de suporte artificial de vida, tendo a oportunidade de refletir e analisar com o meu orientador do local

de estágio a pertinência da continuidade da administração de fármacos anti-infecciosos e similares quando já haviam sido adotadas medidas de limitação de incremento de fármacos vasopressores e indicação para não reanimação em caso de paragem cardiorrespiratória. No entanto, fazendo jus ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a equipa de enfermagem, considerando a complexidade da situação de saúde inerente aquele doente, mobilizou conhecimentos e habilidades múltiplas para responder de forma holística às necessidades identificadas para agir no melhor interesse da pessoa, suportando as suas tomadas de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.

Nesta atuação foi notória uma grande competência ao nível do julgamento clínico, resultando em intervenções de enfermagem que não só foram delineadas com vista a promover o melhor interesse do doente, mas também na adoção de outras medidas que culminaram posteriormente na recuperação total do doente e transferência do mesmo para a enfermaria. A vivência desta situação propiciou a recolha de contributos para a reflexão e análise dos fundamentos sobre os processos de tomada de decisão, contribuindo para o meu aperfeiçoamento no reconhecimento de situações de especial complexidade e com enfoque na implementação de intervenções especializadas decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

Thompson & Dowding (2005), referenciados por Magalhães, Lopes & Fonseca, [s.d.] referem que os enfermeiros, sendo elementos integrativos das unidades de cuidados hospitalares, defrontam-se frequentemente com a obrigatoriedade de tomar decisões com o objetivo de prevenir, minimizar e corrigir situações clínicas instáveis. Estas decisões são multidimensionais, devendo considerar concomitantemente “o que deve ser feito, como deve ser feito e quando deve ser feito, no respeito da singularidade do doente e do seu contexto circundante”. (Gillespie, 2009, citado por Fonseca, Lopes & Magalhães [s.d.], p. 46).

Segundo Cunha (2004), uma questão intimamente relacionada com a problemática da tomada de decisões no fim da vida, e para a qual não existe consenso, pode ser enunciada do seguinte modo: “Quem decide pelos adultos,

previamente competentes, mas que devido a situações de doença, se encontram definitivamente incapacitados de manifestar a sua vontade no que diz respeito às opções terapêuticas propostas?” (p.46).

Segundo o mesmo autor, no caso de se verificar a incapacidade da tomada de decisão pela própria pessoa, alguém terá de tomar as decisões em seu nome. Nestas circunstâncias, existem três posições que podem ser adotadas: agir segundo o melhor interesse do doente; averiguar qual teria sido a sua vontade baseado nos seus valores e concepção de vida; respeitar os desejos previamente manifestados pelo doente. Também depois de avaliadas as possíveis medidas a adotar, confrontamo-nos com a dificuldade em estabelecer, de forma concreta, o que é o melhor interesse do doente.

Num cenário ideal, o melhor interesse do doente é aquele que foi expressamente explícito por si. As Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV) permitem que uma pessoa escreva instruções para tratamentos de suporte à sua vida durante possíveis períodos de incapacidade cognitiva (Júnior, 2017).

As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente (Diário da República, Lei n.º 25/2012, p.2).

O documento de DAV tem uma validade de cinco anos, findos os quais a pessoa deverá repetir o processo, caso pretenda manter expressa esta sua deliberação, podendo também, a qualquer momento, cancelar a DAV.

As DAV permitem, desta forma, integrar os cuidados de saúde prestados naquilo que cada indivíduo acredita ser o seu supremo interesse perante uma determinada situação clínica, preservando as suas crenças e autodeterminação (Batista et al, 2018).

Considero que o meu estágio decorreu de forma muito satisfatória, com a observação de diferentes métodos de trabalho, a análise e reflexão sobre os mesmos, capacitando-me para um juízo crítico mais apurado e diferenciado na tomada de decisão da minha prática clínica diária.

Intrínseco a qualquer percurso de aprendizagem estão obstáculos, dificuldades e limitações, sendo um trabalho de desenvolvimento pessoal e profissional o reconhecimento das mesmas e a capacidade de identificar estratégias para ultrapassar essas mesmas dificuldades. As principais dificuldades incidiram, sobretudo, nos primeiros turnos em que tive de me tentar integrar num espaço físico por mim desconhecido, numa nova equipa, com um sistema informático com o qual não estava familiarizada, mas que foram colmatadas com as horas decorridas em estágio.

Apesar de estar familiarizada com a prática de cuidados à PSC, a aceitação da crítica construtiva é o primeiro passo para podermos chegar a uma melhor versão de nós mesmos, enquanto pessoas e enquanto profissionais na arte de cuidar dos outros. Ainda me faltam uns “passinhos” para aperfeiçoar as minhas capacidades de autoavaliação, no entanto considero que este percurso foi enriquecedor para me desenvolver competências acrescidas de avaliação e decisão clínica, fomentando em mim uma maior segurança na avaliação das situações de cuidados com as quais me deparo e a procura da melhor tomada de decisão face aos resultados que pretendo obter.

2.3. Serviço de Urgência

Finalmente, num período de cerca de 8 semanas, compreendido entre 4 de janeiro a 28 de fevereiro de 2021, realizei aquele que considero ter sido o meu maior desafio de aprendizagem em termos de contexto de estágio: o meu estágio em SU, num SUP de um hospital central da região da grande Lisboa, também este preconizado no percurso para a minha obtenção do grau de especialista na PSC.

Neste período de estágio foram igualmente delineados objetivos assim como atividades a desenvolver. Como objetivo geral propus-me a desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa e Família em Situação Crítica em contexto de SU. Como objetivos específicos, propus-me a aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem na PSC em fim de vida em contexto de SU e analisar crítica e reflexivamente a

prestação desses mesmos cuidados à PSC e sua família, e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Sobre o que se entende como uma urgência ou emergência em saúde, tal como citado no relatório da CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (2012) define-se o seguinte: “Relativamente à atividade assistencial, entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.” (p.8).

O Despacho nº 18459/2006 do Ministério da Saúde, de 12 de setembro, considera existirem três tipologias diferenciadas de serviços de urgência englobados na Rede de serviços de urgência, mediante as necessidades: o serviço de urgência polivalente (SUP) sendo este o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar, contemplando o apoio de várias especialidades médicas; o serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo a que a deslocação entre o local de doença ou acidente e o hospital não exceda os sessenta minutos por transporte terrestre e finalmente o serviço de urgência básica (SUB), o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, dispondo de menos recursos humanos e de equipamento do que os anteriores.

Tal como referido no despacho anterior, todos os serviços de urgência integrados na rede de urgência (SUP, SUMC e SUB), independentemente da sua localização devem implementar um sistema de triagem de prioridades, que deverá viabilizar a articulação da informação com o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este sistema foi implementado pela primeira vez em novembro de 1994, em Manchester (Inglaterra), e em Portugal em outubro do ano 2000, com o objetivo de instituir uma norma de triagem baseada na determinação do risco clínico da pessoa que recorre ao SU, utilizando uma “linguagem” consensual e uniformizada entre os profissionais participantes, enfermeiros e

médicos. A avaliação da prioridade de atendimento médico tem início no principal sinal relatado pelo doente ou sintoma identificado pelo profissional, sendo selecionado o fluxograma (de uma lista de 50) mais específico em relação à queixa apresentada ou percebida pelo enfermeiro, percorrendo posteriormente os discriminadores do mesmo com base nas respostas obtidas acerca do estado do doente (Grupo Português de Triage, 2011).

Este é assim o início de contacto mais comum entre o doente e o SU, e dada a relevância que a triagem apresenta na deteção precoce de sinais de gravidade e na priorização da necessidade de avaliação dos doentes, é perceptível que fossem destacados para as salas de Triage enfermeiros que já tivessem alguma experiência na área de urgência/emergência, pela necessidade de mobilizar múltiplas competências neste contexto de intervenção.

Apesar de ter estado presente nas salas de triagem, a experiência adquirida nesse contexto não faz de mim uma perita na execução do STM, quer pelo escasso tempo que por lá estive, quer pela complexidade de desempenho na execução desta ferramenta. Apesar do sucesso da aplicação deste método não derivar tanto da diferenciação/experiência do enfermeiro que executa a triagem, mas mais da aplicação do algoritmo de forma disciplinada, existem diversos fatores, muitas vezes externos ao enfermeiro, que influenciam o seu desempenho. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro, enquanto triador, mobiliza processos de raciocínio, estratégias e métodos na operacionalização dos seus conhecimentos para tomar a melhor decisão (Neves, 2010).

Jesus (2004) refere que a tomada de decisão pode ser influenciada por fatores contextuais e individuais, pois a maioria das decisões são tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores e com informação escassa e subtil, apesar de serem decisões que exigem conhecimento e habilidades. Considero que o tempo que passei neste contexto de sala de triagem permitiu familiarizar-me com o STM, mas não foi suficiente para desenvolver as competências acrescidas necessárias para um desempenho autónomo e eficiente nesta área.

Após a triagem e obtenção da respetiva “pulseira” definida pelo STM, o doente era encaminhado para a respetiva área de observação, ou seja, as zonas designadas de zona vermelha, zona laranja, zona amarela, zona de verdes e azuis.

A zona vermelha é constituída por duas salas de reanimação (SR) onde são admitidos doentes com necessidade de atendimento emergente. Estas são as áreas vocacionadas para a receção e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A zona laranja tem uma sala de espera, três gabinetes médicos e uma sala de tratamentos em união com a área de trabalho de enfermagem. Nestes espaços são alocados os doentes com necessidade de atendimento quase imediato, ou seja, com necessidade de maior vigilância, mas não emergentes.

A zona amarela é constituída por uma sala de espera, seis gabinetes médicos e uma sala de tratamentos. Nestes espaços ficam os doentes com necessidade de atendimento rápido, mas cuja situação clínica pressupõe que possam aguardar pelo atendimento.

As zonas verde e azul são compostas por uma sala de espera, cinco gabinetes médicos e uma sala de tratamentos e são as áreas onde ficam os doentes que podem aguardar por atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde. Ao momento da realização do meu estágio, os doentes triados com estas cores eram encaminhados para os cuidados de saúde primários das áreas de residência, de acordo com a Circular Informativa Nº02/2020 emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Para além das áreas de referenciação enumeradas, existe também uma zona de realização de colheitas laboratoriais e outros exames complementares de diagnóstico; a pequena cirurgia; a urgência de ortopedia com dois gabinetes médicos; a sala de tratamentos para a realização de aerossóis que era utilizada para a realização de testes SARS-CoV-2 e do espólio dos doentes; a sala de observação (SO) com capacidade para 16 camas; a urgência de psiquiatria e ainda o setor do circuito COVID.

O setor do circuito COVID foi criado durante a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, com o intuito de dar resposta às patologias do foro respiratório, estando fisicamente isolado do restante SU. Pelas contingências da pandemia ainda vigente no início do presente ano, sendo inconstante a afluência de pessoas ao SU por patologias do foro respiratório, houve uma constante necessidade de reorganização e distribuição dos profissionais alocados ao setor COVID, colmatada muitas vezes com a necessidade de os enfermeiros realizarem turnos extraordinários. Todos os profissionais alocados a este setor estavam

permanentemente equipados com medidas de proteção individual, garantindo a proteção da cabeça aos pés e assim minimizando áreas de exposição corporal. Uma vez que eram triados e admitidos todos os doentes do foro respiratório, mesmo dentro do mesmo circuito foram criados espaços de isolamento diferenciados para pessoas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 ou infeção confirmada. Aspeto concordante com as competências de enfermeiro especialista, descritas no Regulamento de Competências Comuns e Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que atende à patente complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos através da adoção contínua de medidas de prevenção de controlo de infeção, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Após uma breve descrição da organização do SU, dedico-me agora à minha experiência nas salas de reanimação. Tendo em consideração o caráter formativo desta experiência de estágio em contexto de urgência, com o objetivo desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, durante a maior parte do estágio fiquei alocada às 2 salas de reanimação (SR), assim designadas neste hospital, existentes neste SUP.

Segundo as recomendações técnicas para a Sala de Emergência emitidas pela ACSS, “A Sala de Emergência (podendo a mesma ter outras designações consoante a organização e cultura local de cada hospital) constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico” (2019, p. 7).

A SR localiza-se numa posição estratégica, perto da entrada externa do SU, e simultaneamente com capacidade de articulação fácil com a UCI e o elevador de acesso a outros serviços, nomeadamente a Imagiologia. Está equipada com os meios de diagnóstico, de monitorização e terapêuticos, essenciais para a correta abordagem do doente crítico. As salas, uma mais pequena, com capacidade para apenas um doente e outra maior, com possibilidade de acolher até 3 doentes em simultâneo. As unidades estão equipadas com material comparável ao existente nas UCI, nomeadamente monitores para avaliação do traçado eletrocardiográfico, capazes de fornecer dados da saturação periférica de O₂, medidor de pressão arterial através de

método invasivo ou não invasivo, capnografia, entre outros. Cada unidade dispõe de uma rampa com oxigénio, sistema de aspiração e ar comprimido assim como um ventilador totalmente equipado, testado e pronto a utilizar. Junto a cada unidade encontram-se módulos com material de cateterização venosa periférica e de acesso à via aérea.

Cada sala tem um carro de urgência devidamente equipado com um monitor/desfibrilhador portátil com pacemaker externo também pronto a utilizar, assim como todos os fármacos de emergência e os materiais necessários à sua utilização, diversos soros, material para proteção da via aérea, material para entubação gástrica e material para algaliação. Também se encontra na sala todo o equipamento necessário à estabilização do doente crítico politraumatizado incluindo colares cervicais, imobilizadores laterais da cabeça e “plano duro”. Todo material necessário para realização de procedimentos médicos invasivos como colocação de cateteres venosos centrais (CVC) ou linhas arteriais (LA), colocação de dreno torácico, etc, está também presente num armário alocado no corredor em frente às duas SR. Não existem camas articuladas, mas apenas macas.

Para Ferreira, Fernandes, Jesus & Araújo (2020), a prestação de cuidados, neste contexto, deve procurar a restauração rápida da viabilidade ventilatória e circulatória, com preservação dos órgãos vitais. Desta forma, os cuidados de enfermagem a este tipo de doentes são altamente especializados, com enfoque na prevenção de complicações e minimização da incapacidade.

Aqui, com maior incidência do que em qualquer outro setor da Urgência, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC.

Comecei por dizer que este contexto de estágio foi o meu maior desafio de aprendizagem. Sendo um contexto de prestação de cuidados totalmente novo e desconhecido para mim, encarei a experiência com algum nervosismo, mas também motivada e convicta de que sendo este um dos maiores serviços de urgência do país, seria certamente um campo de estágio provido de situações geradoras de grandes momentos de aprendizagem.

Para concluir esta etapa com sucesso foi fundamental o muito caloroso acolhimento da equipa de enfermagem do SU e mais especificamente do enfermeiro orientador que me foi atribuído, contribuindo de forma facilitadora para a minha integração na equipa e serviço. Esta excelente receção contribuiu como fator facilitador para a minha inclusão no conhecimento das dinâmicas do serviço e para que eu mesma me sentisse totalmente confortável não só no esclarecimento das dúvidas que me foram surgindo, como também na partilha de conhecimentos, análise e reflexão das situações vivenciadas que permitiram a aquisição de novas competências na prestação de cuidados e na progressiva otimização da abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de SU.

E, neste contexto de prestação de cuidados ao doente crítico por mim desconhecido, foi ainda mais patente a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos através da realização de pesquisa bibliográfica, de forma a suportar a minha prática clínica em evidência científica (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

A abordagem inicial do doente crítico, em contexto de urgência, assenta primordialmente na atuação segundo o algoritmo ABCDE (em que “A” corresponde à Via Aérea, “B” à ventilação, “C” à circulação, “D” à disfunção neurológica e “E” à exposição), com foco na estabilização do doente perante a resolução dos problemas identificados e na transferência precoce do mesmo para cuidados diferenciados, no mínimo tempo possível de execução (Manual SAV, INEM, 2019).

Os objetivos e princípios da abordagem com base no algoritmo ABCDE são, segundo o manual de suporte avançado de vida (SAV) do INEM (2019), “a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, de forma a “tratar primeiro aquilo que mata primeiro. Além disso, uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme permite melhorar o trabalho de equipa” (pág. 7).

É neste ambiente de Sala de Reanimação que uma “linguagem e abordagem protocolada” tal como descrito no manual de SAV do INEM, assumem a máxima importância para os ganhos em saúde dos doentes que se pretendem obter, ou mesmo para diferenciar entre a vida e a morte.

Neste contexto, onde as prioridades se centram na manutenção dos sinais vitais e na estabilidade do doente foi importante refletir e perceber qual o lugar do conforto da PSC.

Para a enfermagem, cuidar do outro vai além da manutenção dos sinais vitais, engloba também atitudes praticadas para promover o conforto e o bem-estar. Este cuidado é fundamentado na ciência e na ética com o objetivo de atender às necessidades do indivíduo. Ao cuidar, os enfermeiros promovem a segurança do doente, através da implementação de ações que contribuem para a melhoria do conforto, nos diferentes contextos (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural) (Mendes et al, 2016).

É então imprescindível a existência de cuidados que visem promover o melhor conforto possível mesmo em circunstâncias em que o foco está em assegurar a estabilidade do doente crítico, porque este está exposto à execução de vários procedimentos técnicos que podem induzir à percepção de dor ou desconforto durante a sua realização. Para além disso, estão também num contexto estranho para si e em interação com desconhecidos, longe dos seus familiares e do seu ambiente seguro. É então exigida uma aptidão na prestação de cuidados de enfermagem que vai além das competências técnicas para a execução de procedimentos, englobando a capacidade de relacionar conhecimentos, conceitos e prática.

Pertinente para esta reflexão foi também ter assistido à formação “Escala de avaliação da dor, sedação e delirium”, realizada no meu local de trabalho. Na formação foi dada ênfase à importância da realização sistematizada destas escalas para um controlo eficiente da dor e delirium do doente crítico, privilegiando o conforto e bem-estar do doente. A otimização da sedação e o controlo da dor e delirium promovem a estabilidade hemodinâmica e ventilatória, potenciando uma recuperação mais célere do doente crítico e consequentemente a redução do seu tempo de internamento.

Pela minha experiência prévia em UCI, estou familiarizada com a antecipação de focos de instabilidade da PSC e a responder de forma pronta e antecipatória a esses mesmos focos, executando cuidados de “alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica”, demonstrando “conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma” (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19362). No

entanto, no contexto de UCI com o qual estou familiarizada, a minha abordagem inicial já contempla, pelo menos, a monitorização prévia do doente crítico, a garantia da existência de acessos venosos para administração de fármacos, a exposição corporal para a rápida observação e intervenção junto do doente e a recolha prévia dos respetivos focos de instabilidade decorrentes da sua situação. Cuidados estes executados previamente pelos colegas do SU. Ora neste contexto de estágio eu estava precisamente nesse lado, no contexto da abordagem inicial da situação emergente.

Tenho presente a primeira PCR que presenciei na sala de reanimação; um indivíduo do sexo masculino, de 40 e poucos anos, que foi diretamente encaminhado da sala de triagem por queixas de dor pré-cordial, com irradiação para o MSE e uma sensação de mal-estar inespecífico. À chegada à sala de reanimação, foi imediatamente colhido sangue para tubo de hemograma, bioquímica e coagulação e deixado um acesso venoso periférico de grande calibre obturado. Já tinha sido pedido no imediato pelo enfermeiro da triagem ECG de 12 derivações com confirmação de supradesnívelamento do segmento ST em mais de 2 derivações. Logo de seguida o indivíduo é auxiliado a despir-se completamente e é realizado o seu espólio e, neste contexto, entra subitamente em PCR, constatado pela síncope repentina, com traçado de assistolia. Rapidamente o enfermeiro que estava presente comigo naquela sala pediu que fosse acionado o botão de emergência e iniciou compressões cardíacas assim que colocámos o plano duro debaixo do doente. Iniciei a cronometragem da PCR e alcancei as pás multifunções do carro de emergência que se encontrava ao lado com as quais monitorizei o doente. A monitorização é usada para nos fornecer dados que permitam a otimização da terapêutica no sentido de prover oxigenação adequada ao doente em choque, combater a hipoxemia global e a falência de múltiplos órgãos (Silva, 2013).

Num ápice a sala de reanimação ficou “inundada” de médicos e enfermeiros, com um enfermeiro a colocar o sistema de compressão torácica LUCAS®, libertando o enfermeiro que estava nas compressões manuais e que passou a assumir a preparação dos fármacos necessários para o SAV, um médico a assegurar a via aérea do doente e um outro enfermeiro que rapidamente procurava um novo acesso venoso periférico. Neste momento o meu papel, para além de alcançar algum material que fosse pontualmente

necessário, foi de expectador. A dinâmica da equipa de reanimação estava criada e em ação e pessoas adicionais, com base na minha experiência prévia de situações de PCR, só iriam adicionar stress e confusão a um ambiente que já tem uma certa tensão inerente e cujas funções precisam de estar bem definidas.

Para além das competências técnicas, como por exemplo o conhecimento do algoritmo de SAV, o domínio das competências não técnicas assume-se de primordial importância num contexto de ressuscitação cardiorrespiratória. “Os cuidados com os doentes e a eficácia da reanimação podem melhorar se for dada uma maior ênfase a questões não técnicas como a liderança, trabalho em equipa, cumprimento de tarefas e comunicação estruturada” (Manual SAV, INEM, 2019, p.222).

Este papel de liderança, assegurando uma comunicação estruturada para o correto desempenho de funções e tarefas dos elementos presentes deve ser assumido pelo *Team Leader*. “O papel do *Team Leader* é assegurar que a avaliação da vítima está a ser feita corretamente sendo o responsável pela coordenação da equipa” (Manual SAV, INEM, 2019, p.221).

Nesta situação em particular, o papel de Team Leader foi desempenhado pelo enfermeiro que estava inicialmente alocado aquela sala de reanimação e que presenciou o início da PCR tendo imediatamente iniciado a cadeia de sobrevivência. Esse enfermeiro, com larga experiência no SU e na VMER, especialista na PSC, definiu prioridades de atuação, sistematizando as suas ações e gerindo os cuidados em conformidade, liderando a atribuição dos papéis dos membros da equipa, demonstrando uma comunicação eficaz entre todos os elementos envolvidos (Diário da República, 2018).

As competências técnicas e não técnicas permitiram o rápido retorno da circulação espontânea (RCE) daquele doente, mesmo antes da necessidade do mesmo ser entubado e ventilado para proteção da via aérea, recuperando em score 15 na escala de coma de Glasgow, apesar de se encontrar confuso sobre as recentes ocorrências.

Nesta fase, e nunca descurando os cuidados pós-reanimação e a possível instabilidade hemodinâmica que repentinamente se pode novamente instalar, houve a preocupação de tranquilizar o doente. Segundo Kolcaba (2003), a necessidade de conforto surge quando ocorrem alterações significativas num

processo fisiológico, mecanismos interrompidos ou colocados em risco por uma doença ou procedimento invasivo.

Esta pessoa, que acabara de estar temporariamente sem sinais vitais, contrariou os dados estatísticos que nos dizem que a taxa de sobrevivência do doente em paragem cardiorrespiratória é baixa (apenas 10,7% para todos os ritmos), segundo dados do INEM (2019), e retomou a circulação espontânea, sem aparentes défices neurológicos.

Para este indivíduo, era perceptível todo o aparato de equipamentos e meios humanos em seu redor, conseguindo depreender os esforços “tecnológicos” no sentido de preservar a sua vida, mas foi-lhe de extrema importância a comunicação posterior do que havia ocorrido, salvaguardando que toda a equipa tinha unido esforços para um desfecho positivo. E que apesar de ainda carecer de uma situação médica que exigia vigilância apertada e possivelmente a carecer de outras medidas invasivas, “nós” estávamos ali, para garantir que todos os esforços para a sua sobrevivência e bem-estar pudessem ser atingidos.

As intervenções de *Comfort food for the soul* são definidas por Wilson e Kolcaba (2003) como as intervenções que, embora as pessoas possam não esperar de ser alvo delas, relatam uma sensação de satisfação quando a elas são sujeitas. Estas intervenções personalizadas permitem uma sensação de fortalecimento interior.

A SR, pelas suas características próprias é um ambiente de stress, desprovido por vezes da padronização de cuidados, com imprevisibilidade e em que as ações efetuadas estão dependentes do tempo, com um ritmo de trabalho acelerado em que todos os minutos contam, onde se reflete a necessidade de haver uma equipa profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa (Ferreira, Fernandes, Jesus & Araújo 2020).

Esta experiência de PCR em contexto de SR fez-me refletir sobre a imprevisibilidade que o doente crítico pode apresentar. Alguém consciente, que chega pelo seu próprio pé ao SU, em poucos minutos está temporariamente sem sinais vitais, a carecer de toda uma panóplia de meios humanos e tecnológicos para lhe salvar a vida. Apesar de estar ciente que a PSC necessita de meios

avançados de monitorização e intervenção terapêutica, estes mesmos meios, num ambiente mais controlado como são as UCI, permitem muitas vezes a antecipação destes focos de instabilidade. No entanto, o enfermeiro especialista “dinamiza a resposta em situações de emergência” (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018, p.19359) e “(...) cuidar da pessoa é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista” (p.19363), sendo estas competências transversais em qualquer que for o contexto hospitalar em que o doente crítico esteja inserido.

No decorrer deste estágio, correlacionado com momentos de falência cardíaca, assisti a uma formação sobre o sistema Impella® - Technology for Heart Recovery. Este é um dispositivo utilizado em casos de falência ventricular esquerda, bombeando o sangue do ventrículo esquerdo para a aorta ascendente e ajudando a manter a circulação sistémica e assim a adequada perfusão dos órgãos. Este foi assim um momento de desenvolvimento das aprendizagens profissionais como futura enfermeira especialista (Regulamento n.º 140/2019, OE, 2019).

Para além do sistema de triagem que pode encaminhar os doentes diretamente para a SR, existem ainda 3 tipos de Via Verde possíveis de serem referenciadas pelo Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU) e rececionadas naquela urgência hospitalar: a Via Verde AVC, Via Verde Trauma e Via Verde Coronária. Por definição, Via Verde (VV) consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar (Delgado, Santos, Preto, Barreira & Esteves, 2012).

Posso referir que, durante a minha permanência em estágio, a Via Verde AVC foi sem sobre de dúvida a situação urgente por mim mais presenciada e assistida. No caso do AVC, a VV tem como objetivo obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do tempo porta-agulha ou da janela terapêutica eficaz. É nesta “corrida contra o tempo” de atuação para evitar a mortalidade ou significativas morbilidades que a abordagem protocolada e estruturada dentro da SR faz toda a diferença.

Assim, tive oportunidade de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, avaliar as possíveis complicações resultantes da

implementação desses mesmos protocolos e implementar cuidados de enfermagem que permitissem minimizar os riscos associados, com adequada monitorização

Com algumas diferenças significativas da minha experiência em cuidados prestados em UCI, é a realidade existente em termos da privacidade do doente crítico em contexto de SU. Talvez porque quando chegam à UCI a esmagadora maioria dos doentes já vem sem os seus pertences, tendo sido espoliados dos seus bens, nomeadamente roupas ou artigos de valor. Pois é precisamente ali, na SR, que os doentes são o mais rapidamente despidos, por vezes com necessidade por parte dos enfermeiros ou assistentes operacionais, de cortar ou rasgar a própria roupa do doente (sobretudo em situações de grande trauma), expondo o seu corpo aos demais profissionais que necessitem de realizar o exame físico.

Silva (2007), refere que “a ameaça à privacidade e ao pudor do cliente, é uma constante num serviço deste tipo”, até porque “a maioria das interações decorrem num espaço físico sem privacidade” (p.207).

Nos doentes inconscientes (também por um carácter ainda mais gravoso da situação) talvez não haja o mesmo decoro no ato de despir e examinar o doente, mas nas situações em que o mesmo está consciente, apesar da rapidez com que se pretende atuar, existiu o cuidado por parte da equipa, na qual estou inserida, de pedir o seu aval e explicar o que se pretendia com tal exposição.

Tive o cuidado de compreender o impacto que causa em alguém ser despido sem privacidade e ter gerido o estabelecimento da relação terapêutica com a PSC, tendo selecionado e utilizado de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à pessoa, respeitando a sua segurança, privacidade e dignidade (Diário da República, 2018).

As minhas estratégias passaram pela tentativa de tranquilizar a PSC, tentando transmitir que pelo facto de o seu corpo estar a ser o mais minuciosamente “escrutinado” lhes demonstrasse que todos os esforços estavam a ser empregues para determinar e resolver toda e qualquer situação que colocasse a sua vida em risco.

Dado o contexto da situação pandémica vivenciado durante este estágio, a visita ou permanência dos familiares ou pessoas de referência em contexto de SR só foi por mim constada numa situação de acompanhamento de uma pessoa

relativamente jovem, mas com défice cognitivo significativo, tendo sido possível a mãe da doente em questão ter pernoitado junto a ela.

Esta foi talvez a situação por mim vivida que exigiu maior complexidade em termos de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 429/2018, OE, 2018).

Tive de demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação para a pessoa com défice cognitivo utilizando estratégias facilitadoras para a correta transmissão da informação e adaptar simultaneamente a transferência dessa mesma informação para o seu familiar responsável.

Os cuidados em fim de vida foram situações pouco experienciadas por mim em sala de reanimação. Ali, quando o doente é admitido, o foco da intervenção dos cuidados é assegurar a manutenção da vida, uma espécie de “combate” à morte. A necessidade de resposta emergente tem como objetivo primário “salvar a vida” e, regra geral, as hipóteses para esse objetivo são esgotadas apenas quando o doente entra em paragem cardiorrespiratória.

A ressuscitação, e a duração da mesma, tem depois em consideração a causa da paragem e os antecedentes pessoais da pessoa em questão. Ao contrário dos cuidados ao doente crítico em UCI, em que, por norma, existe mais tempo para “conhecer” a pessoa alvo de cuidados e eventualmente até qual o seu sentido de vida e o que para ela significa dignidade ou qualidade de vida, em contexto de sala de reanimação, na grande maioria das vezes, não existe esse tempo.

As situações emergentes não são favoráveis para determinar quais as intervenções fúteis ou desapropriadas porque, em contexto de sala de reanimação, o intuito é a identificação sistemática dos problemas que ocorrem, e o priorizar das intervenções para a resolução desses mesmos problemas, numa curta janela de tempo útil (Manual SAV, INEM, 2019).

A permanência posterior do doente crítico em sala de reanimação deve depois ser o mais breve possível, com a transferência precoce, não sendo possível elaborar um plano estruturado de acompanhamento.

Segundo a APCP (2006), nem todos os doentes que procuram os SU's carecem de uma abordagem curativa ou de intervenção para suporte de vida.

Muitos apresentam-se com agudização da sua doença crónica terminal para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica tanto para eles próprios como para a família. Também Massa (2010), afirma que cerca de 10% dos episódios de urgência são de doentes que necessitam de CP. A pessoa doente que recorre ao SU apresenta outras necessidades que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores.

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, a enfermagem é o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, a sua satisfação e reavaliação. O doente é quem recebe os cuidados e o ambiente é qualquer aspeto que possa ser manipulado de forma a melhorar o conforto conforme definido pelo doente (Mendes et.al, 2016).

No entanto, pela minha curta incursão pelo SU, os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados não estão, muitas vezes, formatados para lidar com os cuidados em vida de vida, levando conseqüentemente a um número inapropriado de intervenções, consideradas fúteis. Corroborando esta afirmação, Pacheco (2014), refere que as orientações dos SU para a cura determinam uma postura/atitude predominantemente intervencionista dos profissionais, num esforço de prolongar a vida à custa do sofrimento da pessoa doente e família e uma morte destituída de dignidade.

Por seu lado, a morte pode ser sinónima de fracasso profissional para quem trabalha sobretudo numa SR. Mesmo sabendo que é a única certeza absoluta da existência humana, a morte é angustiante e de difícil aceitação, expressando-se pela dificuldade de lidar com o limite da vida.

No relacionamento terapêutico o enfermeiro deve promover a autoestima do doente com intervenções que enfatizem a promoção de um sentimento de identidade e dignidade. Também a comunicação e o apoio psicológico são importantes. Tal como é referido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na PSC, este de assistir a pessoa, família/cuidador “nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” demonstrando “conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos (...) e conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (p.19363).

Os profissionais de saúde devem conhecer as diferentes etapas do processo de morrer e tornar-se sensíveis às distintas manifestações de cada etapa e saber avaliar em que etapa se situa o doente no processo de adaptação à morte. Só assim será possível apoiar tanto o doente como a sua família (Macedo, 2004).

Na situação que presenciei de fim de vida em SR, infelizmente a deterioração do estado de consciência da pessoa em fim de vida já à sua chegada à SR, não me permitiu proceder junto do doente a uma escuta ativa, contribuindo para atenuar a insegurança ou gerir a ansiedade da pessoa. No entanto, não esqueci que os cuidados que satisfazem as necessidades humanas básicas devem continuar a ser prestados, como a higiene, posição e conforto, fatores estes que contribuem para a dignidade do ser humano (Timby, 2001).

E apesar de aquela pessoa já não estar capaz de comunicar não me esqueci da importância da comunicação com a família quando esta se veio despedir do seu ente querido. Quando a morte é inevitável há um todo em potencial para ser desenvolvido com a família e as pessoas mais significativas, de modo a minimizar o impacto de uma informação potencialmente dolorosa, pois “suavizar os momentos de perda e luto é cuidar, é exercer enfermagem” (Cunha (2003), citado por Moura (2017), p. 52).

Em muitas circunstâncias, as necessidades psicológicas dos familiares superam as do doente. O enfermeiro tem um papel determinante junto da família, nomeadamente no detetar focos de ansiedade, medo, dúvidas e angústias, incentivando a comunicação da família a equipe de saúde. É indispensável, que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre o processo de gestão do luto e se apercebam das reais necessidades dos doentes e seus familiares, tendo consciência que o processo de luto é doloroso e dinâmico. Segundo Medeiros e Lustosa (2011), as famílias que conseguem comunicar, partilhar informações e tomadas de decisão junto do profissional de saúde, parecem adaptar-se melhor a toda a situação envolvente, assim como após a morte do seu parente.

Assim, junto daquela família, consegui permitir que expressassem os seus sentimentos, explicando que é normal experimentarem sentimentos e reações caóticas, como por exemplo “desejar a morte do familiar” ao vê-lo naquela fase de vida; reforcei eventuais pontos fortes da família, por exemplo a capacidade

de apoio mútuo; e inclusive a sua envolvimento nos cuidados diretos de conforto caso fosse o seu desejo.

Pereira (2008) salienta que, a relação de ajuda como uma relação terapêutica é atualmente um dos elementos inquestionáveis do cuidar, sendo imprescindível para a qualidade dos mesmos. A prestação de cuidados globais e humanizados pressupõe o apoio emocional e o fornecimento de informação e constituem-se assim, como pilares fundamentais na construção de uma relação terapêutica eficaz.

Nesta fase do processo de aprendizagem e consolidação de competências no cuidado à PSC, como futura enfermeira especialista, considerei este local de estágio um contexto rico em oportunidades de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, em que o meu desconhecimento prévio e a imprevisibilidade inerente ao contexto acarretou um esforço acrescido da minha parte, contribuindo significativamente para o desenvolvimento do meu percurso.

Durante a minha permanência em local de estágio desenvolvi a minha Revisão Integrativa da Literatura (RIL), elaborei um estudo de Estudo de Caso e desenvolvi os meus Relatórios Parcelares referentes a cada local de estágio. Estes foram momentos importantes de aprendizagem e reflexão pois a concretização da RIL permitiu-me analisar a produção científica produzida até ao momento no que concerne à minha problemática em estudo.

A elaboração do estudo de caso viabilizou a oportunidade de desenvolvimento de competências interpessoais, sistémicas e instrumentais durante a aplicação das diversas etapas que constituem a sua elaboração, imprescindíveis para a tomada de decisão clínica de enfermagem.

E, finalmente, a execução dos Relatórios Parcelares permitiram-me sistematizar as aprendizagens e o desenvolvimento das minhas competências em cada contexto de estágio, servindo de alicerces para a construção deste Relatório de Estágio.

O desenvolvimento de competências é um processo inacabado e em permanente atualização, composto de desafios e novas aprendizagens. No decorrer da elaboração deste Relatório de Estágio, foi-me proposto o desafio de colaborar na elaboração de um capítulo sobre ventilação mecânica de um livro

intitulado “Monitorização do Doente Crítico”, publicado pela empresa de organização de eventos admédic e divulgado nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, ocorridas em novembro de 2022. Abracei também o convite de ser palestrante nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, apresentando o tema “O Ventilador como Monitor”.

Estas experiências foram recheadas de momentos de grande desafio pelo conciliar das minhas obrigações profissionais com as várias atividades desenvolvidas, com o acrescido peso do sentido de responsabilidade na disseminação do conhecimento sobre os temas abordados. Não obstante, estas experiências foram muito enriquecedoras pois permitiram-me mobilizar e desenvolver várias competências adquiridas durante o meu percurso no Curso de Mestrado, nomeadamente de pesquisa, sistematização e disseminação de evidência científica.

Findo este percurso, as experiências vivenciadas e as competências adquiridas são de um profundo sentimento de realização e desenvolvimento não só profissional, mas também pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada um de nós é um ser único na sua forma de encarar os processos de transição do estado de saúde para doença, de acordo com os contextos familiares, sociais, culturais e económicos nos quais nos inserimos. É por esta individualidade que a enfermagem tem o grande desafio de se apresentar como uma ciência cujo foco principal está no cuidar, atuando os enfermeiros como advogados dos direitos dos doentes.

Não obstante o domínio dos conhecimentos teóricos e técnicos inerentes à prática direta de cuidados, sendo também estes baseados na melhor evidência científica, o enfermeiro especialista precisa igualmente de dominar aspetos relativos ao conhecimento das necessidades individuais de cada pessoa, que promovam o seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual, levando a cuidados contínuos altamente qualificados.

Os estágios realizados proporcionaram-me experiências únicas, de reflexão e aprendizagem, que por sua vez levaram a um grande enriquecimento pessoal e profissional, contribuindo de forma inestimável para o desenvolvimento das minhas competências como futuro enfermeiro especialista na PSC.

O começo desta aprendizagem inicia-se na escola, absorvendo o conhecimento transmitido pelos professores e escutando e partilhando vivências e opiniões com os meus pares. Consolida-se nos locais de estágio, quando tive oportunidade de experienciar várias situações e contextos de prestação de cuidados à PSC, acompanhada de perto pela troca de impressões, experiências e conhecimentos com enfermeiros orientadores e outros peritos na área.

Todo o conhecimento adquirido e competências desenvolvidas, findo este percurso, materializa-se num nível mais aprofundado de conhecimentos, maior capacidade de raciocínio e juízo clínico para a tomada de decisão e numa maior motivação e aptidão para prosseguir o caminho do desenvolvimento de competências especializadas.

Considero-me hoje uma enfermeira mais completa do que quando iniciei este caminho, com o desejo que os meus conhecimentos se repercutam em ganhos de saúde para as pessoas que irão cruzar o meu caminho e sobretudo

em cuidados de enfermagem mais fundamentos e qualificados, com foco na melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Sinto-me igualmente mais confiante e preparada para desempenhar um papel mais ativo no meu contexto profissional e assumir-me como um elemento de referência para os meus pares e restantes profissionais com quem trabalho diariamente.

O acesso que tive a uma realidade por mim desconhecida, como era o serviço de urgência, permitiu-me compreender melhor o percurso realizado pelo doente crítico antes de este chegar à unidade de cuidados intensivos.

Acredito que os objetivos traçados foram atingidos e que todos os momentos de aprendizagem em que participei foram concretizados com ânimo e determinação.

Os cuidados em fim de vida continuam talvez a ser uma das áreas mais “cinzentas” da enfermagem. Apesar da morte ser um processo natural do ciclo da vida, as prestações de cuidados a estes doentes continuam a estar, muitas vezes, envolvidas em sentimentos de incapacidade e frustração por não os cuidados curativos não serem passíveis de atingir. As raízes da sua formação fazem com que os profissionais de saúde estejam melhor preparados e motivados para tratar a causa da doença e evitar a morte do que para prestar cuidados à pessoa em fim de vida.

Na minha opinião, as intervenções paliativas no doente crítico em fim de vida devem ser uma área a investir na enfermagem, seja no despertar do interesse dos profissionais de enfermagem para esta temática, seja na divulgação e transmissão do conhecimento nas equipas multidisciplinares da importância fulcral que estes cuidados assumem para pessoa e suas famílias, sobretudo na “dignificação da morte” e dos processos de luto.

A importância dos cuidados à PSC em fim de vida, a redefinição dos objetivos dos cuidados e implicação destes na qualidade de vida dos doentes a quem prestamos cuidados são um caminho a percorrer na excelência do desempenho da nossa profissão.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Disponível em: [Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf](#)
- Alliprandini, M.Z., Andressa, J.F., Fernandes, A., Belim, M.C., Jorge, M.M., Colombo, B.H.B. ... Duarte, P.A.D. (2019). End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 51 (5), 348–356.
- Almeida, S.C.T. (2008). A morte faz falar. Optimizar a comunicação em cuidados paliativos para optimizar os cuidados em fim de vida. (Dissertação de Mestrado), disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/715/1/17449_Tese_de_mestrado_Sara_Almeida.pdf
- Alves, P.V. (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem.* 17 (1), 17-30.
- Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência.* 2ª Série (9), 61-67.
- Aslakson, R. A. M., Curtis, J. R., Nelson, J. E. (2014). The changing role of Palliative care in the ICU. *Critical Care Medicine.* 42 (11), 2418-2428.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). Disponível em <http://www.apcp.com.pt>.
- Banning, M. (2006). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing.* 17 (2), 187-195.
- Barbosa, A., Neto, I.G., (Eds.). (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batista, M.V., Patrocínio, J., Moraes, R., Proença, L., Louro, F., Major, M. (2018). Diretivas Antecipadas da Vontade: A Propósito de Um Caso Clínico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.* 25 (4), 296-299.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach (2.ª edição). New York: Springer Publishing Company.

- Biondo, C.A., Silva, M.J.P., Secco, L. M.D. (2009). Dysthanasia, eutanásia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. *Rev Latino-am Enfermagem*. 17 (5), 613–619.
- Burlá, C., Py, L. (2014). Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Perspectivas*. 30 (6), 1-3.
- CIPE® Versão 2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [CAPA EM PORTUGUÊS \(associacaoamigosdagrandeidade.com\)](http://CAPA_EM_PORTUGUÊS.associacaoamigosdagrandeidade.com)
- Costa, T. F., Morais, J. M. D., Oliveira, A. M. M., Rodrigues, F. A., Montenegro, S. M. S. L., Holanda, A. R. (2014). End of life and palliative care in ICU: Speech of nursing technicians. *Journal of Nursing*. 8 (5), 1157-1163.
- Cunha, J.M.A. (2004). A autonomia e a tomada de decisão no fim de vida. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: [5506_TM_01_P.pdf \(up.pt\)](#)
- Curtis, J.R., Vincent, J.L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Critical Care* 2. 376, 1347–1353.
- Delgado, S., Santos, A., Preto, L., Barreira, I., Esteves, I. (2012, maio). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral. Análise da implementação do protocolo na Unidade Local de Saúde do Nordeste. In 3º Congresso Internacional da Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Quality and Patient Safety, Lisboa.
- Diário da República, Lei n.º 25/2012, Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional de Testamento Vital. (RENTEV) – Capítulo I. Série I de 2012-07-16. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/p/cons/20180814/pt/html>
- Diário da República, Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros., I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147–4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2010). Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para agir. (Tese de Doutoramento) Disponível em: [Tese Dout SD Final 23.10.10.paginada \(ucp.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde, Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia

Associada à Intubação. 1-13. Disponível em: www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx

ESEL. (2021). Plano de Estudos: Mestrados em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://www.esel.pt/node/6942>

Faustino, S.C.A.A. (2011). Competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6024>

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 5 (1), 1-8.

Figueiredo, M. T. A., Melo, A.G.C. (2006). Conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação de hospice e cuidados paliativos. *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*. 24–28.

Finder, S.R., Vincent, J.L. (2014). Dying with dignity in the Intensive Care Unit. *The new england journal of medicine*. 370 (26), 2506-2514.

Grafino, M.M., Pais, M.J.S.F.C., Martins, S.M., Sintor, C.N.R. (2019). Um caso comum com questões complexas... Uma reflexão bioética. *Cadernos de Saúde*. 11 (2), 21-26.

Grupo Português de Triagem. (2011). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp->

Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados N37 – v4.24 (2022). Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto da Segurança Social, I.P. Disponível em: [Guia Prático \(seg-social.pt\)](http://seg-social.pt)

Hua, M., Halpern, S.D., Gabler, N.B., Wunsch, H. (2016). Effect of ICU strain on timing of limitations in life-sustaining therapy and on death. *Intensive Care Med*. 42, 987–994

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. Disponível em: Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf (inem.pt)
- Jesus, E.H. (2004). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- JQI. (2004). Shared "Dublin" descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Retrieved from Joint Quality Initiative: https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf
- Júnior, L.P. (2017). Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. *Revista de Bioética y Derecho*. 39, 121-134
- Kirchhoff, K. T., Kowalkowski, J. A. (2010). Current practices for withdrawal of life support in intensive care units. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*. 19 (6), 532-542.
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing - A model for practice*. Indianapolis: S. T. T. International
- Macedo, J. (2004). Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: [Universidade do Minho: Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte \(uminho.pt\)](http://www.uminho.pt/pt/estudo/tese/Elisabeth_Kubler-Ross_a_necessidade_de_uma_educacao_para_a_morte)
- Medeiros, L., Lustosa, M. A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista SBPH*. 14 (2), 201-227.
- Magalhães, D., Lopes, M., Fonseca, A. [s.d.]. Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas: Dez Debates*. 46-71
- Mendes, R.S., Cruz, A.M., Rodrigues, D.P., Figueiredo, J. V., Melo, A.V. (2016). Teoria do Conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 15 (2), 390-395
- Mercadante, S., Gregoretti, C., Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*. 18 (106), 1-6

- Ministério da Saúde (2006). Despacho nº 18459/2006. Diário da República, nº176/2006, Série II de 2006-09-12. p 18611–18612. Disponível em: [1861118612.pdf \(dre.pt\)](#)
- Moura, A.L.C. (2017). A pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: [Andreia Moura.pdf \(ipvc.pt\)](#)
- Nepomuceno, R. D. M., Miranda, C. B., Nogueira, C., Silva, L. C. D. F., Da Silva, L. D. (2014). Fatores de risco modificáveis para a pneumonia associada à ventilação mecânica em terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 4(1), 23–27.
- Neto, I. G. (2003). Cuidados Paliativos: o desafio para além da cura. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 27-29.
- Neto, I.G. (2020). *Cuidados Paliativos – Conheça-os melhor*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester - Enquadramento Conceptual. Gestão da Saúde. (1ª edição). Lisboa: Prata e Rodrigues.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019. “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019”. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (fevereiro): 4744–4750. Disponível em: [0474404750.pdf \(dre.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º429/2018. “Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica”. Diário da República, 2ª Série, Nº 135 (julho): 19359 – 19370. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-11569861>
- Pacheco, S. (2014). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética. (3ª Edição) Loures: Lusodidacta.
- Parecer nº 15/2018 (2018). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [Parecer](#)

- Parker, M.E., Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice* (3ª Edição). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Formasau: Coimbra.
- Pimenta, N.M.P. (2015). Acompanhar o fim de vida: dilemas éticos dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: [Nuno Pimenta.pdf \(ipvc.pt\)](#)
- Pinho, M. (2006). Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Revista Ciência e Cognição*. 8, 68-87.
- Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) criada pelo Despacho nº 13377/2011, de 23 de setembro. Disponível em: [ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf \(anmp.pt\)](#)
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva (2017). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-MedicinaIntensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ricou, B., Piers, R., Flaatten, H. (2019). “Less is more” in modern ICU: blessings and traps of treatment limitation. *Intensive Care Med*. 46, 110– 112.
- Rocker, G. M., Curtis, J. (2003). Caring for the dying in the Intensive care unit. *JAMA*. 290 (6), 820–822.
- Santos, S., Lunardi, V., Erdmann, A., Calloni, H. (2010). Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. *Revista Didáctica Sistemica* 5, 13-22.
- Silva, M.A.T.C.P. (2011). Intenções dominantes nas concepções de enfermagem (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>.
- Silva, W.O. (2013). Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. *Revista HUPE*. 12 (3), 57-65
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6), 204–211.

- Tareco, E., Madeira, A. (2013). Dificuldade dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar doentes em fim de vida. (Artigo de Revisão). *Onco.news*. (23), 17-25.
- Timby, B. (2001). Morte e Morrer: Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. (6ª edição). Porto Alegre: ARTMED
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. (2ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI – Sociedade Médico-Psicológica, Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos gerais de aprendizagem

Local de Estágio: Unidade de Cuidados Paliativos

Objetivos gerais de aprendizagem	Atividades a desenvolver
Aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos.	Conhecer os valores e missão da unidade hospitalar e a dinâmica de funcionamento da Unidade de Cuidados Paliativos; Integrar-me na equipa multidisciplinar; Procurar evidência científica no âmbito dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos (apoio à família, controlo sintomático, comunicação adequada e trabalho em equipa) que fundamente o meu exercício clínico; Selecionar fontes de informação relevantes que possibilitem a adequada apreciação das situações de cuidados e consequente tomada de decisão; Observar e colaborar na prestação direta de cuidados à pessoa em fim de vida.
Maximizar competências no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida e a sua família.	Participar no processo de admissão da pessoa em fim de vida na unidade de cuidados paliativos; Participar em reuniões multidisciplinares para a elaboração do respetivo plano terapêutico adequado a cada doente, fomentando o trabalho em equipa; Identificar e reconhecer as estratégias de comunicação utilizadas em conferência familiar para a gestão de expectativas do doente e sua família e transmissão de más notícias (“tiros de aviso”, “dedos cruzados”);

	Favorecer a expressão de sentimentos e vontades do doente em fim de vida e da sua família, reajustando objetivos de vida e promovendo a concretização dos mesmos.
Aprofundar conhecimentos sobre descontrolo sintomático na pessoa em fim de vida e a suspensão de medidas fúteis.	Observar a prática de cuidados na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que sejam promotoras da qualidade de vida do doente paliativo; Envolver-me na discussão da tomada de decisão em questões éticas, como a colocação de dispositivos invasivos, a suspensão da alimentação artificial e a simplificação terapêutica.
Analisar crítica e reflexivamente a prática de cuidados de enfermagem na pessoa em fim de vida.	Mobilizar conhecimentos adquiridos na prática de cuidados de enfermagem ao doente paliativo para o universo do doente crítico em fim de vida, nomeadamente: Na tentativa de promover o trabalho em equipa com o intuito de definir um plano de intervenção de cuidados estruturado e ajustado ao doente crítico em fim de vida; Reconhecer intervenções que possam ser consideradas fúteis para o prognóstico do doente crítico em fim de vida, nomeadamente a futilidade terapêutica e diagnóstica; Na promoção de técnicas de transmissão de más notícias considerando a possibilidade de sobrevida do doente crítico em fim de vida; Na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para um adequado controlo sintomático do doente crítico em fim de vida, promotoras da dignidade e conforto.

Local de Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivos gerais de aprendizagem	Atividades a desenvolver
Aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, em contexto de UCI.	Procurar evidência científica no âmbito dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; Selecionar fontes de informação relevantes que possibilitem a adequada apreciação das situações de cuidados e consequente tomada de decisão; Elaborar a Revisão Integrativa da Literatura proposta, pesquisando e procurando conhecimento na evidência científica disponível sobre o cuidado à pessoa em fim de vida em situação crítica.
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de Cuidados Intensivos.	Conhecer os valores e missão da unidade hospitalar e a dinâmica de funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos; Integrar-me na equipa multidisciplinar; Intervir nas situações que requeiram cuidados especializados de enfermagem à família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência, salvaguardando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, em tempo útil e de uma forma holística. Exercitar a capacidade de desempenhar um bom julgamento clínico, com base no modelo de Tanner (2006) de tomada de decisão em enfermagem, desenvolvendo a habilidade e a flexibilidade de uma perceção que vai além do aspeto fisiopatológico e representação clínica da doença, mas que engloba também a experiência da doença para o próprio indivíduo e para a sua família, considerando os seus recursos físicos, sociais e emocionais e a sua capacidade de coping.

	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica à luz do referencial teórico de Locsin (2005) e de Kolcaba (2003), reconhecendo a relevância de que diversos meios tecnológicos podem e devem ser usados na prática de conhecer a pessoa como um todo e ressaltando a importância do conforto como uma experiência de excelência de cuidados. Prestar cuidados de enfermagem a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.
Refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica em fim de vida.	Observar a prática de cuidados na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que sejam promotoras da qualidade de vida do doente crítico em fim de vida; Adotar uma postura de questionamento sobre os diferentes cuidados a prestar à pessoa em situação crítica em fim de vida, levantando diferentes hipóteses para a resolução de problemas identificados no sentido de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
Analisar crítica e reflexivamente a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em fim de vida, em contexto de UCI.	Mobilizar conhecimentos adquiridos na prática de cuidados de enfermagem ao doente paliativo para o universo do doente crítico em fim de vida, nomeadamente: Na tentativa de promover o trabalho em equipa com o intuito de definir um plano de intervenção de cuidados estruturado e ajustado ao doente crítico em fim de vida; Envolver-me na discussão da tomada de decisão em questões éticas, como a colocação de dispositivos invasivos, a suspensão da alimentação artificial e a simplificação terapêutica.

	Reconhecer intervenções que possam ser consideradas fúteis para o prognóstico do doente crítico em fim de vida, nomeadamente a futilidade terapêutica e diagnóstica; Na promoção de técnicas de transmissão de más notícias considerando a possibilidade de sobrevida do doente crítico em fim de vida; Na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para um adequado controlo sintomático do doente crítico em fim de vida, promotoras da dignidade e conforto.
Elaborar um estudo de caso, com vista a abordar as intervenções especializadas à pessoa em situação crítica em fim de vida, em contexto de UCI.	Reunir informação sobre o estudo de caso selecionado, abordando as intervenções especializadas de enfermagem dirigidas ao doente crítico em fim de vida e refletindo sobre as tomadas de decisão inerentes aos cuidados, por forma a desenvolver o pensamento crítico sobre o objeto de estudo, potenciando o progresso de cuidados de excelência.

Local de Estágio: Serviço de Urgência

Objetivos gerais de aprendizagem	Atividades a desenvolver
Aprofundar conhecimentos sobre os fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência.	Procurar evidência científica no âmbito dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; Selecionar fontes de informação relevantes que possibilitem a adequada apreciação das situações de cuidados e consequente tomada de decisão.
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência.	Conhecer os valores e missão da unidade hospitalar e a dinâmica de funcionamento do serviço de urgência; Integrar-me na equipa multidisciplinar; Intervir nas situações que requeiram cuidados especializados de enfermagem à família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência, salvaguardando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, em tempo útil e de uma forma holística. Exercitar a capacidade de desempenhar um bom julgamento clínico, com base no modelo de Tanner (2006) de tomada de decisão em enfermagem, desenvolvendo a habilidade e a flexibilidade de uma perceção que vai além do aspeto fisiopatológico e representação clínica da doença, mas que engloba também a experiência da doença para o próprio indivíduo e para a sua família, considerando os seus recursos físicos, sociais e emocionais e a sua capacidade de coping.

	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica à luz do referencial teórico de Locsin (2005) e de Kolcaba (2003), reconhecendo a relevância de que diversos meios tecnológicos podem e devem ser usados na prática de conhecer a pessoa como um todo e ressaltando a importância do conforto como uma experiência de excelência de cuidados. Prestar cuidados de enfermagem a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autônomo.
Refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica em fim de vida.	Observar a prática de cuidados na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que sejam promotoras da qualidade de vida do doente crítico em fim de vida; Adotar uma postura de questionamento sobre os diferentes cuidados a prestar à pessoa em situação crítica em fim de vida, levantando diferentes hipóteses para a resolução de problemas identificados no sentido de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
Analisar crítica e reflexivamente a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em fim de vida, em contexto de urgência.	Mobilizar conhecimentos adquiridos na prática de cuidados de enfermagem ao doente paliativo para o universo do doente crítico em fim de vida, nomeadamente: Na tentativa de promover o trabalho em equipa com o intuito de definir um plano de intervenção de cuidados estruturado e ajustado ao doente crítico em fim de vida; Envolver-me na discussão da tomada de decisão em questões éticas, como a colocação de dispositivos invasivos, a suspensão da alimentação artificial e a simplificação terapêutica.

	Reconhecer intervenções que possam ser consideradas fúteis para o prognóstico do doente crítico em fim de vida, nomeadamente a futilidade terapêutica e diagnóstica; Na promoção de técnicas de transmissão de más notícias considerando a possibilidade de sobrevida do doente crítico em fim de vida; Na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para um adequado controlo sintomático do doente crítico em fim de vida, promotoras da dignidade e conforto.
--	---

ANEXOS

**Anexo I – Certificado de participação nas VII Jornadas Técnicas de
Medicina Intensiva**



VII JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA

RESSUSCITAÇÃO

Monitorização do doente crítico
em Medicina Intensiva

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

ANA PAULA LOPES

integrou o Programa Científico das **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

**Anexo II – Livro “Monitorização do Doente Crítico: uma abordagem focada
no quotidiano”**



Uma Abordagem focada no quotidiano

Lista de Autores

Coordenação:

Luís Bento – Responsável da Especialidade de Medicina Intensiva, CHULC
Nuno Germano – Assistente Graduado Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva.
Coordenador da UCIP7, CHULC
Raquel Avelãs Cavaco – Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, CHULC

Autores:

Ana Margarida Raimundo – Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, CHULC
Ana Paula Lopes – Enfermeira, CHULC
Ana Rita Francisco – Assistente Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, CHULC
Ana Taia Cysneiros – Assistente Hospitalar de Pneumologia, CHULC
Ana Valente Santos – Assistente Graduada Hospitalar de Pneumologia e Medicina Intensiva, CHULC
André Borges – Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, CHULC
Andreia Gonçalves – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
Armando Graça – Assistente Graduado Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, CHULC
Bernardo Ferreira – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
Bruno Maia – Assistente Graduado Hospitalar de Neurologia e Medicina Intensiva, CHULC
Carla Bráz – Enfermeira, CHULC
Catarina Cardoso – Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, CHULC
Catarina Espírito Santo – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
Catarina Pires – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
César Vieira – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
Cleide Barrigoto – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, CHULC
Diogo Guimarães – Interno de Formação Especializada de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, CHULC
Eduarda Batista – Interna de Formação Especializada de Medicina Intensiva, CHULC
Fátima Sousa – Enfermeira, CHULC
Hugo Marques – Enfermeiro Especialista do Serviço de Medicina Intensiva, CHULC
Filipa Vidigueira – Enfermeira, CHULC
Isabel Miranda – Assistente Graduada Hospitalar de Anestesiologia e Medicina Intensiva, CHULC

