

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS
MÉDICOS E/OU CIRÚRGICOS COMPLEXOS:**

Do cuidado urgente ao cuidado paliativo

Daniela Nair Ferreira da Silva

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS
MÉDICOS E/OU CIRÚRGICOS COMPLEXOS:**

Do cuidado urgente ao cuidado paliativo

Daniela Nair Ferreira da Silva

Docente orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2022

“Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada, sempre haverá mais um caminho a percorrer”

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório e finalização deste ciclo de estudos, resulta de um esforço conjunto de várias pessoas e entidades que contribuíram consideravelmente para o sucesso deste percurso. A todos manifesto desde já a minha gratidão ao longo destes três anos.

Agradeço primeiramente **à minha família, pais, irmãs, sobrinha e noivo**, pelo apoio incansável e pelo encorajamento nos momentos mais desgastantes;

Aos meus amigos, de modo particular à Irmã Helena e ao Dom Maurílio, por me incentivarem a iniciar esta caminhada, acreditando sempre na sua concretização;

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pela vasta oferta formativa, particularmente pelo de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e formações relacionadas;

À Professora Doutora Cristina Pestana, pela orientação ao longo de todo o curso e de modo especial, pela atenção e instrução dispensada no Estágio III - Opção e no Relatório de Mestrado;

Aos enfermeiros Vítor Basílio, Orlando Fernandes e Joana Wittwer, pela orientação nos estágios, pelo exemplo e contributo no meu percurso de desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e paliativa;

Às colegas de Mestrado Odete e Letícia, pela parceria e companheirismo;

Às equipas em que estive inserida profissionalmente durante o Curso de Mestrado, **equipa da Consulta Externa e Exames Especiais do Hospital Particular da Madeira e equipa da Área de Contingência (Cave Poente Covid-19) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça**, pelo incentivo, apoio e compreensão;

E por fim, agradeço a **todas as pessoas e famílias com necessidades paliativas que cuidei**, que são a grande motivação para este investimento formativo.

A todos, um bem-haja!

RESUMO

O presente Relatório de Mestrado, intitulado de “Cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos: do cuidado urgente ao cuidado paliativo” surge no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem como objetivo primordial, relatar de forma fundamentada e refletida, todo o percurso realizado, na aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e em situação paliativa e das competências do grau académico de mestre.

Este percurso iniciou-se com toda a preparação teórica e com as práticas simuladas necessárias para cuidar da pessoa em situação crítica e paliativa, seguindo-se os estágios onde a mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências especializadas atingiu o seu auge.

Os Estágio I - Urgência e Estágio II - Cuidados Intensivos, foram contextos em que se privilegiou o desenvolvimento das competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação crítica, competências focadas nos cuidados à pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, em situação crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

No Estágio III - Opção, dei continuidade ao desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, focando neste último estágio, nas competências específicas relativas à área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Estas competências referem-se ao cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, da sua família, em todos os contextos da prática clínica, com o objetivo de aliviar o sofrimento e promover o bem-estar, conforto e qualidade de vida e ainda, a estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa doente e família, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e acompanhamento no luto.

Palavras-Chave: Mestrado; Cuidados Especializados; Processos Médicos e/ou Cirúrgicos Complexos; Pessoa em Situação Crítica; Pessoa em Situação Paliativa.

ABSTRACT

The present Master's Report, entitled "Taking care for the person experiencing complex medical and/or surgical processes: from urgent care to palliative care" appears within the scope of the IV Master's Course in Medical-Surgical Nursing and has as its primary goal, to report in a reasoned and reflective way about the entire course, in the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the areas of nursing to the person in critical situation and in palliative situation and the skills of the academic master's degree.

This path began with all the theoretical preparation and simulated practices necessary to take care of the person in a critical and palliative situation, followed by the internships, where the mobilization of knowledge and the development of specialized skills reached its peak.

The Internship I - Urgency and the Internship II - Intensive Care, were contexts in which the development of skills related to the nursing area for the person in a critical situation was privileged, skills focused on caring for the person and family experiencing complex medical and/or surgical processes, in critical illness and/or organ failure, in boosting the response in emergency, exception and the catastrophe situations and in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance.

In the Internship III - Option, I continued to develop skills in caring for the person and family experiencing complex medical and/or surgical processes, focusing on this last internship, in the specific skills related to the nursing area for the person in a palliative situation. These skills refer to caring for the person with an incurable or serious illness, in an advanced, progressive and terminal phase, of their family, in all contexts of the clinical practice, with the aim of relieving suffering and promoting well-being, comfort and quality of life, and also to establish a therapeutic relationship with the sick person and family, providing support in the process of adapting to successive losses, death and monitoring in mourning.

Key-words: Master's; Specialized Care; Complex Medical and/or Surgical Processes; Person in Critical Situation; Person in Palliative Situation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

ACS – American College of Surgeons

ACSA – Agência de Qualidade de Saúde de Andaluzia

AHA – American Heart Association

AO – Assistente Operacional

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ATLS – Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioural Pain Scale

CAM – Confusion Assessment Method

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAPC – European Association of Palliative Care

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – European Resuscitation Council

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP – International Association for the Study of Pain

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

LA – Linha Arterial

NAS – Nursing Activities Score

NuDESC – The Nursing Delirium Screening Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos

PPS – Palliative Performance Scale

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SBV-DAE – Suporte Básico de Vida-Desfibrilhação Automática Externa

SCE – Sala de Cuidados Especiais

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPIKES – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary

START – Simple Triage and Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente (do Hospital Dr. Nélío Mendonça)

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TISS-28 – Therapeutic Intervention Scoring System 28

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (do Hospital Dr. Nélío Mendonça)

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. O CUIDADO À PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS MÉDICOS E/OU CIRÚRGICOS COMPLEXOS.....	12
2. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	17
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	22
2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	23
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	32
2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	38
2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	42
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.....	46
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	49
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	64
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	71
2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.....	75
2.3.1. Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.....	80
2.3.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando	

suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto	97
3. DESENVOLVENDO A MESTRIA EM ENFERMAGEM	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

INTRODUÇÃO

O presente relatório resulta de uma análise crítico-reflexiva acerca de todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, realizado ao longo do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Está inserido na unidade curricular Relatório de Estágio e contou com a orientação da Professora Doutora Cristina Pestana.

O curso de mestrado em questão foi efetuado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), iniciando-se em setembro de 2019 e culmina com a discussão pública deste relatório, cuja aprovação garante a obtenção do grau académico de Mestre em EMC e especialização na mesma área, conforme descrito nos artigos 15º e 23º do Decreto-Lei nº 65/2018.

Ao longo do mestrado, desenvolvi as competências comuns e específicas, previstas para o enfermeiro especialista em EMC, especializando os meus cuidados à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, essencialmente nas vertentes do cuidado à pessoa em situação crítica e paliativa. Neste contexto, o desenvolvimento de competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação crítica, ocorreu de uma forma mais intensa nos Estágio I - Urgência e Estágio II - Cuidados Intensivos, sendo que no Estágio III - Opção, evidenciei mais o desenvolvimento das competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

A motivação para desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, por um lado, deveu-se à necessidade pessoal de me diferenciar nos cuidados à pessoa em situação crítica e ser capaz de atuar em situações de urgência e emergência, com diferenciação. Por outro lado, a seleção da área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, prendeu-se a motivos de gosto pessoal pela área, às necessidades da população que exige cada vez mais, cuidados desta natureza, quer pela tendência crescente do índice de envelhecimento da população portuguesa, que tende a ser mais acentuado ao nível da Região Autónoma da Madeira (RAM), quer pelo facto das necessidades paliativas da população portuguesa serem consideravelmente superiores à resposta existente neste âmbito dos cuidados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCPP), 2021; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2020).

As necessidades de cuidados paliativos existentes e a limitada oferta destes cuidados, aliado às escassas dotações de profissionais especializados nesta área, fazem dos cuidados paliativos em geral e da formação especializada nesta área, eixos prioritários de intervenção (CNCP, 2021).

O presente relatório e a consequente apresentação e defesa, visam a obtenção do grau de mestre em EMC e o título de enfermeiro especialista nesta mesma área. Tem ainda, como objetivos mais específicos, relatar de forma fundamentada e refletida sobre todo o meu percurso na aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e em situação paliativa, conforme previsto nos Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº429/2018.

A metodologia utilizada para a realização do presente relatório de mestrado, baseou-se na análise e reflexão sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, ilustrando o desenvolvimento destas competências com algumas experiências vividas ao longo de todo o meu percurso, desde o início do Curso de Mestrado, experiências estas, também alvo de reflexão, contextualização teórica e fundamentação, baseada em evidência científica e legislação em vigor.

O relatório desenvolve-se em três capítulos, em que no primeiro são contextualizados os temas principais, de uma forma geral e justificada a escolha do título. O segundo capítulo inicia-se com a contextualização dos campos de estágio, seguindo-se a descrição e reflexão crítica e fundamentada sobre o percurso no desenvolvimento de competências ao longo do curso de Mestrado. Este segundo capítulo divide-se em três subcapítulos, o primeiro relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, o segundo subcapítulo, às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e o terceiro subcapítulo, às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Por fim, no terceiro e último capítulo é relatado o processo de desenvolvimento das competências previstas para o enfermeiro Mestre.

As referências utilizadas para a elaboração deste trabalho seguiram as normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, baseadas nas normas da American Psychological Association.

1. O CUIDADO À PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS MÉDICOS E/OU CIRÚRGICOS COMPLEXOS

O conceito de enfermagem foi definido por várias teóricas ao longo da história e apesar de existirem diversas formas de a descrever, a grande maioria das definições centram-se num único termo fundamental, cuidar.

Uma das teóricas mais recentes na área da enfermagem, Afaf Meleis (2012), define esta disciplina como uma ciência humana com uma componente prática marcada, orientada para as questões de saúde e com uma tradição de cuidar da pessoa. Benner e Leininger já defendiam que a enfermagem consistia numa disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano (Brykczynsky & Welch, 2004).

A enfermagem é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através da Lei nº 156/2015, referente ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como sendo a

profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.99).

O cuidar sendo o elemento central na definição de enfermagem, também o era para Medina (1999) que defende que “o cuidado é o objeto de conhecimento da enfermagem e critério fundamental para distingui-la de outras disciplinas do campo da saúde” (p.35). Defendia ainda que o “cuidado, no contexto de enfermagem, é a profissionalização e a cientifização da tendência instintiva e culturalmente mediada dos seres humanos como espécie para a proteção dos seus membros” (p.42).

Leininger acrescenta que o cuidar respeita às “ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte” (Welch, 2004, p.571).

Sendo o cuidar o objeto do conhecimento de enfermagem, a pessoa é o alvo dos cuidados e a razão do existir da profissão de enfermagem. A pessoa, como elemento crucial, quando se trata de cuidados de saúde, e em especial na área da enfermagem,

também é definida por várias teóricas de enfermagem, no entanto passo a apresentar a definição considerada mais completa, publicada pela OE (2017a).

“A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. (...) A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. (...) as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível” (p. 2).

Tendo já esclarecido os conceitos de enfermagem, cuidar e pessoa, fundamentais para iniciar todo este processo reflexivo, passo agora a desenvolver o conceito de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, utilizado para intitular o presente relatório.

Nesta linha, o conceito de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, encontra-se definido no Regulamento nº 429/2018, consistindo num “conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, e domiciliar ou comunitário” (p.19360).

Nesta linha, no enfermeiro especialista em EMC são reconhecidas competências acrescidas no cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, sendo ainda considerado uma referência neste âmbito dos cuidados (OE, 2017a).

O Enfermeiro Especialista em EMC, segundo a OE (2017a) é definido como sendo aquele que

concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (p. 5).

A grande abrangência dos contextos de atuação do enfermeiro especialista em EMC levou à necessidade de agrupar as competências referentes a esta especialidade em quatro áreas mais específicas, salvaguardando que todas elas destinam-se ao cuidado à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, divergindo no contexto

em que a pessoa se encontra. Deste modo, as quatro áreas de enfermagem incluídas na especialidade em EMC, descritas no Regulamento nº 429/2018, são: a área de enfermagem à pessoa em situação crítica; a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; a área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Destas quatro áreas específicas, as áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e de enfermagem à pessoa em situação paliativa foram as mais desenvolvidas ao longo do curso de mestrado, pelo que o presente relatório será mais direcionado para estas áreas.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362), pelo que os cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas 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” (p. 19362).

Em concordância com o mesmo Regulamento, na prestação destes cuidados especializados, é exigido do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem da pessoa em situação crítica, uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa e família, de prever e detetar precocemente complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Neste contexto, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica “é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p.19363).

Quanto à pessoa com necessidades paliativas, esta é definida no Regulamento nº 429/2018, como sendo a pessoa portadora de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares. Esta definição deriva da definição de cuidados paliativos, criada pela World Health Organization (WHO), em 2002, que tem sido utilizada e adaptada na atualidade pela maioria das organizações reconhecidas (ex: Direção-Geral da Saúde,

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Comissão Nacional de Cuidados Paliativos) e na criação de leis e regulamentos (ex: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos) relativos a esta área.

Deste modo, a definição que passo a citar, foi a adotada na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº52/2012, ressaltando que esta consiste numa adaptação da definição da WHO, em 2002. Define-se assim, cuidados paliativos como sendo:

“Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (p.5119).

A Lei de Base dos Cuidados Paliativos, também define os princípios fundamentais que deverão ser orientadores para a prestação de cuidados paliativos nas diversas modalidades, tendo por base as diretrizes da WHO. Assim, de acordo com a Lei nº52/2012, os cuidados paliativos adotaram na sua prática os princípios seguintes.

- Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural, que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- Aumento da qualidade de vida da pessoa com necessidades paliativas e sua família;
- Prestação individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa de cuidados paliativos às pessoas que necessitem destes cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- Conhecimento diferenciado do controle da dor e dos demais sintomas;
- Consideração pelas necessidades individuais da pessoa;
- Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas de cada pessoa;
- Continuidade de cuidados ao longo do percurso da doença, adaptados às necessidades de cada pessoa.

O enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, está habilitado a prestar cuidados paliativos especializados, sendo estes, cuidados a pessoas vivenciando processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e de grande

instabilidade, em diversos contextos, distinguindo-se dos cuidados à pessoa em situação crítica por se esperar a finalidade da vida. Para além dos cuidados diretos à pessoa e família, o enfermeiro especialista em EMC, na área da pessoa em situação paliativa, é também responsável por, adotando uma pedagogia de valores, difundir a filosofia dos cuidados paliativos junto dos cidadãos e da sociedade em geral (OE, 2017a).

A complexidade do cuidado à pessoa em situação crítica é facilmente justificada pela necessidade de monitorização contínua, elevado grau de instabilidade e risco de vida, recurso a tecnologias específicas, a procedimentos invasivos e de substituição de funções vitais, entre outros. Já a complexidade no cuidado paliativo pode não ser tão óbvia, pela ausência, nas unidades de cuidados paliativos, de muitas das características de, por exemplo, uma unidade de cuidados intensivos; no entanto, apesar de em ambas as unidades, a pessoa se encontrar a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e de grande instabilidade, exigindo dos profissionais de saúde competências altamente diferenciadas, os objetivos terapêuticos são muito diferentes, assim como o grau de envolvimento e de cuidado com os familiares e/ou pessoas significativas.

A necessidade de cuidados especializados, no cuidar de pessoas em situação crítica ou com necessidades paliativas, não desse ser restringido ao serviço ou unidade em que a pessoa se encontra, pelo que em UCI e em SU, existem pessoas internadas que beneficiariam de ações paliativas, assim como nas UCP, também podem ocorrer situações de emergência que exijam a mobilização de conhecimentos característicos do cuidar da pessoa em situação crítica, pelo que a pessoa deve ser cuidada de acordo com as suas necessidades, numa perspetiva holística, não esquecendo o cuidado à família, fundamental em qualquer contexto.

2. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O conceito de competência é entendido pela OE (2017b) como “um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho” (p.2). É ainda considerada “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (p.2).

Le Boterf (2018), no âmbito das competências profissionais, faz distinção entre ser competente e possuir competências. Neste sentido, ser competente, consiste em saber agir perante uma situação profissional, combinando eficazmente recursos internos, como os conhecimentos, habilidades, emoções e experiência, e recursos externos, nomeadamente os recursos do meio envolvente. Já possuir competências é um recurso pessoal ou combinação de recursos que permitem o profissional agir perante uma determinada situação. Para este autor, possuir competências não é suficiente para ser agir com relevância e competência, ou seja, ser competente, pelo que ser competente implica uma combinação eficiente do ser e do ter.

Já Patricia Benner, em 2001, defendia que no processo de aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem, o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, iniciando-se no primeiro nível “Iniciado”, caracterizado pela falta de experiência clínica que leva o enfermeiro a recorrer a avaliações objetivas para guiar a prestação de cuidados. Segue-se os níveis de “Iniciado avançado”, “Competente”, “Proficiente” e por fim, é pretendido que o enfermeiro atinja o nível de “Perito”, caracterizado pela vasta experiência do enfermeiro, que lhe permite compreender uma determinada situação de forma intuitiva, sendo ainda detentor de uma elevada capacidade de adaptação e de reconhecer atempadamente situações potencialmente graves.

A progressão pelos níveis de proficiência de Benner (2001) implica a associação de formação de elevado nível e de prática orientada, levando o enfermeiro a atingir o seu máximo potencial. Ora, estas duas componentes estiveram presentes ao longo do Curso de Mestrado em EMC, fornecendo ferramentas aos mestrandos, que lhes permitissem desenvolver competências ao nível de mestre e especialista nesta área específica.

O enfermeiro especialista em enfermagem é definido pelo REPE, Lei nº 156/2015, como sendo o profissional a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade.

O processo de desenvolvimento de competências realizado ao longo do mestrado direcionou-se para duas áreas específicas da especialidade em EMC, já identificadas acima, tendo os estágios contribuído grandemente para a aquisição das competências previstas do enfermeiro especialista em EMC. Todos os estágios foram realizados na Ilha da Madeira, no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), em unidades de referência relativas a cada área específica.

Dos estágios realizados, os mais direcionados para a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foram o Estágio I - Urgência e o Estágio II - Cuidados Intensivos, realizados no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

O Hospital Dr. Nélio Mendonça localiza-se na cidade do Funchal e foi inaugurado a 9 de setembro de 1973, na altura denominado Hospital Distrital do Funchal, um dos melhores e mais bem equipados hospitais portugueses à data. Atualmente, é a principal unidade de saúde da região, incluindo todos os serviços fundamentais para o atendimento da pessoa em situação crítica, nomeadamente o SUP e a UCIP, e a grande maioria dos serviços de internamento e de ambulatório (Martins, 2015).

Relativamente aos níveis de responsabilidade e localização dos SU, de acordo com o artigo 2º do Despacho 10319/2014, está definida a existência de três tipos de SU: os serviços de urgência básicos, os serviços de urgência médico-cirúrgicos e os SUP, sendo que este último é dotado de mais recursos humanos e materiais e de maior capacidade de resposta e diferenciação.

Este mesmo despacho define ainda que, os SUP deverão ter uma elevada capacidade de resposta nas mais diversas áreas de especialidade, nomeadamente em medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório (em permanência), imagiologia, patologia clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue, lactatos e toxicologia, neurocirurgia, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, pneumologia (com endoscopia), gastroenterologia (com endoscopia), cirurgia cardiorádica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva. Na sua vasta capacidade de resposta à pessoa em situação crítica, os

SUP deverão ainda ter implementadas as quatro vias verdes regulamentadas, a via verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a via verde do AVC coronária, a via verde da Sepsis e a via verde do Trauma.

O SU do Hospital Dr. Nélcio Mendonça consiste num SUP, cumprindo todos os requisitos previstos pela legislação nesta área. Localiza-se no andar técnico e é constituído por várias secções, triagem, sala de emergência, sala de tratamentos, sala aberta, ortopedia, sala de recuperação, Sala de Observação (SO), sala de cuidados especiais (SCE) e outros serviços de apoio.

O contexto pandémico que temos vivido desde 2020, influenciou a organização do SUP, levando à necessidade de criação de novas áreas e circuitos. Foi criada a triagem avançada, dedicada ao cuidado urgente de pessoas suspeitas ou infetadas com o Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), assim como foram criados circuitos e protocolos específicos para transporte destas pessoas dentro do hospital.

A ala destinada à pediatria possui espaço físico e profissionais próprios, localizando-se no mesmo andar que a ala de adulto. Por outro lado, as urgências obstétricas são direcionadas para o 4º piso, onde se localiza a sala de partos, serviço de puérperas e serviço de grávidas. A sala de emergência (sala zero) é universal, podendo tratar todos os casos que coloquem em risco a vida da pessoa, independentemente da faixa etária.

A grande diversidade de resposta e a grande afluência de pessoas em situação crítica tornam os SUP em centros de excelência na formação de profissionais de saúde no cuidar pessoa em situação crítica, sendo que o artigo 5º do Despacho 10319/2014, já prevê que os SUP deverão desenvolver ensino acreditado, na área do cuidado à pessoa em situação crítica urgente e emergente.

A seleção do SUP do Hospital Dr. Nélcio Mendonça para desenvolver a minha formação especializada no cuidar da pessoa em situação crítica, derivou da sugestão da docente orientadora da ESESJC, por se tratar de um SUP e por ser geograficamente acessível, devido às contingências de mobilidade pela situação pandémica vivida no período de realização do estágio.

O Estágio I - Urgência contemplou um total de 250 horas, sendo que 140 foram horas de contacto (130 para estágio e 10 destinadas a orientação tutorial) e as restantes 110 horas foram destinadas ao trabalho autónomo. Iniciou-se a 31 de agosto e terminou a 4 de outubro de 2020, tendo a duração de cinco semanas.

No que respeita à unidade de cuidados intensivos, estas são definidas pelo Ministério da Saúde (2003) como sendo “locais qualificados para assumir a

responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.6).

Estas unidades podem ser classificadas em três níveis, nível I, nível II e nível III (ou polivalentes), sendo que estas últimas são as mais diferenciadas. A UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça é classificada como uma unidade de cuidados intensivos de nível III, sendo deste modo, constituída por uma equipa própria, em presença física a tempo integral, é dotada dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários e tem implementadas medidas de controlo contínuo de qualidade. Esta unidade assume-se também como centro de formação e colabora na formação especializada de profissionais no cuidar da pessoa em situação crítica. As UCIP são capazes de assegurar os cuidados integrais às pessoas admitidas, podendo solicitar apoio de outras especialidades ou serviços de apoio, se necessário (Ministério da Saúde, 2003; Valentin & Ferdinande, 2011).

Para além da responsabilidade integral pelas pessoas internadas nas UCIP, segundo o Ministério da Saúde (2017), a equipa desta unidade deve ser responsável por todas as pessoas em situação crítica que se encontrem no hospital, quer se encontrem no serviço de urgência (ex: sala de emergência), nas unidades intensivas e intermédias ou nos serviços de internamento, no caso de agravamento súbito (ex: ativação da equipa de emergência interna).

A UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça cumpre com os critérios e assume as responsabilidades acima descritas. Localiza-se no andar técnico do hospital, próximo ao SUP, serviço de imagiologia, tendo ainda acesso direto ao bloco operatório.

O contexto pandémico também afetou a organização e dinâmica da UCIP, tendo a equipa se reorganizar para também assegurar os cuidados a pessoas em situação crítica, suspeitas e infetadas com SARS-CoV-2. Foi criada neste sentido, uma subunidade de cuidados intensivos dedicados a estes casos, localizada na unidade de internamento polivalente do mesmo hospital.

A seleção da UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça para desenvolver a minha formação especializada no cuidar da pessoa em situação crítica, derivou também da sugestão da docente orientadora da ESESJC, por se tratar de uma UCIP e pelas contingências existentes à data, como já referido.

À semelhança do Estágio I - Urgência, o Estágio II - Cuidados Intensivos contemplou também um total de 250 horas, distribuído por horas de contacto e horas para trabalho autónomo na mesma proporção. Iniciou-se a 17 de outubro e terminou a 15 de novembro de 2020, tendo a duração de aproximadamente cinco semanas.

Tendo já contextualizado os locais de estágio que potenciaram o desenvolvimento das competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação crítica, passo agora a focar o percurso realizado para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Neste sentido, realizei o Estágio III - Opção, na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital Dr. João de Almada, unidade também que integra o SESARAM.

O Hospital Dr. João de Almada localiza-se na cidade do Funchal e foi inaugurado a 8 de dezembro de 1940, na altura denominado de Sanatório Distrital do Funchal, destinado exclusivamente ao tratamento de tuberculose. A atualização do nome do Hospital ocorreu em 1942, adotando o nome de um dos maiores impulsionadores da luta contra a tuberculose na Região Autónoma da Madeira (RAM) (Governo Regional da RAM, n.d.). Atualmente, esta unidade hospitalar já não é dedicada ao tratamento da tuberculose, incluindo agora a Unidade de Apoio Integrado Domiciliário, o Centro de Promoção da Autonomia, Unidade de Apoio Integrado de Internamento e a UCP.

A UCP foi criada em 2012, ao abrigo do Decreto Legislativo Regional nº 35º/2012 que prevê a criação da Rede Regional de Cuidados Paliativos na Madeira, devendo se reger de acordo com as diretrizes apresentadas pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012.

De acordo com esta mesma lei, a unidade de cuidados paliativos é “um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação aguda complexa” (p.5122). Estas unidades são destinadas essencialmente ao internamento de pessoas com necessidades paliativas, devendo estar integrada num hospital ou instituição de saúde, no entanto, estas unidades podem também ter outras valências, como fornecer apoio intra-hospitalar e o apoio domiciliário.

A UCP localiza-se no piso zero, do Hospital Dr. João de Almada, e tem capacidade para o internamento de 11 pessoas, distribuídas em quartos individuais e quartos duplos. Devido à natureza da unidade, os horários de visitas e duração das mesmas são flexíveis, sendo estas exceções geridas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros.

A equipa da UCP é composta por profissionais de várias áreas, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais (AO's), psicóloga, assistente social, nutricionista, com apoio de outros profissionais, se necessário. A equipa da UCP garante também apoio

domiciliário, realizando consultas domiciliárias de segunda-feira a sexta-feira, preferencialmente no período da manhã.

A seleção da UCP do Hospital Dr. João de Almada para desenvolver a minha formação especializada no cuidar da pessoa em situação paliativa deveu-se ao facto de esta ser uma unidade de cuidados paliativos acreditada, dedicada ao cuidado de doentes agudos e acompanhamento das pessoas com necessidades paliativas e familiares no domicílio.

O Estágio III - Opção (Cuidados Paliativos), contemplou um total de 375 horas, sendo que 210 foram horas de contacto (198 para estágio e 12 destinadas a orientação tutorial) e as restantes 165 horas foram destinadas ao trabalho autónomo. Iniciou-se a 2 de novembro de 2021 e terminou a 15 de janeiro de 2022, tendo sido interrompido de 22 de novembro e 31 de dezembro de 2021, por motivos de doença e exigências da minha atividade laboral.

Identificados e contextualizados os campos de estágio, passo a descrever o percurso de desenvolvimento das competências requeridas ao enfermeiro especialista em EMC, iniciando pelas competências comuns.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A Ordem dos Enfermeiros publicou o Regulamento 140/2019, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências do enfermeiro especialista e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados. Deste modo, as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão agrupadas em quatro domínios, competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo deste subcapítulo irei descrever todo o processo realizado ao longo do mestrado que contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, previstas pelo Regulamento 140/2019. Este relato, para além da descrição

reflexiva das minhas experiências, contará com uma base teórica que irá contextualizar cada domínio das competências comuns e esclarecer conceitos essenciais para uma reflexão fundamentada.

2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, conforme o Regulamento 140/2019, é esperado que este se diferencie na sua prática profissional, demonstrando “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, recorrendo a um “corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p.4746). Ainda neste domínio, espera-se que o enfermeiro especialista demonstre “uma prática que respeite os direitos humanos, analise e interprete as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (p.4746).

O conceito de ética provém do grego *ethos*, que significa costume, convenção ou espírito de uma comunidade e refere-se ao estudo e à prática daquilo que é bom e correto para os seres humanos. A ética preocupa-se com a classificação de valores gerais e dos meios práticos necessários para assegurar o bem-estar, a saúde, a prosperidade e a felicidade das pessoas, formulando regras que definem o que é certo ou errado de forma a prevenir que as pessoas sejam prejudicadas (Thompson et al., 2004).

A bioética é o estudo da ética da vida e procura salvaguardar a integridade e dignidade do ser humano sem, todavia, impedir o progresso técnico-científico. Neste âmbito, a competência profissional não é suficiente para prestar um cuidado adequado à pessoa, pelo que a humanização dos cuidados assume um papel igualmente importante (Neves, 2004).

A ética principialista, atualmente a teoria mais aceite na área da saúde, assume a existência de quatro princípios éticos que devem guiar a atuação dos profissionais de saúde, sendo estes o princípio da beneficência (relacionado com o dever do profissional de fazer o bem), o princípio da não maleficiência (não causar dano à pessoa, ponderar o risco e benefício de cada ação), o princípio da autonomia (cada pessoa tem liberdade de escolha, devendo esta ser também esclarecida) e o princípio da justiça (situações semelhantes devem ser tratadas de forma semelhante e situações diferentes devem ser tratadas de acordo com as suas diferenças). Aliado aos quatro princípios primários já referidos,

podemos ainda ter em conta os princípios secundários da utilidade, fidelidade, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2011).

A ética, quanto associada a uma profissão, ética profissional, está aliada à existência de princípios e valores fundamentais para o exercício desta mesma profissão. A associação destes princípios e valores a um conjunto definido de deveres ou normas da profissão, obrigam os profissionais a uma deontologia profissional (Nunes, 2011).

A deontologia é a ciência que estuda os deveres e obrigações inerentes ao exercício profissional. Deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, englobando não só as obrigações éticas e morais, mas também as obrigações de natureza jurídica e administrativa. Neste sentido, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) refere-se a um conjunto de normas, responsabilidades e direitos que regulam o exercício de uma profissão, incluindo as normas de índole ética e moral, que têm o objetivo de garantir a integridade do profissional, e as normas de índole jurídica e administrativa, que visam assegurar a qualidade do exercício profissional (Neves, 2004).

Ao longo da minha carreira profissional em enfermagem, tenho exercido a minha profissão de acordo com o CDE e respeitado os direitos humanos de cada pessoa, na sua individualidade. O Curso de Mestrado em EMC, de modo particular, os estágios realizados nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica (SUP e UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça) e à pessoa em situação paliativa (UCP do Hospital Dr. João de Almada), contribuíram largamente para o desenvolvimento das competências comuns que se espera do enfermeiro especialista, neste âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal.

Nos estágios realizados, zelei pela privacidade das pessoas doentes, conforme previsto no artigo 107º, alínea b), do CDE, Lei nº 156/2015, que prevê que o enfermeiro deve “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p. 81).

No SUP, a garantia pela privacidade das pessoas é um desafio que exige do enfermeiro alguma criatividade e preocupação constante com este aspeto, pois a grande concentração de pessoas, as solicitações constantes e o espaço físico limitado aumentam a dificuldade na garantia deste direito das pessoas. Neste estágio, procurei recorrer a biombo e às cortinas para separar as camas/macas, assim como na prestação de cuidados diretos, evitei exposições desnecessárias e supervisionei os cuidados delegados a outros profissionais (AO's), garantindo deste modo, a privacidade das pessoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos no SU.

Na UCIP, à semelhança da minha conduta no SUP, cuidei das pessoas internadas garantindo a sua privacidade, sendo que, neste contexto, as condições foram mais favoráveis à garantia deste direito.

Em ambos os contextos de atuação à pessoa em situação crítica (SUP e UCIP), a privacidade da pessoa nem sempre foi preservada na ocorrência de situações extremas que colocaram em causa a vida da pessoa, como nos casos das pessoas vítimas de acidentes rodoviários graves (politraumatizadas), quedas, agressões físicas causadas por terceiros, paragens cardiorrespiratórias ocorridas na sala de emergência, na UCIP e num serviço de medicina (ativação da equipa de emergência intra-hospitalar), perdas súbitas de consciência ocorridas em via pública resultantes de abuso de substâncias e intoxicações, entre outras situações. Nestes casos foi priorizada a manutenção da vida, de acordo com princípios éticos da beneficência e da não maleficência e na ausência e/ou desconhecimento de diretivas antecipadas de vontade que prevejam o oposto.

Relativamente à área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na UCP, o direito da privacidade está intrínseco à prestação de cuidados paliativos às pessoas internadas, pelo que existem condições físicas e recursos para garantir este direito, estando os profissionais, nomeadamente enfermeiros, atentos a potenciais situações que ponham em causa a privacidade da pessoa.

Ainda neste domínio de competências, o sigilo profissional é um dever profissional que deverá ser garantido pelos enfermeiros sendo que, de acordo com o artigo 106º, alínea b), do CDE, este deve “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p.81).

Refletindo agora sobre o dever do enfermeiro na garantia do sigilo profissional, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, considero novamente o SUP um local sujeito a um elevado risco de infração deste dever deontológico, por ser um serviço onde existe uma elevada concentração de pessoas, doentes e profissionais e reduzido espaço físico. Neste estágio procurei utilizar estratégias de comunicação para fazer face a este constrangimento, passando o turno com um tom de voz adequado, prevenindo que profissionais não implicados nos cuidados e outros doentes pudessem ter acesso a informações clínicas sigilosas, assim como, sempre que houve necessidade de discutir situações e refletir com o enfermeiro tutor, tive em conta o local onde realizávamos estas partilhas.

Na UCIP, apesar de ser um serviço com uma afluência menor de pessoas, tive os mesmos cuidados na transmissão de informações sobre o estado clínico das pessoas internadas, garantido o cumprimento deste dever. Neste serviço, assim como no SU, um cuidado que considerei fundamental para a garantia do sigilo, foi a limitação de informações fornecidas telefonicamente a apenas um familiar ou pessoa de referência, previamente identificadas, sendo que esta pessoa seria o responsável por informar os restantes familiares. Esta situação colocou-se pela limitação de visitas face à situação pandémica vivida na altura do estágio, dificuldade em contactar pessoalmente os familiares e na grande maioria das vezes, pela impossibilidade de comunicar com a pessoa internada devido à sedação profunda a que muitos estão sujeitos.

A utilização da via telefónica para transmissão de informações clínicas acarreta algum risco, pela incerteza quanto à identidade da pessoa do outro lado. De acordo com a OE (2008), a transmissão de informações telefonicamente não deve ser recusada apenas pelo facto de ser utilizado a via telefónica, devendo o enfermeiro, nestes casos, utilizar estratégias que identifiquem o interlocutor, considerar a vontade do cliente e adequar a comunicação, conforme os princípios da profissão e as boas práticas.

O recurso à via telefónica para estabelecer contacto com familiares ou mesmo para dar más notícias, foi uma prática muito utilizada no pico da pandemia, sendo uma área que recentemente tem sido alvo de mais estudos. De acordo com Ayora et al. (2021), a utilização da via telefónica para estabelecer contacto com familiares, implica que os profissionais de saúde tenham competências comunicacionais bem desenvolvidas e que sejam também alvo de formação em técnicas de comunicação por telefone e videochamada, pela especificidade desta via de comunicação e pela ausência da maioria da comunicação não verbal.

Já na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, no estágio na UCP, as passagens de turno são realizadas num local apropriado, sem risco de infringir a confidencialidade das informações; as reuniões interdisciplinares são realizadas numa sala própria e os familiares de referência são normalmente conhecidos. Apesar de, neste serviço, haver condições que garantem a confidencialidade das informações das pessoas internadas, houve uma situação em que particular que houve risco de quebrar o sigilo. Foi colocada a hipótese de realizar uma conferência familiar no quarto da cliente, pois esta iria participar na mesma, juntamente com a filha e o genro, no entanto, o quarto era duplo e esta hipótese iria comprometer a confidencialidade das informações sobre a cliente em questão. A solução passou por criar condições para a cliente participar na conferência

familiar numa sala própria, reorganizando os temas a abordar por ordem de interesse da cliente, garantindo o bem-estar da mesma e a participação ativa no processo de tomada de decisão sobre o seu estado de saúde.

O dever de fornecer informação ao cliente e família, também está incluído neste domínio de competências e encontra-se legislado no artigo 105º, alínea a) e c), do CDE, que prevê que o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e a “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (p. 80).

No que concerne à área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no SUP, informei a pessoa sobre os procedimentos que pretendia realizar, não executando procedimentos contra a vontade da pessoa, exceto em situações que colocassem em risco a integridade da pessoa em causa e de outras pessoas, como em dois casos de pessoas com alterações do foro psiquiátrico, resultante de abuso de substância psicoativas. Esclareci dúvidas sobre o estado clínico, no âmbito da minha área de competência e facilitei esclarecimento médico quando as informações solicitadas eram da competência médica.

Devido à situação pandémica vivenciada na altura do estágio no SUP, o acompanhamento de familiares era proibido, podendo estes ficar numa sala de espera própria ou fornecer o contacto telefónico na secretaria para posterior contacto pelos profissionais de saúde. Ao longo do estágio, com validação do enfermeiro tutor, informei os familiares na sala de espera sobre o estado do doente, ou contactei telefonicamente o familiar de referência a fornecer estas informações, pelo menos uma vez no dia da admissão, e quando a pessoa tinha alta, era transferida, internada ou perante um agravamento significativo.

Na UCIP, mantive a minha postura relativamente ao fornecimento de informação ao doente sobre as intervenções a realizar, respeitando o direito à informação, independentemente do estado de consciência do doente. A informação a familiares nesta unidade, foi realizada nas visitas e por via telefónica, garantindo também o sigilo profissional, como já abordado acima.

Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na UCP, a abordagem à pessoa internada foi semelhante, tendo a particularidade de, nesta unidade, pela natureza da mesma e pelos objetivos terapêuticos pretendidos, a informação ao doente e familiares ser contínua desde a admissão à alta, sendo que a participação ativa do doente na construção dos planos de cuidados e sua atualização é prática corrente nesta unidade.

Um dos desafios mais frequentes à informação em cuidados paliativos, quer no contexto de internamento, quer no contexto domiciliário, foi a conspiração do silêncio. A aproximação da morte, as dificuldades do doente e dos familiares em falarem sobre a finitude e o instinto natural de proteger as pessoas mais próximas, levam a muitos pedidos aos profissionais de saúde de omissão de informação, normalmente sobre o diagnóstico e prognóstico. Esta conspiração, que será aprofundada mais à frente neste relatório, nas competências referentes ao cuidar da pessoa em situação paliativa, impede que a pessoa doente e os familiares falem abertamente sobre o futuro, façam uma gestão realista dos objetivos e se despeçam, causando muito sofrimento para ambas as partes.

Ao longo do estágio na UCP, deparei-me com três situações de conspiração do silêncio em que os familiares conheciam a situação clínica e não queriam que a pessoa doente soubesse. Perante estas situações, intervi juntamente com a médica ou enfermeira tutora, explicando o direito que a pessoa doente tem à informação e à verdade (princípio ético da veracidade) e que se esta questionasse, as suas dúvidas seriam esclarecidas. Num destes casos, pude acompanhar ao longo do estágio, em visitas e conferência familiar e intervir junto dos familiares no sentido de incentivar a comunicação e partilha sincera de informação. A pessoa doente, nos casos vivenciados, não questionou sobre o seu estado clínico e quando foi abordado o assunto, esta não fazia questão de saber ou evitava o mesmo.

Nos três campos de estágio realizados ao longo do mestrado em EMC, SUP, UCIP e UCP, prestei cuidados à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, respeitando a sua individualidade, garantindo que a pessoa era cuidada “...sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica ou religiosa” (p.79), conforme descrito no artigo 102º, alínea a), do CDE.

No SUP pude intervir neste aspeto, através da solicitação de apoio espiritual para um doente em fase agónica, por solicitação de familiar, pois o doente não tinha capacidade de expressar a sua vontade. Na UCP, o exercício deste dever foi mais significativo pela natureza da unidade, pela relação terapêutica estabelecida e pelo conhecimento dos valores, crenças e contexto social em que a pessoa e família se inserem.

Todo o enfermeiro tem o dever de, no exercício da sua prática profissional, atuar em conformidade com o CDE e em defesa dos direitos humanos e do doente. O enfermeiro especialista, neste domínio de competências, tem responsabilidades acrescidas, devendo agir como promotor de um ambiente profissional na equipa, de acordo com o CDE, assumir papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de conhecimento mais

diferenciado, suscitar a reflexão na equipa, procurar ativamente a resolução de conflitos, questões éticas e dilemas, de acordo com evidência científica atual e pareceres emitidos pela OE, avaliando de forma fundamentada o processo de tomada de decisão individual e em equipa.

O processo de tomada de decisão em enfermagem é definido pela OE (2015), como uma abordagem sistémica e sistemática em que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou da família, prescrevendo intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas e resolver os problemas já existentes. Neste processo, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Já Deodato, em 2010, definiu a decisão ética como “resultante da ocorrência de problemas éticos no âmbito do exercício profissional do enfermeiro, em que está envolvida a pessoa a quem os cuidados se dirigem e, por vezes, os seus familiares” (p.15). Com a identificação destes problemas, “o enfermeiro procura as ações que considera adequadas à sua resolução, através da construção de uma decisão suportada em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético” (p 15).

Existem vários modelos de tomada de decisão e estes podem ser agrupados em dois grupos, os modelos principalistas (ou dedutivos) e os modelos casuísticos (ou indutivos). Os modelos principalistas estão orientados por princípios que pretendem oferecer um esquema teórico que dê resposta aos problemas que surgem (os princípios implicados neste modelo já se encontram referidos na ética principalista). Já os modelos casuísticos, orientam a tomada de decisão através da comparação do caso em questão com casos semelhantes já resolvidos (Nunes, 2011).

Independentemente do modelo a seguir, todos eles defendem que o processo de tomada de decisão é feito por etapas que se iniciam com a identificação correta do problema e posteriormente sugerem uma série de passos que levam à decisão ética final, tendo sempre incluída uma etapa de procura de bases teóricas e fundamentação para suportar as hipóteses.

O processo de tomada de decisão em enfermagem é uma prática constante e muitas vezes inata no exercício da profissão, sendo que, de acordo com o artigo 100º, alínea b), do CDE, o enfermeiro deve “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (p.78), independentemente da sua complexidade.

O enfermeiro especialista, em consonância com Regulamento 140/2019, para além de ter o dever de tomar decisões, baseado em fundamentação teórica e orientações

dos órgãos creditados para o efeito, tem a responsabilidade acrescida de suscitar reflexão na equipa, ser membro ativo nos processos de tomada de decisão sobre questões éticas ou dilemas que surgem diariamente na prática profissional.

As questões éticas podem ser agrupadas em doze categorias, de acordo com Nunes (2011), sendo que estas abrangem a grande maioria dos problemas éticos que possamos vir a ser encontrados na prática clínica diária. Neste sentido, as questões éticas podem se agrupar nas categorias de informação, acompanhamento de fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas atividades interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos, reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologias, proteção da saúde e início de vida. Um estudo realizado pela mesma autora, em 2015, identifica os problemas éticos mais frequentes entre os enfermeiros que cuidam de pessoas em situação crítica, sendo que nesta amostra, as principais questões éticas encontram-se nas categorias da informação ao cliente, acompanhamento em fim de vida e responsabilidade profissional em intervenções interdisciplinares.

Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no SUP, exerci a minha atividade, baseada nas boas práticas em enfermagem, em evidência científica atualizada e com uma atitude proactiva, procurando experiências diversas e com maior nível de complexidade. No surgimento de situações mais complexas, percorri as etapas do processo de tomada de decisão, com supervisão, e discuti com o enfermeiro tutor as situações vivenciadas, levantando hipóteses e encontrando alternativas.

Duas das situações que me suscitaram mais reflexão neste contexto, resultaram em reflexões críticas, segundo o ciclo de Gibbs. A primeira situação foi relativa à abordagem a uma vítima de paragem cardiorrespiratória (PCR) à chegada ao SUP, a duração de toda a intervenção, a quantidade de profissionais (efetivos e em formação) presentes na sala de emergência e os recursos utilizados. A segunda situação, alvo de uma reflexão crítica, tratou-se de uma pessoa em fase terminal que foi enviada de um lar ao SUP e a dificuldade em cuidar desta pessoa adequadamente num SU. Ambas as situações serão mais desenvolvidas e discutidas no subcapítulo referente às competências do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Na UCIP, adotei uma postura profissional semelhante à adotada no SUP, sendo que as situações complexas vividas e refletidas com o enfermeiro tutor foram relativas ao recurso a medidas invasivas e suspensão das mesmas, em pessoas com prognósticos limitados.

Já na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na UCP, foram vários os momentos que me suscitaram reflexão e necessidade de obter uma base teórica e evidência para que o processo de tomada de decisão fosse o mais correto. A discussão com a enfermeira tutora sobre questões mais complexas da prática clínica diária foi frequente e enriquecedora neste contexto, aliando estas discussões a fundamentação teórica e pareceres emanados pela OE, que esclarecem o modo de atuação mais correto em situações reais partilhadas por colegas, que carecem de melhor esclarecimento, como o Parecer CJ 054/2021 sobre “Pedido de Parecer sobre fornecimento de dieta geral a utente com disfagia” e Parecer CJ 043/2020 sobre “Pedido de Parecer sobre alimentação a pessoas em fim de vida e colocação de contenção física”. Em duas situações em particular, estes dois pareceres foram fundamentais para a prestação de cuidados a um doente que exigia beber café apesar de apresentar disfagia acentuada a líquidos e na abordagem a familiares muito focados na alimentação quando o doente já não reunia condições para a mesma, sendo que a alimentação, na fase de vida em questão só o iria prejudicar.

As diretrizes e legislação existentes, relativas aos cuidados paliativos como a Carta de Praga, Lei nº 52/2012, Lei nº 31/2018, Portaria nº 340/2015, Carta dos Direitos do Doente Internado, entre outros, também serviram de guia orientados do meu exercício nesta área e foram esclarecedores em muitas das questões que foram surgindo. Neste estágio, elaborei duas reflexões críticas sobre questões complexas vivenciadas na minha prática profissional, uma direcionada para o tema da conspiração do silêncio e na outra refleti sobre o impacto das situações de urgência em cuidados paliativos na família e burnout dos cuidadores, reflexões também desenvolvidas mais à frente, no subcapítulo relativo às competências da área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Para além dos estágios curriculares, na unidade curricular de ética, deontologia e direito, foi realizado um trabalho com fins de aprendizagem e de avaliação que consistiu na seleção de uma questão ética relatada por enfermeiros especialistas em EMC e, em grupo, percorrer todas as etapas do processo de tomada de decisão para a resolução deste dilema, sendo posteriormente apresentado e discutido. Estas atividades, realizadas no primeiro semestre do Curso de Mestrado, contribuíram também para o desenvolvimento de competências comuns deste domínio, consistindo num treino do processo de tomada de decisão, fundamental para a posterior aplicação nos estágios.

2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, de acordo com o Regulamento 140/2019, é esperado que, o enfermeiro especialista colabore na “conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade”, participando na “disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”, reconheça que “a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” e por fim, considere “a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes”, atuando de forma a promover “a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (p.4745).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é uma obrigação ética e deontológica dos enfermeiros, sendo que estes devem zelar pela integridade física, psicológica, social e espiritual da pessoa, tendo por base os direitos humanos e os princípios éticos, como já desenvolvido no subcapítulo anterior. Neste sentido, é implícita a necessidade da garantia da segurança dos cuidados de saúde para a promoção da qualidade, sendo que apesar destas áreas de intervenção possuírem planos internacionais e nacionais próprios, a sua interdependência é salvaguardada em ambos.

A qualidade na área da saúde é definida pelo Ministério da Saúde (2015), no Despacho nº 5613/2015 (Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde), de 27 de maio, como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”.

Já a WHO (2021), no Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030, define que a segurança do paciente é uma

estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem de forma consistente e sustentável, a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando estes ocorrem (p.1).

Também a OE, em 2017(a), publicou um documento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC, nas quatro áreas de atuação específicas, diferenciando as competências acrescidas do enfermeiro especialista em EMC e do enfermeiro de cuidados gerais nas áreas da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional, da organização dos cuidados de enfermagem, da prevenção e

controlo da infeção e resistência a antimicrobianos e por fim, da segurança dos cuidados especializados. A diferenciação de competências contida neste documento guiou o meu percurso ao longo do Mestrado em EMC, pelo que me permitiu de forma mais concreta identificar as competências acrescidas do enfermeiro especialista em EMC e o papel do enfermeiro generalista em cada área, em particular ao nível da segurança dos cuidados.

A OE (2017a) acrescenta ainda que

na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (p.9).

Estudos recentes referidos pela WHO (2021), demonstram que uma em cada dez pessoas que necessitam de cuidados de saúde hospitalares, são sujeitas a erro clínico, em países desenvolvidos, sendo que nos países em desenvolvimento, os dados apontam para valores muito superiores.

Um estudo realizado em Portugal, que estudou a perceção dos enfermeiros relacionada com o erro clínico, revelou que, na prática de enfermagem, o erro que os enfermeiros mais reportaram foram os erros relativos à administração segura de medicação (63,95%), seguindo-se os erros relacionados com intervenções técnicas e procedimentos (7,38%) e em terceiro lugar, os erros referentes à responsabilidade profissional/advocacia do doente (4,76%) (Abreu, 2015).

Este estudo demonstra que os erros relacionados com administração de medicação consistem na grande maioria dos erros clínicos reportados pelos enfermeiros, sendo que a WHO (2021) reforça os resultados deste estudo, expondo que as práticas inseguras e erros de medicação, como dose ou diluições incorretas, instruções pouco claras, recurso a abreviaturas e prescrições ilegíveis ou inapropriadas são uma das principais causas de danos evitáveis nos cuidados de saúde em todo o mundo.

Relativamente aos motivos que mais levaram ao erro, os enfermeiros, no estudo de Abreu (2015), apontaram como principal causa o “decidir depressa demais o que fazer” e quanto às falhas individuais, os motivos mais identificados foram que “estava desatento”, “tomei a decisão errada” e “avaliei mal a situação”. Relativamente ao contexto profissional, o fator que levou ao erro, mais identificado pelos enfermeiros foi que “o ambiente da enfermaria/serviço era particularmente stressante”.

A análise destas causas comprova mais uma vez a importância das competências relacionadas com o processo de tomada de decisão na prática de enfermagem. Os fatores tempo e stress influenciam o processo de tomada de decisão, podendo estas dificuldades ser ultrapassadas com formação, treino, reflexão crítica individual e entre pares. O processo de tomada de decisão encontra-se incluído e desenvolvido nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no subcapítulo anterior, sendo que a aquisição destas competências, contribuem grandemente para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança dos doentes.

Ainda no estudo de Abreu (2015), pudemos identificar também quais os serviços onde foram reportados mais erros, sendo estes, os serviços de internamento de Medicina Interna (36,38%), seguindo-se os serviços de internamento de Especialidades Cirúrgicas (19,11%) e em terceiro lugar, os serviços de Urgência (9,25%). Já quanto ao nível de especialização dos profissionais que relataram o erro, constatou-se que os erros foram mais comuns entre enfermeiros graduados (69,20%) quando comparado com os enfermeiros especialistas (23,19%). Mais uma vez reforça-se que, apesar da ocorrência do erro ser transversal entre profissionais, a formação diferenciada parece revelar-se uma estratégia eficaz na diminuição do erro nos cuidados de saúde.

A preocupação com a segurança e qualidade dos cuidados de saúde são áreas que cada vez mais são alvo de atenção a nível mundial. Tendo em conta a elevada mortalidade e complicações a que os doentes estão sujeitos nos serviços de saúde devido ao erro clínico, a WHO (2021) publicou o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, com o objetivo de reduzir ao máximo os danos evitáveis, associados aos cuidados de saúde, globalmente. Esta organização delineou sete objetivos estratégicos a serem adotados pelos diversos países para alcançar este objetivo geral, estando estes relacionados com a criação de políticas para eliminar danos evitáveis nos cuidados de saúde, sistemas de alta confiabilidade, segurança dos processos clínicos, envolvimento do paciente e família, educação, competências e segurança dos profissionais de saúde, informação, pesquisa e gestão do risco e por fim, sinergia, parceria e solidariedade.

A nível nacional, de acordo com as orientações emanadas pela WHO (2021), encontra-se em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado no Despacho nº 9390/2021. Este plano tem definidos objetivos estratégicos para alcançar até 2026 que estão incluídos em cinco pilares, Cultura e segurança, Liderança e governança, Comunicação, Prevenção e gestão de incidente de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros.

Dos três estágios realizados no âmbito do Mestrado em EMC, dois deles foram realizados em unidades acreditadas, de acordo com o modelo desenvolvido pela Agência de Qualidade de Saúde de Andaluzia (ACSA), modelo desenvolvido em Espanha e adotado em Portugal, pela Direção-Geral da Saúde (DGS), no Despacho nº 69/2009, por consistir num modelo de qualificação e reconhecimento público da qualidade na saúde, reconhecido internacionalmente. Os serviços/unidades acreditadas de acordo com este modelo, podem ser classificadas em três níveis (Bom, Ótimo ou Excelente), sendo que esta certificação é válida por cinco anos (DGS, 2014).

Neste sentido, a UCIP encontra-se acreditada com um nível Bom, de acordo com a ACSA, assim como a UCP, sendo que esta foi a primeira unidade de Cuidados Paliativos em Portugal a ser acreditada.

O desenvolvimento deste domínio de competências, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica foi particularmente desafiador no contexto de SU, onde, como pude apurar com o estudo de Abreu (2015), é considerado o serviço onde ocorre mais erros associados aos cuidados de saúde, dos três serviços onde realizei estágio. Uma revisão integrativa de literatura realizada por Azevedo et al. (2020) concluiu que nos SU, os fatores que mais levam à ocorrência de erros e consequente risco para a segurança do doente são a elevada afluência de doentes, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e as interrupções constantes. O ambiente nos SU não sendo o mais favorável à garantia da segurança dos cuidados, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade acrescida de, avaliando o contexto e a prática clínica pessoal e da equipa, mobilizar conhecimentos na área da qualidade e dinamizar projetos que garantam a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança dos profissionais e dos doentes.

Apesar das condições adversas características dos SU, no SUP e na UCIP procurei prestar cuidados de qualidade às pessoas em situação crítica, através da execução dos procedimentos de acordo com os protocolos existentes e guias de boas práticas. Integrei na minha prática diversos protocolos, de acordo com as necessidades dos doentes e características do serviço, nomeadamente, protocolo de Triagem de Manchester, protocolos inerentes às vias verdes, protocolo de acionamento e atuação na sala de emergência, protocolos terapêuticos complexos na gestão de medicação analgésica, sedativa, vasopressora, insulina e potássio, protocolos relativos à monitorização de sinais vitais, potássio sérico, aplicação de escalas de avaliação da dor, sedação, entre outros protocolos.

Na execução de procedimentos mais complexos e invasivos, consultei previamente os protocolos inerentes ao procedimento e preparei cuidadosamente o material necessário para evitar riscos para o doente e para os profissionais envolvidos e colaborei na realização dos mesmos, no âmbito da atuação do enfermeiro especialista em EMC.

Os protocolos em enfermagem consistem em documentos que fornecem um suporte teórico sólido e baseado em evidência científica, com o objetivo de padronizar os cuidados e garantir práticas seguras (Pimenta et al., 2017).

Apesar de todas as pessoas serem únicas, perante determinados quadros clínicos, nomeadamente no cuidar do doente crítico, os protocolos facilitam o processo de tomada de decisão e garantem uma mais rápida resposta dos profissionais de saúde em situações em que o tempo é escasso e fundamental para o doente. Exemplos claros destas situações são a criação das vias verdes, já identificadas neste capítulo, que garantem a rapidez no atendimento em situações urgentes e uniformização dos cuidados que garantem a qualidade na abordagem ao doente.

Relativamente à preparação e administração de medicação tive um cuidado acrescido, pela grande incidência de erros neste âmbito e pelas graves implicações que podem ter na saúde o doente. Antes de administrar medicação, validei sempre a identidade do doente, a medicação, a dose, o horário, a via de administração e a indicação e posteriormente, registei adequadamente a minha intervenção e avaliei resposta à terapêutica. Validei ainda o prazo de validade da medicação, respeitei as boas práticas de preparação no que se refere à assepsia e prevenção de acidentes profissionais e expliquei ao doente o procedimento antes de realizá-lo.

Outra área de atenção, fundamental para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados na abordagem à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, consiste na segurança da comunicação, pilar alvo de intervenção no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

A garantia da segurança da informação, nomeadamente nos registos e passagens de turno, foi alvo da minha atenção nos três contextos de estágio, pelo que a OE (2017c) define que a passagem de turno surge “como uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal de informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (p.1). Deste modo, o enfermeiro deve garantir que o colega que recebe o turno, tenha acesso, de forma sucinta, a toda a informação necessária para prestar os cuidados imediatos à pessoa doente.

Ainda neste âmbito da segurança da comunicação, nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, recorri à metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) para transmitir informação a outros profissionais, nomeadamente nas passagens de turno e transferências de serviços/unidades. Esta metodologia de transmissão de informação será desenvolvida mais à frente, nas competências relativas ao cuidar da pessoa em situação crítica.

No SUP, no sentido de garantir a qualidade e segurança dos cuidados, supervisionei os cuidados delegados a AO's, identificando situações prejudiciais para o doente e para o profissional, como por exemplo uma situação em que um AO posicionava um doente sem apoio, provocando sofrimento ao doente e acarretando risco para a saúde do profissional. Nesta situação, realizei ensinamentos ao profissional e expus os malefícios de tal prática para este e para o doente. Ainda relativamente à supervisão de cuidados, pude observar o papel do enfermeiro especialista em EMC que me orientou, na garantia de cuidados de qualidade e segurança na equipa.

Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na UCP, mantive uma postura semelhante à adotada no SUP e na UCIP. Inicialmente, no âmbito da qualidade e segurança, procurei conhecer a organização, dinâmica e funcionamento preconizado para as unidades e equipas de cuidados paliativos e comparar com a realidade da RAM. Este exercício integrou uma reflexão crítica e consistiu num exercício fundamental para mim, futura enfermeira especialista em EMC, como exercício basilar para poder identificar necessidades e oportunidades de melhoria contínua da qualidade na UCP.

Relativamente aos protocolos, estudei e geri os protocolos em vigor na UCP, nomeadamente protocolos para aplicação de escalas de avaliação de sintomas em cuidados paliativos, protocolos de gestão de sintomas, protocolo de utilização da via subcutânea, protocolo de conferência familiar, entre outros.

No cuidar da pessoa na UCP, procurei garantir não apenas a integridade física, como também identificar problemas do foro psicológico, social e espiritual que pusessem o doente em risco, formulando um plano de cuidados individualizado e intervindo conforme o mesmo.

Na UCP, ao nível da (re)organização de serviços, a situação pandémica vivida na altura deste estágio constituiu uma oportunidade única de aprendizagem que passo a relatar. Nos rastreios de rotina para despiste da infeção por SARS-CoV-2, um dos doentes internados estava infetado e foi decidido em equipa, pela primeira vez, a permanência do doente no serviço, tendo em conta a fase de vida em que se encontrava. Com esta decisão,

foi necessário, de uma forma célere, reorganizar a unidade, criar circuitos e garantir os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários aos profissionais. Pelo contexto formativo em que me encontrava e pela minha experiência na prestação de cuidados a doentes positivos para SARS-CoV-2, participei na criação de circuitos e formação dos profissionais da unidade, capacitando-os para cuidar deste doente com segurança, fornecendo e explicando os protocolos institucionais existentes e fluxogramas recomendados.

Por fim, em todos os campos de estágio, respeitei as normas relativas à assepsia, sendo que esta competência, relativa à prevenção e controlo de infeção também será desenvolvida mais à frente neste relatório, no subcapítulo relativo ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, em conformidade com Regulamento 140/2019, o enfermeiro especialista deverá demonstrar capacidade de gestão dos “cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e adequar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748).

Este domínio de competências engloba duas vertentes, a gestão de cuidados e a gestão de equipas e serviços. A gestão de cuidados é uma competência a ser desenvolvida por todos os enfermeiros e de forma mais diferenciada pelos enfermeiros especialistas; já a gestão de equipas e serviços, de acordo com o Regulamento nº 76/2018, devem ser funções delegadas “exclusivamente aos detentores de título de enfermeiro especialista, com atribuição da competência acrescida em gestão” (p.3479).

Os conteúdos lecionados na unidade curricular de Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem deram início ao meu processo de desenvolvimento de competências neste domínio, consciencializando-me acerca da importância da gestão nos cuidados prestados à pessoa doente e o seu contributo para a garantia da qualidade dos cuidados.

Nos três estágios realizados, inicialmente, procurei conhecer a estrutura, dinâmica e funcionamento dos serviços ou unidades, a sua composição em termos de recursos humanos e protocolos existentes relativos a fluxogramas, distribuição de funções e responsabilidades dos diversos profissionais. Preocupe-me ainda em conhecer a legislação

existente em Portugal e normas existentes no SESARAM sobre as áreas em que realizei estágio, para que ao longo da prática clínica pudesse reconhecer as áreas prioritárias de desenvolvimento, poder fundamentar a minha prática e também para auxiliar o meu processo de tomada de decisão.

No SUP, tive oportunidade de, nos primeiros três turnos, circular pelas diversas áreas que compõem o SU, conhecer a estrutura, funcionamento, distribuição de responsabilidades e alocação dos enfermeiros especialistas em EMC.

Na UCIP, esta atividade foi realizada também logo no início do estágio, no entanto, nessa altura, a UCIP encontrava-se a passar por uma fase transição, com a abertura de um novo espaço físico e reorganização das equipas e dos recursos, para responder às novas exigências. Esta reorganização permitiu-me observar o papel do enfermeiro chefe na gestão do serviço e o papel dos enfermeiros responsáveis de turno, na adaptação a esta nova realidade.

Na primeira semana de estágio na UCP, realizei um levantamento de todas as características da unidade, que integrou a reflexão crítica já mencionada no domínio da melhoria contínua da qualidade, visando identificar os aspetos ainda por desenvolver na UCP, para atingir os objetivos e qualidade, defendida pela legislação e guias orientadores existentes para esta área.

No âmbito da gestão dos cuidados, no SUP, as dificuldades foram grandes neste sentido, pela elevada imprevisibilidade dos doentes, como da alteração de prioridades do próprio serviço. Neste contexto, e com a orientação do enfermeiro tutor, desenvolvi competências neste sentido, nomeadamente na gestão de prioridades, gestão de tempo, gestão da informação transmitida, restrita ao fundamental, gestão de intercorrências na sala de emergência e nas alas de internamento, gestão de procedimentos complexos, gestão de protocolos complexos, entre outros.

Na UCIP, sendo um ambiente mais controlado e mais minucioso quanto à vigilância do doente, adaptei a minha gestão de cuidados, para uma metodologia de trabalho que exige conhecimentos aprofundados sobre todo o processo fisiopatológico do doente, cuidados acrescidos na prevenção e controlo da infeção, monitorização constante do doente, priorização de cuidados no sentido de evitar complicações e antecipação de intercorrências.

Já na UCP, devido à filosofia e objetivos específicos de cada doente, houve necessidade de reorganizar novamente o meu método de trabalho para fazer face às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada pessoa e família. A

interdisciplinaridade características desta unidade, implicou também um trabalho acrescido no âmbito das competências de trabalho em equipa e também na gestão dos cuidados.

A tutoria realizada por enfermeiros especialistas em EMC nos diversos estágios, permitiu-me observar o papel diferenciador que assumem na equipa e as suas funções específicas nos diversos âmbitos da gestão.

Pude constatar que a função de gestão dos serviços de enfermagem, é sempre assegurada por enfermeiros especialistas, conforme definido no Regulamento nº 743/2019, relativo às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, sendo que os enfermeiros responsáveis de equipa e/ou de turno, sempre que possível, são também enfermeiros especialistas ou enfermeiros peritos na área. Estes profissionais, conhecendo toda a organização e dinâmica do serviço em que exercem a sua atividade profissional, a legislação existente e as condições que garantem cuidados de qualidade, gerem os recursos físicos, materiais e humanos a cada turno, com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade. O responsável de turno deve garantir ainda que os profissionais têm condições para prestar cuidados com segurança, gerir acidentes de trabalho, situações de erro clínico que tenham ocorrido e outras situações inesperadas que possam surgir.

Nos estágios, pude identificar todas estas competências nos enfermeiros que assumiam responsabilidades na gestão, apreciando o modo inato, mas fundamentado, como percorriam o processo de tomada de decisão em situações, complexas e/ou urgentes. O meu desenvolvimento na vertente de gestão de serviços, equipas e turnos, baseou-se na observação crítica, estudo das recomendações para cada serviço a todos os níveis e observação do papel diferenciados dos enfermeiros tutores.

Na UCIP, pude observar que os enfermeiros recorrem a um instrumento para que de uma forma mais precisa, possam atribuir os doentes aos enfermeiros, de acordo com a complexidade do doente e carga de trabalho que este irá exigir do enfermeiro, garantindo as condições para uma prática de enfermagem segura. O instrumento em questão é denominado por Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS-28) e encontra-se validado para a população portuguesa.

Apesar de o TISS-28 ser o instrumento em vigor na UCIP, uma revisão sistemática da literatura realizada por Severino et al., já em 2010, concluiu que a escala Nursing Activities Score (NAS) tinha uma sensibilidade superior, descrevendo duas vezes mais, o tempo despendido pelos enfermeiros nos cuidados da pessoa em situação crítica, quando comparado com a escala TISS-28; no entanto, nesta data, a NAS ainda não se encontrava validada para população portuguesa, validação esta, realizada em 2017, por

Macedo, estando já disponível para aplicação nos serviços destinados ao cuidado da pessoa em situação crítica.

Apesar das necessidades de enfermeiros ditadas pela escala TISS-28, na altura do estágio, como já referi, o serviço estava numa fase de reorganização, pelo que, com o rápido aumento de camas disponíveis em cuidados intensivos, foi particularmente desafiador a garantia das dotações seguras, pelo que já se encontravam enfermeiros em formação para posteriormente integrarem as equipas.

Os enfermeiros especialistas em EMC, por terem competências mais diferenciadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos são também alocados a áreas mais complexas ao nível do cuidar, nos serviços ou unidades de saúde.

No SU, pude constatar que os enfermeiros especialistas em EMC ficam designados para áreas em que o nível de instabilidade e complexidade do doente é superior, como são a SCE e SO, locais onde também eu desenvolvi a grande maioria do meu estágio. No acionamento da sala de emergência, os três enfermeiros destacados conheciam antecipadamente o seu papel, atribuído pelo responsável de turno, sendo que a função de manutenção da via aérea e gestão da equipa de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro especialista em EMC destacado. Nesta função, fui desenvolvendo competências específicas da atuação do enfermeiro especialista em EMC na sala de emergência, sendo que ao fim do estágio fui capaz de gerir, sob orientação, situações de acionamento da sala de emergência e seu seguimento.

Na UCIP, o responsável de turno, já conhecendo os elementos da equipa e as suas competências, distribui também os doentes mais instáveis aos enfermeiros especialistas em EMC e/ou aos enfermeiros peritos. Na ativação da equipa de emergência interna, cabe também ao responsável de turno decidir o enfermeiro que irá atuar, garantindo a segurança do doente implicado na situação de emergência intra-hospitalar, assim como a segurança dos doentes pelo qual o enfermeiro era responsável na UCIP. Ao longo do estágio na UCIP, também pude participar e colaborar numa situação desta natureza, no caso específico, uma PCR num serviço de medicina interna.

Já na UCP, as dotações de enfermeiros especialistas em EMC são muito inferiores às preconizadas, não permitindo uma gestão padronizada destes profissionais.

Para além da atenção pelas atividades dos enfermeiros com responsabilidades de gestão e da melhoria contínua da gestão dos meus cuidados, procurei também promover um bom ambiente na equipa, reconhecendo a importância destas competências, neste

domínio da gestão, sendo que em cuidados paliativos, o trabalho em equipa é já considerado um dos quatro pilares fundamentais para o sucesso dos cuidados nesta área.

A manutenção de cuidados de qualidade é um trabalho desafiador e diário, pelo que o enfermeiro especialista, de acordo com as competências reconhecidas a cada elemento, potencia o seu desenvolvimento, assumindo um papel de orientador, formador e elemento de referência nos cuidados.

Nos estágios realizados, observei de perto a atuação dos profissionais com estas responsabilidades, compreendendo a diferenciação de competências e a responsabilidade acrescida a que estão sujeitos.

2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em consonância com o Regulamento 140/2019, o enfermeiro especialista deverá demonstrar “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”, revelando “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” e baseia os “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4749).

O desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde são uma mais valia para a melhoria contínua dos cuidados em todos os contextos, no entanto, estes profissionais, devem primeiramente realizar um exercício de autoconhecimento, entendendo as suas crenças e valores e o modo com estas podem interferir na relação de ajuda, reconhecer as suas competências diferenciadas ou acrescidas, aplicando-as adequadamente nos cuidados, e as suas limitações pessoais e profissionais, desenvolvendo estratégias para ultrapassá-las ou para que estas limitações não prejudiquem a pessoa alvo dos cuidados (Younas et al., 2020).

Neste sentido, a OE descreve, no artigo 102º, alínea e), do CDE, que todo o enfermeiro tem o dever de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (p.79).

No cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, quer seja na área de enfermagem à pessoa em situação crítica ou paliativa, o autoconhecimento do profissional é fundamental por dotá-lo de competências e atitudes

para lidar com situações de pressão, competência especialmente desenvolvida nos contextos de SU e de UCI e contribui ainda para uma eficaz gestão de sentimentos e emoções, situação mais frequente e desafiadora no contexto de cuidados paliativos.

A capacidade de reconhecer as minhas competências e limitações foi uma prática que tenho presente na minha vida profissional e que me levou à necessidade de me formar continuamente nas áreas em que reconhecia mais necessidades e que iriam contribuir para a melhoria da minha prática profissional, como o Mestrado em EMC, que me encontro atualmente a finalizar. As competências necessárias à prestação de cuidados em ambientes com elevada pressão, foram especialmente desenvolvidas na sala de emergência, SCE e na UCIP, no acionamento da equipa de emergência interna, sendo que o estudo e fundamentação teórica também contribuíram para a segurança dos cuidados prestados e confiança na minha prática profissional posterior.

Quanto à gestão pessoal de sentimentos e emoções, o estágio na UCP foi particularmente rico, pela assistência contínua a pessoas em sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, pelas crenças erróneas (mitos) e medos dos doente e família e por toda a intervenção à família, que por vezes pode ser desafiadora para os profissionais de saúde. Neste estágio, discuti com a enfermeira tutora sobre as condutas mais assertivas em diversas situações e apoiei-me em bibliografia relativa à gestão de emoções e comunicação verbal e não-verbal na prestação de cuidados de saúde.

Em todos os estágios, baseei o meu estudo em bibliografia de referência e evidência científica válida e atualizada, incorporando na minha prática profissional os conhecimentos adquiridos e prestando cuidados relativos à minha área de especialização.

A preparação dos estágios I (Urgência) e II (Cuidados Intensivos) foram precedidos de um plano de estágio, que contemplou um aprofundamento do estudo da área de cuidados, elaboração de objetivos específicos e planeamento de estratégias para os atingir. No estágio III (Opção - Cuidados Paliativos), o planeamento foi mais aprofundado, sendo realizado através de um projeto de autoformação, iniciado no primeiro semestre, na unidade curricular de Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem, que contextualizou a área selecionada, Cuidados Paliativos, em termos conceptuais, história, orientações a vários níveis (do global ao regional), legislação e planos de desenvolvimento existentes e suporte das boas práticas com evidência científica fidedigna. O projeto de autoformação incluiu também objetivos de desenvolvimento pessoal para atingir na UCP, de acordo com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, assim como as atividades programadas para atingir cada objetivo.

Na área da saúde, devido às tecnologias sempre em evolução e o aumento dos estudos de investigação, o conhecimento está em constante mudança e esta evolução implica que os profissionais de saúde atualizem também os seus conhecimentos com regularidade e de acordo com as exigências da sua atividade profissional. O enfermeiro, de acordo com artigo 109º, alínea c), do CDE, tem o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (p.82).

As instituições de saúde e de ensino superior devem promover ações de formação e cursos pós-graduados e criar condições para que os profissionais de saúde tenham condições de acesso à formação e desenvolvimento profissional. Novamente, o CDE, no artigo 96º alínea d), descreve que todo o enfermeiro tem o direito a ter “condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional” (p.74).

Ao longo da minha carreira profissional procurei formar-me continuamente, de acordo com os contextos da minha prática, nas áreas que identifico mais necessidades de desenvolvimento e de acordo com a área de cuidados que pretendo me especializar.

Iniciei a minha carreira de enfermagem num internamento de longa duração destinado ao cuidado de pessoas com paralisia cerebral e doenças degenerativas e desde cedo me deparei com situações de urgência, nomeadamente convulsões, PCR, obstrução da via aérea (engasgamento), assim como cuidei de pessoas com necessidades paliativas evidentes.

Posteriormente, exerci a minha atividade na consulta externa e exames especiais num hospital privado, onde também pude atuar em situações de emergência como reações anafiláticas na imagiologia, hemorragias após exames de gastroenterologia, integrei a equipa de exames de cardiologia (eco de stress) e também apoiei pessoas que receberam más notícias (diagnóstico e prognóstico) e assegurei cuidados em regime de ambulatório às mesmas.

Atualmente, encontro-me a exercer a minha atividade no serviço de saúde público, num serviço destinado ao cuidado a pessoas portadoras do vírus SARS-CoV-2, local em que também tenho prestado cuidados, em regime de internamento, a pessoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, quer em situação crítica, como em situação paliativa.

Estes contextos profissionais que integraram a minha carreira exigiram-me competências a vários níveis, sendo que o cuidar do doente crítico consistiu na área em que senti mais necessidade em me formar e a área do cuidar do doente paliativo, uma área de

particular interesse que procurei também desenvolver. A formação contínua foi paralela ao meu percurso profissional, sendo que, desde o curso de licenciatura em enfermagem, tenho realizado formação, de acordo com as minhas necessidades, os contextos profissionais, como acima descritos, e as áreas de cuidados de preferência, culminando na realização do presente Mestrado em EMC que me irá capacitar para cuidar de pessoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e paliativa.

Quanto à formação relativa aos cuidados à pessoa em situação crítica, realizei o curso de Suporte Básico de Vida – Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE), realizado já três vezes ao longo da minha carreira, curso de Suporte Imediato de Vida (SIV) de acordo com o Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), realizado no âmbito intra-hospitalar, curso de Ventilação Não Invasiva (VNI), conferências e seminários dirigidos ao doente crítico. Já mais vocacionado para o cuidar da pessoa em situação paliativa, frequentei também várias conferências e seminários direcionados para a área, integrei a equipa organizadora do I Simpósio dos Cuidados Paliativos: Pilares dos Cuidados Paliativos e frequentei o Curso de Pós-graduação em Oncologia, direcionando a monografia para a importância das competências comunicacionais em Oncologia e Cuidados Paliativos.

Para além das formações já referidas, frequentei ainda o curso de neuropsicofarmacologia e formações direcionadas para área da saúde mental, pertinentes nos contextos profissionais que integrava na altura destas formações.

Esta permanente formação que tenho efetuado vai ao encontro de outro dever do enfermeiro, presente no artigo 100º, alínea e), do CDE, que diz que o enfermeiro tem o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.78), sendo que o enfermeiro especialista tem a responsabilidade acrescida neste âmbito de, não apenas assegurar a atualização os seus conhecimentos, mas também de ser um elemento promotor deste desenvolvimento nas equipas.

O enfermeiro especialista, sendo um elemento de referência na equipa tanto na prestação de cuidados como na resolução de problemas, tem um papel privilegiado na integração de novos elementos na equipa, orientação de estudantes e desenvolvimento de formação em serviço.

A formação das equipas deve ir ao encontro das necessidades dos profissionais de saúde e de melhoria do serviço; deste modo, o enfermeiro inicialmente, deverá conhecer os

profissionais e as suas necessidades e ambições, assim como as lacunas do serviço, tendo como objetivo principal a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Posteriormente, o enfermeiro especialista deverá, de forma formal, em ações de formação previamente agendadas e divulgadas ou informalmente, nas passagens de turno, formar os profissionais, com bases teóricas e evidência científica sólida, promovendo ainda a autoformação de cada elemento, fornecendo ferramentas eficazes e orientando os profissionais neste processo.

De acordo com a OE (2017c), a passagem de turno consiste também num “momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço” (p.1) que, de forma informal, o enfermeiro especialista utiliza para fins formativos, abrindo espaços de discussão, fundamentais para o desenvolvimento individual dos profissionais e da equipa.

Nos três campos de estágio, interpretei estudos científicos e incorporei resultados da evidência científica na minha prática profissional, discutindo antecipadamente estes resultados com o enfermeiro tutor. Intevi ativamente na discussão de casos clínicos, nomeadamente nas passagens de turno e, na UCP, nas reuniões interdisciplinares.

Realizei ainda formação a AO's, de forma informal e individual, perante as necessidades manifestadas pelos mesmos e a salvaguarda pelos cuidados de qualidade.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Os cuidados de saúde a pessoas a vivenciar situações de doença súbita ou trauma são tão antigos como os próprios cuidados de saúde. O avanço das tecnologias e do conhecimento na área da saúde têm permitido aos profissionais, oferecer uma melhor resposta às situações críticas urgentes e emergentes que surgem, diagnosticando os problemas e atuando no sentido da sua resolução de uma forma rápida e eficaz.

A criação de unidades de internamento dedicadas ao cuidado de doentes mais instáveis foi sendo desenvolvida ao longo dos anos, sendo na sua origem, unidades mais direcionadas aos cuidados pós cirúrgicos. A pandemia de poliomielite em 1950, potenciou o desenvolvimento destas unidades e dos cuidados respiratórios, nomeadamente a ventilação mecânica, sendo que na década 70, surgem unidades de cuidados intensivos polivalentes em muitos hospitais europeus e australianos. A evolução clara dos cuidados intensivos nas últimas décadas, é fruto da evolução tecnológica e da criação de meios avançados de vigilância, monitorização, suporte e terapêutica, eficazes no tratamento de

peçoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, em que a vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de um ou mais órgãos (Vicent, 2013).

O sucesso do tratamento à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos depende muito da rapidez e eficiência do tratamento, sendo que o surgimento de doença súbita grave ocorre na maioria das vezes, em contexto extra-hospitalar, iniciando-se também neste contexto, a maioria dos cuidados de saúde ao doente crítico.

De acordo com dados publicados pela Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2022), em Portugal, no ano de 2019, houve 656,4 episódios de urgência por mil habitantes, sendo que desde 1995, estes valores têm permanecido estáveis, variando entre 544,6 e 660,6 atendimentos urgentes por mil habitantes. Em 2020, foram realizados 5,7 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em Portugal.

Aprofundando mais os dados relativos às situações de urgência ocorridas em Portugal, dados avançados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2022), apuraram que no ano de 2021, foram realizadas um total de 1 371 675 chamadas para o número nacional de emergência, sendo que, de um total de 1 298 001 ocorrências no contexto extra-hospitalar, 134 406 foram de caráter emergente, ou seja, consistiram em situações que comportaram risco imediato de vida e originaram o envio do meio de emergência médica de Suporte Avançado de Vida (SAV) e/ou SIV e 990 568 foram situações de caráter urgente, situações estas, que originaram o envio do meio de emergência médica de Suporte Básico de Vida (SBV).

Com o objetivo primordial de fornecer tratamento adequado e rápido a pessoas com doença súbita, em que o fator tempo é fundamental no prognóstico da pessoa, foram criadas as vias verdes, um método de abordagem ao doente crítico com características específicas e semelhantes. O SNS (2022), avança que em 2021 foram acionadas em Portugal continental 5900 vias verdes de AVC e 898 vias verdes coronárias.

Relativamente aos cuidados intensivos, à semelhança da pandemia de poliomielite na década de 50, a pandemia associada ao vírus SARS-CoV-2, consistiu num desafio para os profissionais que exercem a sua atividade nestas unidades e das pessoas que as gerem, consistindo ainda, em situações potenciadoras de desenvolvimento dos cuidados intensivos e dos profissionais de saúde dedicados aos cuidados desta especialidade.

A nível organizacional, os serviços de urgência nacionais obedecem a determinadas características determinadas pelo Ministério da Saúde e publicadas no Despacho nº 10319/2014. Neste documento, encontram-se definidas as tipologias dos

serviços de urgência, os seus níveis de responsabilidade, condições de acesso e localização de Pontos da Rede de Urgência, assim como a estrutura física, logística, recursos humanos e nível de formação dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros especialistas em EMC, sendo profissionais com competências acrescidas no cuidado à pessoa em situação crítica, contribuem consideravelmente para a melhoria da qualidade dos cuidados nos SU e segurança dos mesmos, pelo que no Regulamento nº 743/2019, encontram-se já definidas as dotações seguras de enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas para as diversas áreas do SU, garantindo a qualidade e segurança na prestação de cuidados.

No SU, são vários os postos de trabalho que deverão, sempre que possível, ser assegurados por enfermeiros especialistas em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Em concordância com o mesmo Regulamento, a coordenação do turno no SU, como já abordado na competência comum de gestão, é um posto que deverá ser assegurado por um enfermeiro especialista em EMC, assim como o posto de triagem de prioridades nas urgências de adultos e todos os postos que asseguram a intervenção na sala de emergência. Relativamente ao internamento de curta duração no SU, é recomendado que pelo menos, 50% dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, em permanência, nas 24 horas.

As UCI, sendo unidades de elevada complexidade, que garantem a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, deverão seguir também as orientações que garantem a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Com o objetivo de sistematizar e uniformizar estas recomendações ao nível europeu, a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, publicou um artigo que fornece estas recomendações fundamentais na constituição das UCI, adotadas a nível nacional, através da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência desta especialidade. As recomendações incluem aspetos estruturais e organizacionais, tais como a localização ideal num hospital, capacidade, recursos humanos e qualificações dos mesmos, critérios de admissão de doentes, definição de nível de cuidados e arquitetura da unidade/unidade do doente (Valentin & Ferdinande, 2011; Ministério da Saúde, 2017).

No que concerne às dotações seguras de enfermeiros especialistas em EMC nas UCI, de acordo com o Regulamento nº 743/2019, é recomendado que, na constituição das equipas, 50% dos enfermeiros devam ser especialistas em EMC, preferencialmente na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, assegurando estas dotações nas 24 horas e na constituição de cada turno.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos nos SU e nas UCI é um desafio constante e requer dos profissionais de saúde uma atualização frequente dos conhecimentos e das técnicas, tendo em conta a evolução científica e tecnológica, assim como das competências humanas fundamentais para um cuidado holístico da pessoa doente.

O enfermeiro especialista, como já abordado nas competências comuns, é um profissional que exerce a sua atividade, baseado nas boas práticas e em evidência científica válida e recente e possui ainda, competências e responsabilidade acrescida no desenvolvimento das competências da equipa, trabalhando no sentido da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica foi um percurso complexo, iniciado com o Mestrado em EMC e teve diversos contributos desde o início da minha carreira, tanto a nível formativo como a nível profissional.

Nos três subcapítulos seguintes, encontra-se descrito o meu percurso no desenvolvimento das três competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica que o enfermeiro especialista em EMC deverá dominar e demonstrar no seu exercício profissional quotidiano, previstas pelo Regulamento 429/2018.

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

Esta primeira competência do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foi desenvolvida ao longo de todo o curso de Mestrado, sendo que já nos estágios I e II, realizados no SUP e na UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça, respetivamente, esta competência foi mais desenvolvida e colocada em prática.

O percurso no desenvolvimento desta competência específica, iniciou-se com as aulas teóricas lecionadas no primeiro semestre, relativamente aos cuidados ao doente crítico nos contextos de urgência e cuidados intensivos, trabalho autónomo de estudo e pesquisa, assim como nos trabalhos de grupo, apresentação de temas relacionados com a área em questão e discussão dos mesmos, com orientação dos docentes envolvidos.

Após toda esta formação teórica, a vertente da prática simulada foi uma estratégia formativa que contribuiu consideravelmente para a continuidade do desenvolvimento desta

competência, através do treino de situações de urgência e emergência, baseadas em casos reais e mais frequentes na prática clínica. A formação prática incluiu o treino da metodologia de abordagem ao doente crítico ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), SBV-DAE, SAV (Suporte Avançado de Vida) e o treino do socorro no extra-hospitalar, suas particularidades e recursos de apoio.

O desenvolvimento desta competência na vertente teórico-prática, decorreu essencialmente no primeiro semestre e início do segundo semestre do curso de mestrado, dotando-me de conhecimentos para cuidar do doente crítico, em diversos contextos da prática clínica, identificar focos de instabilidade a agir de forma a antecipar intercorrências.

Ao longo do meu percurso profissional, prestei cuidados a pessoas em situação crítica esporadicamente, consistindo em casos que implicaram a mobilização conhecimentos adquiridos na licenciatura e em cursos de formação complementar (Ex. curso de SBV-DAE). A prestação efetiva de cuidados a pessoas em situação crítica ao nível da especialidade em EMC, ocorreu nos estágios curriculares, na prestação de cuidados sob orientação tutorial e realização de trabalhos inerentes aos mesmos, sob orientação dos docentes e enfermeiros tutores.

Nos estágios de urgência e de cuidados intensivos, procurei em cada turno, realizar uma avaliação integral das necessidades das pessoas em situação crítica cuidadas, em todas as dimensões (física, psicológica, social e espiritual), integrando os conhecimentos adquiridos na formação teórico-prática, atuando no sentido da prevenção de intercorrências.

Tendo identificado as necessidades das pessoas alvo dos meus cuidados, criei e/ou atualizei planos de cuidados individualizados, discutindo com o enfermeiro tutor os diagnósticos levantados e as intervenções planeadas para atingir os resultados pretendidos. Ainda no âmbito da metodologia de trabalho do processo de enfermagem e com o objetivo de refletir criticamente sobre um caso real, de uma pessoa em situação crítica, elaborei um estudo de caso sobre uma pessoa cuidada na UCIP e apresentei ao grupo de colegas de mestrado.

A realização de um estudo de caso, de acordo com Heale e Twycross (2018), consiste numa metodologia de ensino/aprendizagem que permite o estudo aprofundado de uma situação real, procurando avaliá-lo em todas as vertentes, resultando numa visão holística da prática de enfermagem que contribui para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente. A discussão deste caso e dos casos apresentados pelos demais colegas, fomentou o desenvolvimento da minha capacidade de argumentação e de reflexão

fundamentada sobre o processo de enfermagem, assim como a sua importância na garantia da continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Nas unidades e serviços dedicados maioritariamente ao cuidado de pessoas em situação crítica, é frequente a ocorrência de situações de urgência e emergência que exigem dos profissionais, competências que os permitam atuar de forma célere e adequada no sentido da resolução da complicação que surgiu. A abordagem atualmente mais adequada e divulgada para intervir perante a ocorrência de uma situação urgente/emergente é a abordagem ABCDE, uma metodologia, muito associada ao programa ATLS (Advanced Trauma Life Support), que surge da necessidade de criar uma fórmula eficiente e universal de abordar o doente vítima de trauma, tendo em conta os seguintes pressupostos: tratar primeiro a maior ameaça à vida; não permitir que a ausência de um diagnóstico definitivo impeça a aplicação do tratamento adequado; o histórico detalhado não é essencial para iniciar a avaliação de uma pessoa com lesões agudas (American College of Surgeons (ACS), 2018).

O sucesso da implementação desta abordagem está intimamente ligado à formação dos profissionais de saúde nesta metodologia e um eficaz trabalho em equipa. A mnemónica ABCDE define por ordem de prioridades, as intervenções necessárias à pessoa vítima de trauma, sendo que primeiramente, deverá ser garantida a permeabilização da via aérea (A - Airway), seguidamente deverá ser priorizada a respiração (B - Breathing) e depois atender à possibilidade de haver hemorragia (C - Circulation). Depois de percorridos estes três primeiros passos, deverá proceder-se à avaliação da incapacidade e estado neurológico (D - Disability) e por fim, deverá ser pesquisado outras lesões e atender-se ao controlo da temperatura (E – Exposure and Environment). Nesta abordagem, só se poderá passar para o passo seguinte quando o anterior estiver estabilizado; no entanto, num trabalho em equipa, poderão ser realizados vários passos em simultâneo, respeitando sempre a ordem de priorização das intervenções (ACS, 2018).

A aplicação da abordagem ABCDE resulta na diminuição significativa da mortalidade em doentes traumatizados, sendo os cursos de ATLS, atualmente, muito divulgados entre os profissionais de saúde em todo o mundo e estes têm demonstrado um interesse crescente em formar-se nesta área específica (ACS, 2018).

Esta abordagem esteve presente nas minhas intervenções nos estágios realizados no SUP e UCIP, perante as situações de urgência e emergência que ocorreram, associando também, os conhecimentos de SBV-DAE e SAV, treinados nas aulas teórico-práticas, sob orientação de docentes especializados nesta área.

No estágio realizado na UCIP, perante o acionamento da equipa de emergência interna, devido a uma PCR em um serviço de medicina interna, pude intervir em equipa com o enfermeiro tutor e médico intensivista, recorrendo à metodologia ABCDE e SAV. O médico avançou imediatamente para a via aérea, assegurando uma ventilação eficaz, o enfermeiro tutor monitorizou o doente enquanto eu assegurei as compressões torácicas e administração de medicação, alternando com o enfermeiro responsável pelo doente, do serviço de medicina. A reanimação foi bem-sucedida e preparamos de imediato a transferência do mesmo para a UCIP, garantindo a segurança do doente ao longo de todo o percurso do transporte.

No SUP pude integrar a equipa de intervenção da sala de emergência, na ocorrência de PCR a uma pessoa que tinha acabado de chegar ao hospital. A senhora em questão foi transportada para a sala de emergência e foi iniciado todo o processo assistencial à mesma, juntando-se rapidamente médicos da UCIP e SUP e os enfermeiros do SUP destacado, assim como profissionais em formação, de ambas as categorias médica e de enfermagem. Na abordagem à vítima de PCR foram realizados todos os procedimentos necessários desde a manutenção da via aérea com entubação orotraqueal (EOT) e ventilação, compressões torácicas de qualidade, administração das drogas indicadas e monitorização da doente. No entanto esta reanimação não foi bem-sucedida, tendo o ritmo cardíaco, em todas as avaliações, sido incompatível com choque (assistolia). A vítima entrou em PCR antes da admissão e não trazia consigo qualquer documento que a identificasse, pelo que não foi possível aceder ao seu historial clínico.

O processo de reanimação teve a duração de cerca de uma hora, tendo-se ainda recorrido ao sistema de compressão automático nos últimos dez minutos de reanimação. Após reflexão e discussão com o enfermeiro tutor sobre esta situação, assumiu-se que a partir de certo ponto, as decisões tomadas tiveram objetivos formativos e não relacionados com a vítima em questão, o que nos colocou algumas inquietações.

A suspensão da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é uma decisão da competência médica, no entanto existem diretrizes de instituições de referência em assunto de reanimação cardiopulmonar, que auxiliam no processo de tomada de decisão, no que concerne à suspensão de todo o processo, prevenindo situações de futilidade terapêutica.

A American Heart Association (AHA, 2020) preconiza que após 20 minutos de SAV, sem resposta cardíaca, o término da RCP deverá ser equacionado, critério também defendido pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC, 2021).

O estudo de Goto et al. (2022) reforça as orientações acima descritas, sendo que este incluiu o fator da duração da RCP superior a 20 minutos, sem resposta cardíaca, como critério a considerar na suspensão de uma RCP, aliado a três outros critérios, assistolia inicial, PCR não testemunhada e ausência de retorno da circulação espontânea no pré-hospitalar. Neste estudo, verificou-se que a taxa de mortalidade das vítimas de PCR que cumpriram os quatro critérios foi superior a 99%, sendo que estes devam ser considerados pelas equipas de emergência, na possibilidade de suspensão de uma RCP.

Para além do tempo prolongado de RCP na situação em análise, após cerca de 45 minutos de intervenção, as compressões torácicas foram substituídas pelo sistema de compressões torácicas automático, o denominado LUCAS e, de acordo com o fabricante deste equipamento (Jolife AB, 2018), este sistema deverá ser utilizado apenas como complemento à RCP manual, nos casos em que não é possível garantir uma RCP manual eficaz, como durante o transporte da vítima, quando os socorristas atingem a exaustão ou quando não existem profissionais suficientes para realizar a RCP.

A utilização de sistemas de compressão torácica automática (LUCAS ou outros) quando comparada com a realização de compressões torácicas manuais eficazes, nas situações não incluídas nas indicações de fabricante acima descritas, revelam-se idênticas quanto aos resultados obtidos, pelo que o recurso a sistemas de compressão torácica automática deverá ser restrito às situações previstas, sob prejuízo de interromper as compressões torácicas ou atrasar a realização das restantes intervenções, previstas na abordagem à vítima de PCR (Gonçalves, 2018).

Na abordagem à vítima de PCR em análise, considero que a suspensão da RCP deveria ser equacionada mais precocemente e, de acordo com as indicações do fabricante do LUCAS e a evidência científica apresentada, este equipamento não deveria ter sido utilizado, pois existiam recursos humanos qualificados suficientes para garantir compressões torácicas de qualidade e o ambiente envolvente não conferia qualquer dificuldade a esta intervenção.

Ainda relativamente a esta situação específica, importa esclarecer que a justificação assumida para as intervenções realizadas neste caso não é aceitável, havendo alternativas disponíveis, igualmente eficazes na formação teórica e prática dos estudantes e profissionais, nomeadamente a prática simulada.

De acordo com Borges et al. (2020), a prática simulada assume-se como uma ferramenta inovadora e eficaz na educação de estudantes e profissionais de saúde, com

uma tendência crescente, muito associada ao aumento das tecnologias utilizadas e sua complexidade e ao realismo que os manequins atualmente proporcionam.

Esta metodologia revela-se uma ferramenta fulcral no desenvolvimento de competências relativas aos cuidados à pessoa em situação crítica, capacitando os enfermeiros para prestar cuidados de forma “segura, criteriosa, dotada de conhecimento e prática” (p.1), sem sujeitar a pessoa em situação crítica a intervenções e procedimentos que possam afetar a sua segurança e dignidade (Borges et al., 2020).

Pela grande afluência de profissionais (efetivos e em formação) na assistência a esta vítima, a minha intervenção restringiu-se à preparação de medicação e observação de toda a situação. Após a suspensão da RCP e declaração do óbito, todos os profissionais deixaram a sala e, juntamente com o enfermeiro tutor, prestei os cuidados *post-mortem* à pessoa.

Esta experiência, por todas as questões que me inquietaram aquando da sua ocorrência e pela necessidade que senti de refletir e conhecer as boas práticas nestes casos, com base em evidência científica, foi alvo de uma reflexão crítica, de acordo com o Ciclo de Gibbs.

As experiências acima relatadas não foram as únicas em que pude desenvolver competências inerentes ao SBV e SAV, sendo que na UCIP, no início do estágio nesta unidade, assisti a uma PCR e observei atentamente a intervenção dos profissionais e trabalho em equipa que rapidamente de instalou na unidade do doente.

No SUP, aquando da ativação das salas de emergência, atuei de forma cada vez mais interventiva e autónoma nas situações que iam surgindo ao longo do estágio neste serviço, sendo que entre as experiências vividas, inclui-se três recorrências de pessoas inconscientes encontradas na via pública em que posteriormente foi diagnosticado intoxicação por álcool e estupefacientes, duas situações de recorrência por trauma (queda) e uma pessoa vítima de um acidente rodoviário. Nestas situações, coloquei em prática a metodologia ABCDE e integrei a equipa de abordagem à vítima, observando de perto o papel do enfermeiro especialista em EMC na sala de emergência.

O papel do enfermeiro especialista em EMC na sala de emergência será abordado com mais profundidade no subcapítulo seguinte, relativo à segunda competência referente ao doente crítico.

O cuidado ao doente crítico nos estágios curriculares não se restringiu às situações de emergência, sendo que no estágio no SUP, prestei cuidados essencialmente na SO e na SCE, locais onde são internadas as pessoas com uma situação clínica mais instável e que

carecem de cuidados mais especializados. Passo a exemplificar alguns exemplos de pessoas em situação crítica a quem prestei cuidados nos estágios curriculares.

Na SCE, prestei cuidados a um doente com cerca de 60 anos de idade, admitido com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) secundário a queda, estando internado para estabilização, prévia a cirurgia plástica. Este doente encontrava-se sedoanalgesiado, com EOT e ventilação mecânica, possuía ainda Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial (LA) e monitorização contínua.

Ainda nesta ala, prestei cuidados a uma doente com cerca de 50 anos de idade, internada com uma anemia severa, provocada por hemorragia do sistema gastrointestinal. Esta doente, também se encontrava com monitorização invasiva e com EOT e ventilação mecânica, realizando terapêutica específica para a situação e procedimentos da área da gastroenterologia específicos (como por exemplo colocação de sonda de Sengstaken-Blakemore).

No SO, os doentes a quem prestei cuidados mais complexos foram uma doente vítima de queimaduras de 2º e 3º grau que aguardava avaliação especializada e possível transferência para hospital de referência. O cuidado a esta doente implicou a mobilização de conhecimentos específicos para prevenção de complicações, nomeadamente a manutenção de cuidados esterilizados, visando a prevenção da infeção, controlo da dor, hidratação e monitorização de balanço hídrico, entre outros.

Nesta sala, também prestei cuidados a uma jovem internada por intoxicação medicamentosa voluntária, mobilizando conhecimentos que me permitiram atuar a prevenção de complicações que poderiam resultar da intoxicação.

Na UCIP, todos os doentes cuidados foram doentes críticos que apresentavam um nível de complexidade semelhante aos cuidados na SCE ou superior. Um dos clientes cuidados, foi admitido por coma e insuficiência respiratória provocada por hipernatremia, sendo que este caso foi o selecionado, juntamente com o enfermeiro tutor, para ser alvo de um estudo de caso e posteriormente ser apresentado e discutido com os colegas do curso de Mestrado, como já referido. Outra pessoa cuidada neste serviço, foi admitido por insuficiência respiratória provocada por exacerbação da DPOC, tendo oportunidade de assistir à remoção do tubo orotraqueal e desmame ventilatório, realizado pelo enfermeiro especialista em reabilitação da unidade.

Estas experiências sucintamente relatadas e outras que não se encontram aqui descritas, implicaram o conhecimento aprofundado acerca dos protocolos existentes na UCIP e SCE e capacidade de gestão dos mesmos, adaptando às necessidades da pessoa

cuidada. Como já referido anteriormente, na competência comum do enfermeiro especialista relativa à melhoria contínua da qualidade, os protocolos são importantes ferramentas na padronização de cuidados e garantia da segurança dos mesmos, pelo que no cuidar do doente crítico, pela complexidade dos cuidados e dos recursos utilizados, esta ferramenta assume uma importância acrescida, garantido o controlo da situação clínica do doente e prevenção de complicações. O enfermeiro especialista em EMC, para além de conhecer e gerir corretamente os protocolos inerentes ao cuidado do doente, tem competência e responsabilidade acrescida no reconhecimento de situações de potencial risco e antecipação de complicações.

No início do estágio realizado no SUP, estive no sector de triagem a fim de conhecer a dinâmica desta ala da urgência, podendo observar e participar na triagem das pessoas que recorriam, ou eram trazidas ao SU e acionamento da sala de emergência. O protocolo adotado pelo SUP para a realização da triagem é o modelo de Triagem de Manchester, que será mais aprofundado na competência seguinte, relativa a situações de emergência, exceção e catástrofe. Para além do protocolo de triagem, no início do estágio no SUP, também tomei conhecimento dos protocolos inerentes ao acionamento das vias verdes, tema também mais desenvolvido na competência seguinte.

No SUP, nomeadamente na SCE, tive o primeiro contacto com os variados protocolos implicados no cuidar do doente crítico e na UCIP tive oportunidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos e gerir autonomamente estes mesmos protocolos, contribuindo consideravelmente para a deteção e prevenção de possíveis complicações para o doente, sua estabilização e recuperação. Alguns dos protocolos que tive oportunidade de aplicar foram os relativos à EOT e ventilação, monitorização de todos os sinais vitais, valores obtidos através de gasometria, balanço hídrico e gestão de terapêutica vasopressora (noradrenalina), de insulina e de potássio.

A gestão do protocolo, relativo à administração da terapêutica sedativa, foi realizado, associando a aplicação da escala de sedação em vigor na UCIP, escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), que avalia o nível de consciência e sedação da pessoa em situação crítica, garantindo uma gestão eficaz e adequada deste protocolo. Geri ainda, de forma diferenciada, a dor da pessoa em situação crítica, de acordo com o protocolo existente para o efeito, avaliando continuamente a dor com instrumento de avaliação adequado e em vigor no serviço. Os protocolos de gestão de terapêutica sedativa e analgésica estão muito relacionados pois, de acordo com Devlin et al. (2018) qualquer

estratégia de sedação deve iniciar-se sempre com um controlo eficaz da dor da pessoa em situação crítica.

A dor é um sintoma frequente em cuidados intensivos, estando muito relacionada ao estado crítico da pessoa, no entanto, está também associada aos procedimentos invasivos e extremamente dolorosos a que a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos num SU ou UCI está sujeita. A inserção de LA, CVC, dreno torácico e sua remoção, são dos procedimentos que as pessoas sobreviventes de uma situação crítica, com necessidade de internamento em UCI relataram como mais dolorosos, no entanto a ventilação mecânica invasiva (VMI), a EOT, aspiração de secreções e posicionamento no leito também são intervenções descritas como causadoras de um grande desconforto (Devlin et al., 2018; Nordness et al., 2021).

A International Association for the Study of Pain (IASP) adotou a definição de dor de Raja et al. (2020), que descreve este sintoma como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”. Estes autores valorizam e complementam esta definição, com a associação de seis pressupostos: a dor é uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; a dor não pode ser depreendida apenas pela atividade dos neurónios sensoriais; através das experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor; o relato da experiência de dor de uma pessoa deve ser respeitado; apesar da dor geralmente ter um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos no bem-estar funcional, social e psicológico da pessoa; a descrição verbal é apenas uma das várias formas existentes para comunicar a dor; a incapacidade de comunicar não impede uma pessoa ou animal de experienciar dor (Raja et al., 2020).

A pessoa em situação crítica encontra-se frequentemente com o estado de consciência alterado, consequência do seu estado clínico ou da necessidade de recorrer a terapêutica sedativa. Como referido num dos pressupostos acima, o facto de a capacidade de comunicação verbal da pessoa estar comprometida, não é impeditivo da pessoa estar a sentir dor, pelo que os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética e legal de recorrer a estratégias para avaliar corretamente a dor e controlar adequadamente este sintoma. A avaliação da dor deverá ser realizada, sempre que possível, através de uma escala numérica de autoavaliação, no entanto, perante a impossibilidade de recorrer a esta estratégia, esta deverá ser efetuada através de escalas validadas para pessoas com alteração do estado de consciência.

A escala atualmente em vigor na UCIP para avaliação da dor de pessoas incapazes de a comunicar devido à sedação, é a Behavioural Pain Scale (BPS) – Intubated Patient, validada para a população portuguesa por Batalha et al. (2013). Apesar de existirem diversas escalas criadas para avaliação da dor em doentes críticos, com alteração do estado de consciência, a BPS é a escala alvo de mais estudos e recomendada pela maioria dos autores que se dedicam a esta área. Esta escala deverá ser aplicada pelo profissional de saúde e consiste na avaliação de comportamentos e sinais indicativos de dor como a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (Batalha et al., 2013).

O eficaz controlo da dor, para além de contribuir consideravelmente para o conforto e bem-estar da pessoa em situação crítica, leva à diminuição a necessidade de sedação da mesma, reduzindo ainda o risco de *delirium*, associado à utilização destas terapêuticas (Devlin et al., 2018).

Nos estágios realizados no SUP e na UCIP, monitorizei continuamente a dor da pessoa em situação crítica com o instrumento de avaliação adequado e de acordo com os protocolos do serviço e normas de utilização das referidas escalas. Geri os protocolos de administração de terapêutica analgésica, antecipando situações provocadoras de dor, associando às medidas farmacológicas, medidas não farmacológicas como crioterapia, massagem, otimização do posicionamento no leito, gestão do ambiente de forma a evitar excesso de ruído, informação dos procedimentos a realizar e comunicação com a pessoa, orientando a mesma em relação ao tempo e ao espaço e informando sobre contacto dos familiares. Estas medidas não farmacológicas tiveram objetivos específicos no aumento do conforto e bem-estar da pessoa, assim como na diminuição da ansiedade e medo.

O enfermeiro especialista em EMC deverá mostrar competências acrescidas no controlo da dor, mobilizando conhecimentos baseados em evidência científica e trabalhando no sentido da melhoria contínua da qualidade, com atualização das boas práticas e segurança dos cuidados.

Para além da gestão de todos estes protocolos, acima mencionados, respeitei os protocolos relativos à prevenção e controlo de infeção, tema que se encontra mais aprofundado na competência relativa à prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, incluída na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, em análise num subcapítulo mais à frente no presente relatório.

Cuidar da pessoa em situação crítica numa UCI ou num SU, implica que os elementos da equipa tenham conhecimentos sobre procedimentos complexos que podem

ser necessários para o tratamento e recuperação da pessoa. Nos estágios, tive oportunidade de participar na realização de procedimentos complexos como é exemplo a utilização do LUCAS, situação já descrita anteriormente neste capítulo e cuidei desde a admissão à alta de três doente sujeitos a cardioversão (uma química e duas elétricas), preparando o doente para o procedimento e todo o material necessário ao mesmo e à sedoanalgesia, assim como todo o material necessário no caso de ocorrência de complicações, garantindo uma intervenção rápida e eficaz no caso destas surgirem.

Na UCIP e na SCE do SUP, participei em procedimentos de EOT e de traqueostomia percutânea, preparando do mesmo modo, todo o material necessário à intervenção e possíveis complicações e colaborei com o médico no procedimento, garantindo a assepsia e celeridade do mesmo. Colaborei ainda, com o enfermeiro especialista em reabilitação na substituição do VMI por VNI e monitorização da resposta a esta alteração.

Para além da complexidade dos procedimentos e protocolos inerente ao cuidado à pessoa em situação crítica, outro aspeto do cuidar também com um elevado grau de complexidade, refere-se à relação terapêutica e comunicação com o doente e família.

O elemento basilar de toda a relação terapêutica entre enfermeiro e paciente e família é a comunicação, seja esta seja verbal ou não verbal, sendo que uma comunicação eficaz é crucial para a adesão do doente ao plano de cuidados, contribuindo para a qualidade e segurança dos mesmos (Happ, 2021; Al-Yahyai et al., 2021).

Na prestação de cuidados ao doente crítico, pela condição em que muitas destas pessoas se encontram, principalmente as internadas na SCE do SUP e na UCIP, a garantia de uma comunicação eficaz foi mais desafiadora, o que me levou à necessidade de recorrer a estratégias de comunicação alternativas. Para além das dificuldades de comunicação associadas à sedação, EOT e situações clínicas mais reservadas da pessoa em situação crítica, a alteração do estado de consciência de alguns doentes cuidados no SUP, associado ao abuso de substâncias ou psicose, também consistiu num desafio ao nível comunicacional, sendo que todas estas dificuldades contribuíram para o meu desenvolvimento de competências de comunicação.

Na prestação de cuidados, iniciei a relação terapêutica com as pessoas cuidadas, apresentando-me sempre no início do turno e realizando uma avaliação geral do estado de consciência e orientação e disponibilizando-me a escutar as necessidades que o doente apresentava. Orientei também a pessoa no tempo e no espaço, elogiando os progressos,

informando sobre as intervenções que pretendia realizar e esclarecendo quanto aos seus objetivos.

Outras estratégias a que recorri para adequar a comunicação e potenciar ao máximo a relação terapêutica, foram a adoção por uma comunicação pausada e em tom adequado, leitura labial, recurso a sinais simples para perguntas de resposta afirmativa ou negativa, com abertura dos olhos ou aperto da mão.

Estudos recentes como o de Al-Yahyai et al. (2021), comprovam a eficácia da adoção de técnicas de comunicação aumentativa e alternativa como o recurso a quadros com alfabeto, imagens ou para escrever, assim como dispositivos eletrónicos de assistência à comunicação, aumentando a satisfação dos doentes e diminuindo as barreiras comunicacionais existentes entre enfermeiro-doente. Este estudo demonstra que apesar da eficácia da adoção destes métodos no cuidar de doentes complexos, a grande maioria dos enfermeiros recorre às estratégias comunicacionais tradicionais como as que recorri nos estágios curriculares.

Na minha experiência profissional na Associação de Paralisia Cerebral da Madeira recorri muitas vezes às técnicas de comunicação aumentativa e alternativa, associada às técnicas tradicionais que se demonstravam muito eficazes na comunicação; no entanto, a utilização destes métodos mais avançados de comunicação, implicam que o doente esteja consciente e orientado, aprenda a utilizar o dispositivo e tenha alguma capacidade física para poder efetivamente comunicar através dele. No SUP, pela brevidade de internamento dos doentes neste serviço e pela situação clínica que estes apresentavam, considerei que as técnicas comunicacionais tradicionais seriam as mais eficazes e na UCIP, os doentes que cuidei, na sua maioria encontravam-se sob sedoanalgesia e em um dos casos em que foi removida a EOT, o doente tinha capacidade de comunicar verbalmente.

A adoção de estratégias comunicacionais na prestação de cuidados ao doente crítico assume uma grande importância e eficácia em situações em que a sedação é diminuída, contribuindo para tranquilizar o doente e obter a sua colaboração, levando ao sucesso desta intervenção. Estas estratégias, desenvolvi ao longo da minha carreira, baseada em conhecimentos e competências adquiridas na minha formação de base, na Pós-Graduação em Oncologia e no Mestrado em EMC.

Para além da comunicação eficaz, a confiança do doente nos profissionais, consequência de uma relação terapêutica efetiva, o apoio emocional e a gestão da ansiedade no doente crítico são aspetos que contribuem para a adesão do mesmo ao plano de cuidados, contribuindo para a melhoria do seu estado geral. Nos estágios, incluí nos

planos de cuidados, aspetos relacionados com todas as dimensões da pessoa, não descurando as intervenções dirigidas à família.

A família tem sido reconhecida cada vez mais como um elo importante nos cuidados ao doente crítico, podendo estas pessoas, serem importantes aliados nos cuidados e também alvo dos mesmos. Na abordagem ABCDE ao doente crítico, anteriormente desenvolvida, autores como Cathala e Moorley (2020), consideram também nesta ordem de prioridades de intervenções, mais duas letras, sendo que a letra F refere-se a outras informações, família e amigos (Futher information, Family and Friends).

Para estes autores, após percorrer às etapas referentes ao ABCDE e caso o doente não reúna condições para fornecer informações adicionais, o enfermeiro deverá procurar junto dos familiares, reconhecer que pessoas são significativas para o doente e qual o elemento de referência, conhecer também através dos familiares, o ambiente em que o doente estava inserido, histórico clínico importante, hábitos, costumes e crenças importantes para o doente e para o processo que está a vivenciar. Para além de a família ser fonte de informação, esta também deverá, após estabilizado o doente, ser alvo de cuidados, sendo importante tranquilizar a família, fornecer as informações essenciais, permitir visita, caso seja possível e apoiar a família no decurso da doença do familiar e no luto (Cathala & Moorley, 2020).

A situação pandémica existente na altura de estágio foi um obstáculo considerável à inclusão da família nos cuidados à pessoa em situação crítica e à comunicação e apoio à mesma. No SUP, não era permitido o acompanhamento de familiares, tendo sido criada uma sala de espera destinada aos mesmos, como alternativa, ou estes aguardavam o contacto dos profissionais de saúde no domicílio. Neste estágio, estando mais destacada à SCE e SO, os familiares normalmente já se encontravam no domicílio, impedindo o contacto pessoal com os mesmos, sendo que uma das estratégias utilizadas para fazer face a este obstáculo foi o contacto telefónico para a pessoa de referência que se encontrava no processo clínico ou para a pessoa que o doente indicava, quando reunia condições para tal, de acordo com o parecer da OE (2008) já previamente citado neste relatório.

Apesar das barreiras impostas pela situação pandémica, procurei integrar a família nos cuidados através da informação das transferências de serviço, alta e situações de agravamento do estado geral, tendo o cuidado sempre de retornar as chamadas recebidas pelos familiares, quando o momento não era o mais oportuno para realizar o contacto.

Na UCIP, apesar que serem permitidas visitas, estas eram muito mais restritas com a situação pandémica, envolvendo algumas exigências previamente à visita como o

teste à SARS-CoV-2 negativo. Neste serviço, sempre que o doente que estava responsável recebia visita, realizei acolhimento à mesma, apresentando-me e disponibilizando-me para esclarecer dúvidas.

Numa situação específica na UCIP, estive responsável por um cliente que foi admitido com falência respiratória, resultante de abuso de substâncias psicoativas (metadona, opióides e benzodiazepinas) e realizei a preparação para a visita, desde a orientação para realização do teste à SARS-CoV-2, validação de critério epidemiológico em vigor à data, e acolhi a mãe do cliente e companheira. Após a informação à família sobre o motivo que o levou ao estado atual pelo médico, apoiei a família que inicialmente negava situação e expliquei previamente ao contacto com doente, de forma sucinta e simples o meio que o envolvia e disponibilizei-me para esclarecimento de dúvidas.

Em outra situação, na UCIP estabeleci contacto com familiares de um cliente que se encontravam em França, forneci informações sobre o estado do doente, com permissão do mesmo que se encontrava consciente e orientado, tranquilizei familiares e orientei para os procedimentos inerentes à visita.

Os autores Cathala e Moorley (2020), para além de incluírem a letra F (família) na abordagem ABCDE, incluíram também uma última letra, G (Goals), referente aos objetivos dos cuidados para a pessoa doente. A reflexão sobre os objetivos dos cuidados a curto, médio e longo prazo, exige dos profissionais um trabalho em equipa e uma visão holística da pessoa e família que poderá resultar em cuidados de maior qualidade, evitando os casos de futilidade diagnóstica e terapêutica, sendo que esta reflexão poderá ainda contribuir para referenciações mais precoces para cuidados específicos como os cuidados paliativos.

No estágio realizado no SUP, pude constatar que eram admitidas com frequência pessoas que se encontravam numa fase final de vida, inclusive pessoas já acompanhadas pela equipa domiciliária da UCP, que recorreram ao SUP pela agudização da sua doença, descontrolo sintomático ou mesmo por se encontrarem numa fase agónica. O SU é considerado, pelos enfermeiros, um ambiente adverso à prestação de cuidados de fim de vida de qualidade, pela filosofia e modelo de organização destes serviços e ritmos de trabalho acelerados, que dificultam os cuidados às pessoas nesta fase de vida (Moura, 2017; Formentin et al., 2021).

O estudo realizado por Moura (2017) concluiu que os enfermeiros que exercem a sua atividade num SU em Portugal, reconhecem as necessidades de cuidados paliativos de alguns doentes que recorrem a estes serviços, identificando como prioridades de cuidados,

a promoção de conforto e qualidade de vida, a relação, o controlo sintomático, a dignidade, o alívio do sofrimento e comunicação com a família. Outro estudo semelhante, realizado por Formentin et al. (2021), confirma este reconhecimento pelos enfermeiros, realçando a necessidade de intervenções e objetivos terapêuticos específicos para pessoas.

Em ambos os estudos, os enfermeiros consideram que é possível adequar os cuidados às necessidades dos doentes no SU, no entanto, identificam como fatores dificultadores para a prestação de cuidados adequados à pessoa em fim de vida, a falta de recursos humanos, as condições estruturais e organização dos SU, enfatizando que a formação e a sensibilização dos profissionais de saúde seriam cruciais para a melhoria dos cuidados a estas pessoas (Moura, 2017; Formentin et al., 2021).

Passo a descrever uma experiência vivenciada no estágio no SUP que foi significativa e alvo de reflexão individual e com o enfermeiro tutor. Num turno em que estava destacada para o SO, foi admitido um doente proveniente de um lar da região, com um quadro de febre, dispneia e confusão, com antecedentes de doença renal crónica, a realizar diálise três vezes por semana, diabetes mellitus tipo II, amputado do membro inferior esquerdo, com uma ferida crónica extensa no membro inferior direito, entre outros antecedentes. À minha observação, o cliente encontrava-se reativo ao estímulo doloroso, dispneico com aporte suplementar de O₂ a 15l/min por máscara com reservatório, emagrecido, pálido e com mucosas descoradas. Perante o quadro geral do doente e após discussão com o enfermeiro tutor e médico assistente, concluiu-se que esta pessoa se encontrava numa fase final da vida, pelo que foi priorizado o conforto do doente. Para além da gestão da terapêutica para controlo sintomático, procurei criar as condições para que a pessoa pudesse ter uma morte tranquila, geri o ambiente, colocando o doente numa área com menos ruído e luminosidade, otimizei o conforto através da humidificação da cavidade oral, ajuste da máscara facial, otimização do posicionamento no leito, entre outras intervenções.

Na situação descrita, apesar das condições pouco favoráveis do SU, a equipa de profissionais de saúde estava sensibilizada e era detentora de conhecimentos na área dos cuidados paliativos, criando condições para que, apesar das condições do serviço, pudessem ser prestadas ações paliativas que iram contribuir para um cuidado individualizado e holístico da pessoa.

Na UCIP, apesar da gravidade da situação clínica dos doentes cuidados, os objetivos terapêuticos dos mesmos foram a recuperação total ou parcial da pessoa, não descurando o controlo da dor e outros sintomas; porém, o enfermeiro tutor partilhou

algumas situações em que foram integradas ações paliativas nos cuidados e inclusive, transferência de doentes para a UCP, indo de encontro ao preconizado.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Este capítulo consiste na descrição do percurso de desenvolvimento da segunda competência exigida do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e refere-se à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à prática.

Nas situações de emergência, exceção e catástrofe, principalmente em cenários multivítimas, o processo de socorro à vítima inicia-se com o processo de triagem, que garante que um maior número de pessoas são socorridas em tempo útil, evitando perdas de tempo com as pessoas que não carecem de cuidados urgentes ou com pessoas sem qualquer perspectiva de sobrevivência.

Em Portugal, o sistema de triagem adotado nos SU, como já referido em capítulos anteriores, é o Sistema de Triagem de Manchester, que consiste na atribuição de uma prioridade, através de fluxogramas específicos e baseados na determinação do risco clínico. Este sistema de triagem foi utilizado pela primeira vez em 1994 na cidade de Manchester e tem sido utilizado atualmente a nível global, na triagem de pessoas no contexto de SU (Grupo Português de Triagem, 2021).

Como já referido na competência anterior, no início do estágio no SUP, pude acompanhar um enfermeiro no sector de triagem, colaborando com a triagem de pessoas que recorriam ao SUP e tomando conhecimento dos protocolos inerentes a estes procedimentos. Apesar de ser recomendado que os postos de triagem de adultos nos SU, sejam assegurados por enfermeiros especialistas em EMC, pela diferenciação de conhecimentos e competências que permitem a deteção precoce de complicações e atuação célere em casos de emergência, no SUP estas dotações ainda não são uma realidade, pela falta de recursos humanos com estas qualificações.

No estágio realizado no SUP, não ocorreram situações de catástrofe, no entanto, o contexto pandémico vivido na altura de realização do mesmo, consistiu numa situação de exceção complexa, que exigiu uma reestruturação de todo o serviço, nomeadamente do sector de triagem, nascendo uma ala de encaminhamento de pessoas com suspeita de SARS-CoV-2, a triagem avançada. Esta secção destinava-se às pessoas com critério

epidemiológico ou com sintomatologia respiratória compatível com o vírus, permanecendo neste sector até ser confirmado o resultado ao teste SARS-CoV-2 e então a pessoa era encaminhada ao serviço mais adequado.

Apesar de não ter experienciado situações de catástrofe, o desenvolvimento destas competências concretizou-se através das aulas teórico-práticas que decorreram na escola de enfermagem e na sede do Serviço Regional de Proteção Civil da RAM.

No SUP procurei conhecer os planos de emergência e catástrofe existentes no SESARAM e planos de contingência em vigor associados à pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, reconhecendo o papel dos enfermeiros especialistas em EMC na garantia da segurança da atuação em situações deste género, como é exemplo, a verificação periódica de todo o material necessários à atuação em casos de emergência e catástrofe e a funcionalidade dos equipamentos. O enfermeiro especialista também deverá ser um elemento que promove o acesso dos profissionais à formação/atualização de conhecimentos dos e treino de competências inerentes à atuação em situações de emergência e catástrofe.

Na UCIP, pude observar que o cuidado com a material a utilizar em situações de emergência, quer na unidade, quer aquando do acionamento da equipa de emergência interna é uma prática diária e partilhada por toda a equipa. Os enfermeiros especialistas em EMC garantem a verificação periódica dos equipamentos e a formação de todos os elementos da equipa na utilização dos mesmos equipamentos e adoção de práticas nos cuidados baseadas em evidência científica.

Ainda relativamente à triagem, o profissional no contexto pré-hospitalar ou o enfermeiro que se encontra na área de triagem do SU, identificando critérios específicos, sinais e sintomas compatíveis com patologias graves que requerem intervenção diferenciada imediata, inserem o doente em circuitos específicos visando a rapidez da intervenção, as denominadas vias verdes. Atualmente, em Portugal, estão em vigor quatro vias verdes, a via verde da sépsis, a via verde do AVC, a via verde do trauma e a via verde coronária.

Em situações de catástrofe e cenários multivítimas, a triagem de pessoas é dividida em duas fases, a triagem primária e a triagem secundária. A triagem primária tem o objetivo de triar de forma rápida o maior número de vítimas e baseia-se no método Simple Triage and Rapid Treatment (START), em que são utilizados alguns descritores para rapidamente diferenciar as vítimas e atribuir níveis de prioridade, desde a Prioridade 1, identificada com a cor vermelha, que significa que o tratamento da vítima é emergente,

passando pela Prioridade 2, cor amarela que significa que a vítima é grave, Prioridade 3, cor verde, que significa que a vítima não é grave e por fim, também é atribuída a identificação com a cor preta, que declara o óbito da vítima. De forma a facilitar a utilização do método de triagem START, foi criado um fluxograma para auxiliar o profissional triador (Oliveira et al., 2012).

Tendo já sido realizada a triagem primária, num cenário de catástrofe, é realizada uma triagem mais precisa e contínua, baseada no método Triage Revised Trauma Score, que consiste no preenchimento de uma escala baseada em três variáveis, a frequência respiratória, estado de consciência e pressão arterial sistólica, sendo que a soma dos scores resultante da avaliação destes três parâmetros, irá resultar na atribuição de um dos três níveis de prioridade, em que a prioridade 1 está associado à vítima em estado mais grave e a prioridade 3, associado à vítima num estado menos grave (Oliveira et al., 2012).

A atuação em situações de emergência e em cenários de catástrofe requer que os profissionais de saúde detenham conhecimentos que vão muito além dos inerentes à triagem, exigindo dos mesmos, competências técnicas avançadas e competências não técnicas, igualmente fundamentais para a eficácia da intervenção. Reforço novamente que a formação nesta matéria e treinos simulados realistas são estratégias fundamentais para a segurança e eficácia de uma intervenção desta dimensão, contribuindo para uma atuação coordenada num cenário que sujeita os profissionais a um elevado nível de stress.

Para além dos cenários de catástrofe e as situações de emergência, frequentes no SU e na UCI, uma situação de exceção que ocorre com frequência ao nível intra-hospitalar e que expõe a pessoa em situação crítica a um grande risco e que requer também, uma grande diferenciação ao nível dos cuidados, é o transporte de doentes críticos.

O transporte intra-hospitalar de doentes críticos é necessário para procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou transferências para unidades mais diferenciadas, como as UCI. Apesar de o transporte de doentes críticos acarretar elevados riscos, justifica-se quando o benefício para o doente é superior ao potencial risco que o transporte pode acarretar (Murata et al., 2021).

De acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte de doentes críticos é realizado em três fases: a decisão, o planeamento e a efetivação. Após a decisão do transporte do doente e estabelecidos os devidos contactos com o serviço a recebê-lo, deverá efetuar-se o planeamento de todo o processo, com o objetivo de diminuir riscos a que o doente crítico está sujeito durante o transporte, através da verificação dos equipamentos de suporte e monitorização quanto à

sua autonomia energética, garantir as quantidades de perfusões essenciais, oxigênio e assegurar a medicação essencial já preparada para o caso de ocorrer alguma intercorrência. O cuidado nas transferências também é importante para evitar o comprometimento dos acessos venosos e arteriais, EOT, algaliação, entre outros.

Nos estágios no SUP e UCIP, colaborei no transporte intra-hospitalar de doentes críticos, nomeadamente em transferências da SCE para a UCIP, da sala de emergência, SUP e UCIP para realização de exames imagiológicos e de um serviço de medicina interna para a UCIP, após a RCP realizada pela equipa de emergência interna, preparando todo o material e equipamento necessário para a segurança do doente ao longo de todo o percurso.

O SU é a principal porta de entrada de pessoas nos hospitais e os profissionais intervêm em situações clínicas muito diversas e complexas do ponto de vista físico e psicológico, sendo que uma das situações excecionais que podem ocorrer no SUP é a admissão de pessoas com suspeita de serem vítimas de algum tipo de crime. Claramente, o principal objetivo é cuidar da pessoa em todas as dimensões, no entanto, existem alguns cuidados que os profissionais de saúde devem adotar, que poderão fazer a diferença ao nível forense.

Nesta vertente, participei numa formação em fevereiro de 2020, intitulada “Aspetos Forenses em Emergência Extra-Hospitalar”, realizada pelo enfermeiro Albino Gomes, Mestre em Medicina Legal e Doutorado em Medicina Forense. Esta formação permitiu-me conhecer, com base em relatos da sua experiência profissional, indícios de crime e cuidados a ter para preservar as provas do potencial crime. Durante os estágios realizados, nos casos de acidentes de viação, o doente era acompanhado por um elemento de autoridade e, normalmente este solicitava a colheita de uma amostra de sangue extra para análise, a fim de despistar abuso de substâncias.

Outra situação vivida em que pude colocar em prática conhecimentos adquiridos nesta vertente, ocorreu na minha prática profissional, na Área de Contingência Covid-19, em que foram admitidas, por cumprirem com critério epidemiológico em vigor na data, duas jovens alegadamente vítimas de agressão e violação, provenientes do SUP. Na admissão à unidade, as jovens vinham acompanhadas por uma técnica de medicina legal, que orientou para alguns cuidados a ter como a necessidade das vítimas não tomarem banho e manterem o seu vestuário até avaliação especializada. Tendo em conta as orientações e reconhecendo a importância destas para a resolução do caso legalmente, assim como o impacto que estes cuidados possam ter nas vítimas, prestei cuidados às

mesmas ao nível físico, fornecendo apoio psicológico e facilitando o contacto com familiares.

Passo agora a abordar as competências não técnicas, essenciais na prestação de cuidados urgentes e emergentes, sendo estas a liderança, trabalho em equipa, gestão de tarefas e comunicação interpessoal (Neto et al., 2020).

O elemento que assume o papel de líder em situações de emergência, exceção e catástrofe, é reconhecido como um modelo para a equipa, devendo demonstrar o controlo da situação, garantindo a segurança pessoal e da equipa de intervenção, observar o contexto numa perspetiva global, mantendo-se de “mãos livres” e delegar funções aos restantes elementos da equipa, assegurando que estes conhecem as funções a desempenhar (Neto et al., 2020).

Apesar das recomendações da OE indicarem que os enfermeiros que integram a equipa de intervenção nas salas de emergência devam ser especialistas em EMC, no SUP essas dotações não são possíveis pela falta de recursos humanos com estas qualificações e em alternativa é sempre assegurada a presença de pelo menos um elemento com esta formação, sendo que este assume a responsabilidade de liderança da equipa de enfermagem durante a intervenção.

Na abordagem à vítima de trauma, PCR ou outra situação clínica súbita, a segurança dos profissionais de saúde que socorrem a vítima deverá ser uma condição, sendo que estes deverão ter ao seu dispor, EPI e condições para abordarem a vítima com segurança. Nos estágios no SUP e UCIP, intervi de forma a garantir a segurança pessoal e da restante equipa, mais especificamente, na admissão de doentes directamente para a sala de emergência, quando o enfermeiro triador identificava critério epidemiológico ou sintomatologia compatível com infeção por SARS-CoV-2, cumpri com as normas de proteção individual e procurei assegurar EPI a todos os profissionais que integravam a equipa de intervenção.

Nas experiências que tive na sala de emergência, observei de perto o papel diferenciador do enfermeiro especialista em EMC como elemento de referência da restante equipa de enfermagem e orientador na gestão de tarefas, tendo ainda uma visão geral de toda a situação e adequando as intervenções às necessidades da vítima. O enfermeiro especialista em EMC que assume o papel de líder também é o elemento que avalia a abordagem na sala de emergência e fomenta a reflexão em equipa sobre os aspetos positivos e os aspetos a melhorar na abordagem, com uma atitude construtiva e de formação contínua dos elementos da equipa.

Como já referido anteriormente, na competência comum de gestão de cuidados, inicialmente tive oportunidade de colaborar na atuação na sala de emergência, e com o desenvolvimento de competências, fui capaz de gerir situações de emergência com supervisão do enfermeiro tutor. Mais especificamente, numa das situações vividas na segunda metade do estágio no SUP, intervi com supervisão, numa ativação de sala de emergência em que foi admitida uma pessoa vítima de acidente de viação; iniciei então a avaliação de acordo com a metodologia ABCDE, já desenvolvida na competência anterior, assegurando a permeabilização da via aérea, respiração e monitorização, enquanto os outros colegas permeabilizavam acesso venoso, colhiam análises e preparavam medicação. Depois de garantida a estabilização da vítima, acompanhei a mesma para realização de exames imagiológicos e posteriormente encaminhei ao sector de ortopedia, passando a informação pertinente do doente ao colega responsável. Posteriormente estabeleci contacto com familiar de referência referido pelo cliente e informei sobre estado geral.

A intervenção na ativação da equipa de emergência interna, já relatada, em termos de organização, realizou-se de forma semelhante. O enfermeiro especialista em EMC da UCIP dirigiu-se ao serviço e com a colaboração dos colegas do internamento, geriu as intervenções a realizar na PCR, enquanto o médico também mobilizado, assegurava a via aérea com EOT, sendo que foi também o enfermeiro da UCIP que agilizou todo o planeamento de transporte do doente para a UCIP.

Na atuação em situações de emergência, a equipa multidisciplinar que irá intervir deverá ter conhecimento das intervenções a realizar e atuar de forma coordenada. Nestas situações, apesar de cada elemento conhecer as suas tarefas, a existência de um líder é um fator facilitador na abordagem, por ser o elemento que tem uma visão geral de todo o cenário e poder adequar melhor as intervenções à situação específica que está a ocorrer (Neto et al., 2020).

A liderança e uma gestão de tarefas eficaz na abordagem à pessoa em situação crítica, contribui para o sucesso de toda a intervenção, quando aliada às competências não-técnicas relativas ao trabalho em equipa e comunicação interpessoal (Neto et al., 2020).

O trabalho em equipa, reconhecido como uma das competências mais importantes nas equipas de SAV, envolve sete aspetos essenciais: a comunicação clara e objetiva entre os elementos da equipa; a definição de prioridades, coordenada pelo líder e fundamental para o sucesso da intervenção; a compostura e controlo, sendo importante que os elementos da equipa aceitem as indicações do líder e este tenha abertura para aceitar sugestões; a atitude positiva da equipa, havendo capacidade de, após a intervenção, refletir criticamente

sobre a mesma, numa atitude construtiva; a capacidade de adaptação perante diferentes cenários; a reavaliação constante do doente, através da metodologia ABCDE; a antecipação de ações com vista a prevenir intercorrências e agravamento da situação clínica do doente (Neto et al., 2020).

Independentemente do contexto laboral, o trabalho em equipa é uma competência sempre muito valorizada, no entanto, perante situações de catástrofe, emergência e exceção, é uma condição para a eficácia da intervenção. Nos estágios curriculares, integrei equipas de emergência na UCIP e na sala de emergência do SUP, assim como participei na situação de exceção provocada pelo estado pandémico, contribuindo através de um eficaz trabalho em equipa, para a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Para além das experiências vividas nos estágios, numa fase posterior aos mesmos, integrei a equipa da área de contingência Covid-19, e atualmente a equipa de Internamento Polivalente Covid-19, em que toda a equipa de profissionais de saúde era e continua a ser sujeita a mudanças constantes, de acordo com alterações das orientações das autoridades de saúde e alteração de critérios epidemiológicos e de internamento, assim como mudanças decorrentes das alterações das necessidades de internamento nestas unidades, situação em que as competências de trabalho em equipa, adaptação à constante mudança, resiliência e comunicação interpessoal foram essenciais para o sucesso dos cuidados.

Na saúde, a comunicação é uma ferramenta de trabalho fundamental para um eficaz trabalho em equipa, liderança e intervenção em situações de emergência. De acordo com Neto et al. (2020), uma comunicação ineficaz pode comprometer a eficácia da intervenção da equipa numa situação de emergência, reduzindo também a taxa de sobrevivência da vítima. Falhas de comunicação na equipa de saúde como as omissões, erros, falta de precisão ou priorização, são consideradas uma das principais causas de intercorrências que podem ser minimizadas com o treino de competências comunicacionais, através de formação teórica e prática e simulação de casos práticos em diversos cenários de urgência, emergência e catástrofe. Os elementos da equipa de intervenção deverão ainda ser capazes de assumir os diversos papéis na equipa, compreendendo as exigências de cada posição e atualizando constantemente a sua formação nesta área.

A comunicação efetiva nos momentos de transição de cuidados, transferências ou transmissão de informação entre profissionais, assume uma particular atenção, sob pena de comprometer a continuidade dos mesmos. Neste sentido, visando a segurança do doente e a continuidade de cuidados, um dos pilares, alvo de atenção no Plano Nacional para a

Segurança dos Doentes 2021-2026, é a comunicação, sendo que dois dos objetivos estratégicos traçados neste sentido foram “Otimizar a comunicação intra e interinstitucional” e “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” (p. 100).

Nas situações de urgência e emergência, a transmissão de informação deverá ser eficaz, objetiva e clara, sendo que para uniformizar a forma como esta se transmite nestas circunstâncias e noutras que implique a transição de cuidados, a DGS, na Norma nº 001/2017, regulamentou que todos os profissionais do SNS deverão recorrer à metodologia associada à mnemónica ISBAR, que orienta que a transmissão de informação se inicie pela Identificação (*Identify*) da localização, dos intervenientes na comunicação e do doente em questão, seguindo-se pela descrição da Situação Atual (*Situation*) e Antecedentes (*Background*) clínicos, de enfermagem, diretivas antecipadas de vontade, entre outros. Na transmissão de informação segue-se a transmissão de informações relativas à Avaliação (*Assessment*) do estado do doente, as intervenções já realizadas e a resposta do doente e, por fim são transmitidas as Recomendações (*Recommendation*) relativas ao tratamento planeado.

Como já abordado, as boas práticas recomendam o recurso da metodologia ISBAR na transmissão de informação na transição de cuidados, no entanto, na elaboração de registos eletrónicos e passagens de turno internas nos serviços, a metodologia adotada segue a mesma ordem de ideias da metodologia ABCDE(F). Nos estágios, recorri às metodologias de transmissão de informação e registo já referidas, conforme as indicações e utilização das mesmas, assegurando a continuidade dos cuidados e segurança dos mesmos. Aquando da transmissão de informação oralmente, nas transferências de serviços, passagens de turno e intervenção nas salas de emergência, procurei transmiti-la de forma clara, objetiva e eficaz, recorrendo a um tom de voz adequado, garantindo que o recetor recebe a informação corretamente.

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

A prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos é o cerne da terceira competência que o enfermeiro especialista em EMC, na área da pessoa em situação crítica, deverá ter desenvolvida com diferenciação, sendo que o profissional

com esta formação assume responsabilidades acrescidas na criação, implementação e cumprimento dos planos e normas neste âmbito e monitorização da eficácia das mesmas no serviço que integra. A intervenção especializada destes elementos contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, assim como para a segurança e integridade da equipa de saúde.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida pela OE (2017a) como sendo uma “situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (p. 5).

As IACS, de acordo com a WHO (2022), são consideradas umas das intercorrências mais frequentes na prestação de cuidados de saúde, sendo que muitas destas infeções são provocadas por microrganismos multirresistentes e colocam em causa a segurança do doente, familiares e profissionais de saúde, consistindo ainda numa sobrecarga financeira nos serviços de saúde.

Nos países considerados desenvolvidos como Portugal, é estimado que sete em cada cem pessoas internadas em hospitais de agudos, irão contrair pelo menos uma IACS ao longo do seu internamento, números que duplicam quando se trata de países em desenvolvimento. Em UCI, pelo grande número de intervenções e procedimentos invasivos e pela situação clínica frágil da pessoa internada, é estimado que até 30% dos doentes internados nestes serviços contraíam pelo menos uma IACS durante o internamento (WHO, 2022).

A sépsis, sendo uma complicação grave de uma infeção, que pode levar à falência multiorgânica ou mesmo à morte, é uma condição clínica que também está associada, em muitos casos, aos cuidados de saúde. Cerca de 23,6% de todos os casos de sépsis estão associados aos cuidados de saúde, no entanto, quando se trata de internamentos em UCI, estima-se que cerca de 48,7% dos casos tratados de sépsis resultam de uma IACS (WHO, 2022).

Dada a elevada incidência de casos de IACS, as suas consequências na saúde da população e nos serviços de saúde, o controlo de infeção consiste já numa preocupação das entidades gestoras de saúde, sendo que para prevenir, intervir e controlar a infeção e a nível mundial, nacional, regional e ao nível das instituições e serviços de saúde, foram criados e são atualizados com frequência planos de intervenção e projetos relativos a esta temática.

A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem publicado com regularidade, orientações relativas à prevenção, intervenção e controlo de IACS, assim como estratégias de educação e sensibilização dos profissionais de saúde e população em geral na adoção das Precauções Básicas para o Controlo de Infecção (PBCI).

A OMS publicou ainda, um relatório que analisa a situação global quanto à aplicação dos programas de prevenção e controlo de infeção, apresentando ainda, uma visão geral das estratégias utilizadas e recursos disponíveis para melhorar a situação dos países nesta área de intervenção (WHO, 2022).

A nível Nacional, a atualização mais recente do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) apresenta metas estratégicas e orientações a serem adotadas pelas instituições de saúde, com vista a prevenir e controlar a IACS (Ministério da Saúde, 2022). Já na RAM, são seguidas as orientações nacionais do PPCIRA, sendo que as diversas instituições de saúde, pública e privada, aplicam as estratégias e as recomendações, adaptando ao seu contexto.

Nas instituições de saúde em que exerci a minha atividade e em que realizei os estágios, dada a importância de prevenir e controlar a infeção, evitando a criação de resistências à terapêutica antibiótica, existem grupos de coordenação que se dedicam inteiramente à formação dos profissionais nestas áreas, auditorias aos serviços, criação/atualização de planos de intervenção, normas e fornecendo orientação e consultadoria em casos de exceção.

Nos serviços e unidades, também existe um elemento ou uma equipa destacada que, para além da prestação de cuidados de saúde, assumem responsabilidades acrescidas em matéria de prevenção e controlo de infeção, em colaboração com os grupos de coordenação da instituição, sendo que normalmente, esta responsabilidade é delegada a um enfermeiro especialista em EMC, pela sua diferenciação de conhecimentos e competências nesta matéria.

Os planos de intervenção, dos globais aos institucionais, incidem muita da sua atenção na divulgação das PBCI e de estratégias para a garantia do seu cumprimento. As PBCI assentam em boas práticas a serem adotadas por todos os profissionais de saúde e algumas, até pela população geral que contacta com serviços hospitalares, prevenindo a infeção e transmissão cruzada de microrganismos.

Nos serviços em que exerci a minha atividade profissional, assim como nos estágios curriculares do Mestrado, procurei conhecer os protocolos relativos à prevenção e controlo de infeção e orientações específicas de cada serviço, cumprindo com as normas de

boas práticas. Não sendo os enfermeiros que me orientaram nos estágios, os elos de ligação com o grupo de coordenação da PPCIRA, contactei com os elementos com esta responsabilidade com o objetivo de conhecer as suas responsabilidades nas equipas e atividades em vigor, sendo que na data dos estágios, o foco da atenção destes enfermeiros era relativo à prevenção da transmissão do vírus SARS-CoV-2 e formação dos colegas de serviço quando à diretrizes emanadas pelas autoridades de saúde, constantemente atualizadas pela evidência científica que ia surgindo.

No SUP e na UCIP, como já acima abordado, o doente crítico é uma pessoa muito suscetível à infeção, pela sua situação clínica frágil e pelos muitos procedimentos invasivos a que normalmente estão sujeitos. Nestes serviços, os protocolos referentes a estes procedimentos mais invasivos, sua manutenção e manuseamento dão um enfoque especial à necessidade de manter a maior assepsia possível na sua realização, mantendo os locais de inserção de dispositivos invasivos como CVC, LA, cateter vesical, cateter intracraniano, drenos, feridas, tubo orotraqueal associado à VMI, entre outros, o mais estéreis possível, orientando ainda os profissionais quanto aos materiais e equipamentos necessários para o sucesso do procedimento e cumprimento das PBCI.

Nestes serviços em que realizei estágio, o elemento responsável pelos projetos relativos à prevenção e controlo de infeção era enfermeiro especialista em EMC, colaborando com os grupos de coordenação da PPCIRA nas atividades a realizar e nas auditorias aos serviços nesta matéria.

Desde o início da pandemia, que a transmissão do vírus SARS-CoV-2 tem sido uma preocupação para as entidades responsáveis, principalmente no ano de 2020, altura em que realizei estágio, pelo que os cuidados com a prevenção e controlo de infeção foram redobrados, assim como os esforços dos grupos de coordenação e responsáveis dos diversos serviços e instituições. De acordo com a WHO (2022), estima-se que entre as pessoas hospitalizadas com resultado positivo para SARS-CoV-2, cerca de 41% foram infetadas nos serviços de saúde, indicando que os ambientes hospitalares são altamente suscetíveis à transmissão do vírus.

No período em que integrei a equipa da Área de Contingência, o contacto com o grupo de coordenação da PPCIRA do SESARAM era frequente, pela especificidade do serviço e importância do controlo de infeção pelo vírus SARS-CoV-2. As visitas destes elementos visaram a criação de circuitos e supervisão do cumprimento dos mesmos, supervisão do isolamento dos doentes e respetiva identificação. A segurança dos profissionais de saúde também foi um foco de atenção do grupo de coordenação do

PPCIRA, pelo que estes elementos sempre estiveram disponíveis para o esclarecimento de dúvidas e para fornecer formação à equipa.

2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

Os cuidados paliativos, são uma área relativamente recente, quando comparado com outras áreas da saúde. Teve o seu início no Reino Unido nos finais dos anos 50 e início dos anos 60. A sua fundadora foi Dame Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e posteriormente, médica, que se dedicou aos cuidados aos moribundos e que criou o conceito de “dor total”, que considera a influência das componentes física, emocional, social e espiritual na dor da pessoa. Fundou em Londres, o St. Christopher’s Hospice, em 1967, o primeiro hospício moderno, pioneiro no movimento dos cuidados paliativos (Clark, 1999) e em 1976, foi criada a primeira equipa móvel de cuidados paliativos, no *St. Thomas Hospital*, também em Londres, por Thelma Bates (Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (SFAP), 2000).

A difusão do movimento dos cuidados paliativos pela Europa deu-se com a criação da European Association of Palliative Care (EAPC) e o primeiro congresso europeu de cuidados paliativos teve lugar em Paris, em 1990 (SFAP, 2000).

Em Portugal, os cuidados paliativos tiveram início na década de 90, sendo que um marco importante para a sua difusão e desenvolvimento foi a criação da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos (APCP) a 21 de julho de 1995.

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), a criação da unidade de cuidados paliativos ocorreu apenas em 2012, destinada principalmente ao internamento de doentes com necessidades paliativas complexas e em fase aguda, sendo que pouco tempo depois foi também criada a consulta domiciliária de cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos têm evoluído consideravelmente, no entanto, a nível mundial, é estimado que, apenas 14% das pessoas que beneficiariam destes cuidados, tenham acesso aos mesmos, sendo que cerca de 78% destas pessoas sem acesso a cuidados paliativos se encontram em países com baixos e médios rendimentos (WHO, 2020).

Segundo a WHO (2020), os fatores que mais contribuem para este reduzido acesso da população a cuidados paliativos são: a não inclusão destes cuidados nas políticas e sistemas de saúde nacionais, a falta de formação dos profissionais de saúde em cuidados

paliativos e o acesso limitado, em alguns países, de medicação opióide para o alívio da dor e outros sintomas.

À semelhança do que acontece a nível mundial, em Portugal, a capacidade de resposta em cuidados paliativos é insuficiente, sendo que a tendência é para se agravar se a velocidade na criação de serviços especializados e de apoio em cuidados paliativos não for superior ao aumento das necessidades paliativas da população portuguesa.

A CNCP (2017, 2019, 2021) nos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), calcularam um número aproximado de pessoas que necessitaram destes cuidados em Portugal, nos anos 2015, 2017 e 2020, sendo que o PEDCP 2021-2022 reporta que no ano de 2020, houve entre 81 553 e 96 918 pessoas que necessitavam de cuidados paliativos, números superiores aos calculados pelo PEDCP 2019-2020, que estimaram que no ano 2017 este número encontrava-se entre 75 614 e as 89 861 pessoas, que por sua vez é superior ao reportado pelo PEDCP 2017-2018, que aponta que em 2015 houve 74 873 e 88 925 pessoas com necessidades paliativas. Com esta análise conclui-se que, desde 2015, o número de pessoas com necessidades paliativas tem vindo a aumentar progressivamente, justificando-se este aumento com o aumento da longevidade e o aumento das comorbilidades associadas.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), as projeções realizadas para o período compreendido entre 2018 e 2080, prevê-se que o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões e o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões, revelando assim que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Esta projeção revela ainda que, a região mais envelhecida de Portugal, em 2080 será a RAM, com o índice de envelhecimento a atingir os 429 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

A nível nacional e ao nível da RAM, os indicadores relativos ao envelhecimento da população e necessidades de cuidados paliativos, acima referidos, são preocupantes, pelo que, o investimento no cuidar da população idosa com doenças crónicas incapacitantes ou terminais assume uma importância cada vez mais marcante. O aumento da capacidade de resposta do serviço nacional de saúde em cuidados paliativos, permite um melhor acompanhamento das pessoas vivenciando situações clínicas complexas e crónicas, evitando situações de agudização críticas e diminuindo a recorrência destas pessoas ao SU.

As necessidades das pessoas em cuidados paliativos e o subdesenvolvimento desta especialidade em todo o mundo, de uma forma geral, levou à criação de organizações que

regulamentassem a prática destes cuidados e os difundissem pelos países. Deste modo, a EAPC, em conjunto com outras organizações mundiais dedicadas aos direitos humanos e aos cuidados paliativos (Associação Internacional de Cuidados Paliativos, Aliança Mundial de Cuidados Paliativos e Observatório dos Direitos Humanos) criaram um documento de afirmação destes cuidados no mundo, a Carta de Praga (EAPC, n.d.). Este documento teve a finalidade de apelar aos governantes, a integração dos cuidados paliativos nos serviços de saúde, garantindo que o acesso a estes cuidados deveria ser um direito de todos os cidadãos do mundo.

Em 2012, em resposta a este apelo das organizações mundiais e pelo reconhecimento da importância e urgência da integração destes cuidados no SNS, a Assembleia da República publicou a Lei nº 52/2012, que decreta uma lista de direitos de todos os cidadãos, relativamente ao acesso aos cuidados paliativos, que para além dos direitos da pessoa com necessidades paliativas, contempla ainda os direitos da família, deveres e responsabilidades do estado português na garantia de resposta adequada a este nível, entre outros pontos fundamentais que regem e orientam o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, focando as especificidades e principais objetivos dos mesmos.

Os cuidados paliativos, como já vimos acima, é uma área da saúde relativamente recente, no entanto, alguns princípios fundamentais valorizados de uma forma particular nesta área do cuidar, consistem em direitos humanos já afirmados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, como é exemplo o Artigo 5º e o Artigo 18º desta declaração que declaram que “Ninguém será submetido a...tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (p.489) e que “Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião..., assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado,...” (p. 490), respetivamente. A defesa destes direitos humanos em particular, assenta em dois dos princípios dos cuidados paliativos, relativos à obstinação terapêutica e respeito pela pessoa no seu contexto cultural e religioso.

A nível nacional, o principal documento de regulamentação dos cuidados paliativos em Portugal, é a já mencionada Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012, no entanto, existem outros documentos legislados que complementam, especificam ou operacionalizam o conteúdo desta lei, como é o caso da Lei nº 31/2018 que se refere aos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim vida que vem complementar a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, na medida em que especifica os

direitos das pessoas que encontram nesta fase de vida em particular. Já a Portaria nº 340/2015 é um documento que vem regular a operacionalização da Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP), conforme as diretrizes da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, no que concerne à caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Mais direcionado para os profissionais que exercem a sua atividade numa instituição de saúde, a DGS elaborou a “Carta dos Direitos do Doente Internado” que consiste numa compilação de catorze direitos fundamentais que todo o doente internado tem, em qualquer serviço ou instituição de saúde e que também inclui o direito de toda a pessoa ter acesso a cuidados paliativos, se assim a sua condição clínica o exigir.

Por fim, a Lei nº 100/2019 que consiste na aprovação do estatuto do cuidador informal, não estando diretamente relacionada com a regulamentação e desenvolvimento dos cuidados paliativos, veio contribuir consideravelmente para a melhoria das condições das pessoas que se dedicam a cuidar dos seus familiares ou pessoa significativa com doenças incapacitantes, evitando a institucionalização destas pessoas e melhoramento da sua qualidade de vida.

A EAPC, na Carta de Praga, considera como área prioritária de desenvolvimento, a formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, defendendo a inclusão de unidades curriculares nesta matéria nos cursos de formação pré-graduada, assim como um investimento na formação pós-graduada e especializada em cuidados paliativos, visando a maior diferenciação dos cuidados neste âmbito (EAPC, n.d.). A lei nº 52/2012 assume como indicador de qualidade dos cuidados paliativos, o nível de formação e experiência profissional dos diferentes elementos que compõem a equipa de cuidados paliativos e ainda, a Portaria nº 340/2015 define que todos os profissionais que integram estas equipas deverão possuir formação específica na área, nos termos definidos pela CNCP.

Nos PEDCP dos biénios 2017-2018, 2019-2020 e 2021-2022, o eixo prioritário “Formação” tem sido uma constante, sendo que a CNCP (2021) cita que “A formação é fundamental para a constituição de novas equipas/ unidades, para o desenvolvimento de competências em cuidados paliativos das equipas multidisciplinares e para garantir os diferentes graus de complexidade das intervenções, sendo por isso um eixo estratégico” (p.30) e “É importante que cada elemento de cada equipa de cuidados paliativos possa desenhar um programa de formação contínua que integre a especificidade de cada área profissional” (p.33).

No que concerne aos níveis de formação mínima exigida aos profissionais de saúde que integram as equipas de cuidados paliativos, nos três contextos de atuação existentes em Portugal, o Despacho nº 3721/2019 define que, em relação à equipa de enfermagem, é exigido no mínimo, formação em cuidados paliativos, com uma componente teórica idealmente avançada e formação prática (estágio em cuidados paliativos) superior a 70 horas.

Relativamente às dotações de enfermeiros especialistas em EMC, nos três contextos de atuação em cuidados paliativos, está previsto no Regulamento nº 743/2019, que as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos devem incluir pelo menos dois enfermeiros especialistas em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, sabendo que estas equipas também devem ser constituídas por um mínimo de dois enfermeiros.

Quanto ao contexto hospitalar, em conformidade com o mesmo Regulamento, nas unidades de cuidados paliativos, a dotação de enfermeiros especialistas em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, deverá ser, preferencialmente de 50%, em permanência nas 24 horas, todos os dias da semana, devendo esta regra manter-se ainda na constituição de cada turno. Já as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, deverão ser compostas apenas por enfermeiros especialistas em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Com a análise das dotações necessárias de enfermeiros especialistas em EMC, nos diversos contextos de prestação de cuidados paliativos, é evidente que as competências acrescidas destes profissionais são diferenciadoras na prestação de cuidados e reconhecidas como essenciais no desenvolvimento das equipas que prestam cuidados paliativos especializados e no desenvolvimento de investigação nesta área.

A intervenção nesta área específica do cuidar, assenta em quatro áreas fundamentais ou pilares dos cuidados paliativos, que de uma forma abrangente, abordam os pontos essenciais a ter em conta na prestação de cuidados a pessoas e familiares com estas necessidades. Estas áreas fundamentais, descritas por Twycross (2003) e adotadas no Regulamento nº 188/2015, são o controlo sintomático, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa, sendo que cada uma destas áreas tem igual importância no cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, com necessidades paliativas.

Nos subcapítulos seguintes, encontra-se desenvolvidos os quatro pilares dos cuidados paliativos, incluídos na descrição do processo de desenvolvimento das competências específicas da área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

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

Cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, com necessidades paliativas, é sempre desafiador, pela abrangência destes cuidados e ao mesmo tempo, pela especificidade dos mesmos.

A competência em ênfase neste subcapítulo foi desenvolvida maioritariamente na unidade curricular Estágio III - Opção, que como já referido, foi realizada no âmbito dos cuidados paliativos e a prática clínica orientada foi realizada na UCP do Hospital Dr. João de Almada, unidade que integra o SESARAM.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na área dos cuidados paliativos tem sido uma constante ao longo da minha carreira. Porém, foi no curso de mestrado que, tendo já algumas bases nesta área, pude consolidar conhecimentos e refletir criticamente, com as aulas teóricas do primeiro semestre e desenvolver competências aos vários níveis, no estágio na UCP, tanto ao nível do internamento de agudos, como ao nível domiciliário.

Já nos estágios I e II, referentes à prática do serviço de urgência e cuidados intensivos, respetivamente, estive atenta às situações em que as pessoas doentes apresentavam necessidades paliativas, as adaptações realizadas nos serviços para fazer face a estas necessidades e o encaminhamento que era dado a estas pessoas.

A necessidade de cuidados paliativos engloba pessoas portadoras das mais diversas patologias; em termos percentuais, é estimado que cerca de 38,5% das pessoas com necessidades paliativas possuem doenças cardiovasculares, 34% são doentes oncológicos, 10,3% possuem doenças respiratórias, 5,7% são portadores de HIV (vírus da imunodeficiência humana) e 4,6% sofrem de diabetes. Para além destas patologias, outras doenças podem estar associadas à necessidade de cuidados paliativos, como falência de órgão, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doença neurológica, demência, anomalias congénitas e tuberculose resistente a medicação (WHO, 2020).

Quando as pessoas com necessidades paliativas são referenciadas atempadamente, estas vivem com uma qualidade de vida superior, com os sintomas controlados, menos situações de agudização e necessidade de internamentos, assim como a pessoa têm acesso a apoio psicológico e espiritual que se alarga à sua família e que permite uma melhor adaptação à situação a vivenciar (Raskin, 2020).

O processo de admissão e acompanhamento pela equipa de cuidados paliativos da UCP inicia-se quanto um profissional, familiar ou o próprio doente, reconhecem necessidades paliativas na pessoa doente e fazem a referência para a equipa de cuidados paliativos. Independentemente do local onde o doente se encontre, internamento ou domicílio, este entra numa lista de espera até à primeira avaliação pela equipa de cuidados paliativos e posteriormente é acompanhado, de acordo com as suas necessidades.

Neste processo, ao longo do estágio, pude identificar dois fatores adversos que dificultam a eficácia da abordagem da equipa de cuidados paliativos, sendo estas, a referência tardia dos doentes, muitas vezes referenciados em fase terminal e agónica e a falta de capacidade de resposta das equipas domiciliárias de cuidados paliativos, existindo um elevado número de pessoas referenciadas, ainda aguardando pela primeira avaliação, sendo que algumas acabam por falecer previamente a esta.

Autores como Pazes et al. (2020), evidenciam a necessidade de sensibilização dos diversos sectores da saúde, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, para a integração de ações paliativas nos cuidados, em parceria com as equipas especializadas, referenciando para estas equipas, as pessoas e famílias com necessidades paliativas mais especializadas.

Wang (2017) defende que os serviços de urgência são um dos locais mais propícios à identificação de pessoas com necessidades paliativas e referência das mesmas para cuidados paliativos especializados, pois estes serviços são a principal porta de entrada de doentes nos hospitais, em que as pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva recorrem com frequência, por perda funcional, descontrolo sintomático e exaustão do cuidador. Este autor já reconhecia os benefícios de uma referência precoce para cuidados paliativos, citados acima por Raskin (2020), acrescentando que ao diminuir as situações de agudização, reduz consequente, a necessidade de recorrer aos SU.

Capelas et al. (2016), defendem também uma intervenção paliativa precoce, conforme descrito pelo Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises concebido por Gómez-Batiste et al. (2005), que prevê uma articulação entre diferentes tipos de

intervenções, curativa e paliativa, ao longo de todo o processo de evolução da doença, priorizando as necessidades do doente e sua família e mantendo o apoio à mesma, durante o processo de luto.

No estágio realizado no SUP, apesar de estar mais destinada à SCE e à SO, pude aperceber-me que recorriam a este serviço, com frequência, pessoas com descontrolo sintomático, em fase agónica ou encaminhadas ao SUP por exaustão do cuidador, confirmando os dados de Wang (2017). Pude observar ainda, que muitos profissionais, nomeadamente os enfermeiros especialistas em EMC, são detentores de conhecimentos que lhes permite identificar as pessoas com necessidades paliativas e as encaminham para a UCP, no entanto, a abordagem à família era dificultada pela situação pandémica vivida na altura. Neste sentido, muitas vezes era a equipa de cuidados paliativos que acabava por explicar à família o motivo da transferência para a UCP e desmistificar o conceito de cuidados paliativos, tarefa que deveria ser realizada antes da transferência, evitando que a família fique ansiosa e com medos associados à natureza do serviço. Na UCP pude confirmar os factos apurados no SUP, sendo que muitas das admissões na unidade eram provenientes deste serviço e, na possibilidade de a família não ter sido preparada, foi realizado um acolhimento à mesma o mais precocemente possível para contextualizar a situação.

Os profissionais de saúde, para identificar corretamente as pessoas com necessidade paliativas devem ter, pelo menos, formação básica em cuidados paliativos e recorrer a ferramentas validadas para auxiliar no processo de tomada de decisão. Atualmente, encontra-se traduzido e validado para Portugal, um instrumento que visa auxiliar os profissionais de saúde na identificação de pessoas em situação de doença grave e irreversível, permitindo ainda avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento. Este instrumento é conhecido por “SPICT-PT” ou “Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte” e foi originalmente desenvolvido pela Universidade de Edimburgo e traduzido e validado para população portuguesa, por Mira (2020), na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ao longo do estágio na UCP, estive envolvida na admissão de doentes provenientes de vários contextos, nomeadamente do serviço de urgência, de serviços de internamento intra-hospitalar (principalmente serviços de medicina, cirurgia e hemat-oncologia) e do domicílio, no caso de já serem acompanhados pela equipa de cuidados paliativos. Admiti doentes, inicialmente em parceria com enfermeira tutora e posteriormente de forma autónoma, percorrendo todas as etapas do processo de

enfermagem, desde a avaliação inicial, onde foram avaliadas as necessidades do doente e família em todas as dimensões, recorrendo a escalas validadas e em vigor na UCP. Procurei acolher também a família, assim que possível, permitindo também uma avaliação das necessidades das mesmas.

No processo de admissão, avaliei o grau de dependência da pessoa nas diversas atividades de vida, através do modelo de Nancy Rooper, modelo em vigor nas unidades de internamento do SESARAM, recorrendo também à aplicação da escala de Barthel.

Ainda neste âmbito, na UCP, recorri a um instrumento de avaliação muito específico para a área dos cuidados paliativos e também muito utilizado, a Palliative Performance Scale (PPS) ou Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos. Esta escala avalia o desempenho da pessoa em cinco parâmetros: a deambulação, a atividade e evidência de doença, o autocuidado, a capacidade de ingestão e o nível da consciência, resultando numa percentagem de desempenho, em que 100% significa que a pessoa é autónoma e 0% significa que a pessoa faleceu.

Em cuidados paliativos, com a avaliação da dependência do doente, não é esperado, de uma forma geral, que esta diminua, mas que se retarde. Já os resultados obtidos através da aplicação periódica da escala PPS, consistem num indicador geral sobre a proximidade da morte e do nível e tipo de cuidados de enfermagem necessários, sendo ainda um importante indicador da evolução da doença nos doentes acompanhados no domicílio.

No que concerne à avaliação de sintomas, na admissão, apliquei escalas específicas para doentes com necessidades paliativas, em vigor na UCP, de acordo com os protocolos do serviço e as orientações dos autores, avaliando ainda o impacto destes sintomas na qualidade de vida da pessoa e família. As escalas aplicadas foram a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), The Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC), Confusion Assessment Method (CAM) e a Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), escalas traduzidas e validadas para Portugal e utilizadas na UCP.

Já relativamente à dimensão espiritual, recorri também à escala em vigor na UCP para este efeito, denominada de Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, construída e validada em Portugal. Esta escala é de autoavaliação e é composta por cinco itens divididos em duas subescalas, uma relativa às crenças (três primeiros itens) e uma relativa à esperança/otimismo (dois últimos itens) (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Previamente à avaliação da espiritualidade através desta escala, preocupei-me em estabelecer com o cliente uma relação terapêutica e de confiança, com o objetivo de a

pessoa responder à escala com sinceridade e abrir-se à intervenção dos profissionais nesta área, pois esta dimensão é muito íntima e individual.

Baseando-me nos dados resultantes da avaliação inicial, construí planos de cuidados numa visão holística, identificando os focos de enfermagem nas várias dimensões da pessoa e criando diagnósticos individualizados. Com base nos diagnósticos identificados, planeei intervenções, validando as mesmas com a pessoa doente, quando esta reuniu condições para tal e, perante alterações do estado geral e surgimento de novos focos de atenção, reformulei os planos de cuidados.

Os planos de cuidados de enfermagem devem refletir ainda, intervenções que garantam o respeito pela dignidade da pessoa, e consequentemente o respeito pelos direitos humanos, conforme o artigo 1º, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que diz que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (p.489).

Em Portugal e na área dos cuidados paliativos, a dignidade é também considerada uma base fundamental para a humanização dos cuidados, estando descrito na Lei nº52/2012, de 5 de setembro, que “Os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana” (p.5119).

O conceito de dignidade humana é um conceito sujeito a variações de acordo com os autores, podendo ser entendido de uma forma geral, como a consciência do valor do ser humano que o torna merecedor de ser cuidado e protegido, para que tenha a oportunidade de concretizar todas as potencialidades do ser humano e viver em paz consigo próprio, de acordo com a sua própria identidade, que inclui os valores pessoais, espirituais, crenças, cultura e objetivos (Kuçuradi, 2019).

Manter a dignidade na fase final de vida é um dos valores dos cuidados paliativos, tanto para a pessoa doente como para a sua família. O estudo de Sandgren et al. (2020) mostra que a expressão da dignidade é multifacetada e complexa e que, para a família, a dignidade inclui, ser capaz de manter a sua identidade, sentir-se conectado com as pessoas à sua volta e estar confortável na situação complexa presente.

A garantia da dignidade da pessoa em cuidados paliativos não é apenas concretizada através das intervenções terapêuticas com vista à garantia do bem-estar físico, mas também através da forma como a pessoa é vista, através da sua imagem pessoal. Os cuidados neste âmbito implicam cuidados a vários níveis, incluindo na manutenção da

autonomia, integração no planeamento de cuidados, cuidados na autoestima, manutenção de papéis e privacidade (Ostlund et al., 2019).

No subcapítulo relativo ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal já foram justificadas a necessidade do respeito pelos princípios éticos, direitos humanos e dos doentes em cuidados paliativos, pelo que não voltaria a ser contextualizado teoricamente aqui.

Ao longo do estágio na UCP, na prestação de cuidados diária, geri os cuidados conforme os planos, respeitando sempre o tempo do doente, a sua privacidade, as necessidades manifestadas e as preferências do mesmo, reavaliando os sintomas com recurso às escalas já referidas, considerando ainda as variáveis agravantes desses sintomas, podendo ser estas variáveis de origem fisiológica, psicológica, social, familiar e/ou espiritual. Procurei ainda, preservar a dignidade da pessoa doente e família, reconhecendo e promovendo a autonomia da pessoa e participação nos processos de tomada de decisão relativos ao seu plano de cuidados.

A promoção da autonomia do doente em cuidados paliativos, não tendo como objetivos a cura da situação clínica ou o aumento exponencial das capacidades, visa essencialmente dotar a pessoa doente e seus familiares de condições físicas, psicológicas e sociais para que esta fase de vida seja vivida com a maior plenitude possível, possibilitando a realização de alguns desejos e objetivos. Cabe à equipa interdisciplinar que apoia as pessoas em situação paliativa trabalhar neste sentido e planear em tempo útil a alta do doente, quando este e a família reúnem condições para tal.

No estágio na UCP, tive oportunidade de cuidar de uma pessoa proveniente do serviço de cirurgia, com potencial para ter alta e estive envolvida em todo o processo de preparação para a mesma, desde o controlo sintomático, participação em conferências familiares, incluindo a família e a própria doente, capacitação da família para apoiar a sua mãe no domicílio e acompanhamento após a alta. Sendo que esta doente era portadora de uma doença oncológica avançada e de avanço rápido, todo este processo foi realizado com alguma celeridade, sob pena de a pessoa perder a oportunidade de passar mais algum tempo, com alguma autonomia, no seu meio familiar.

Nas visitas domiciliárias também é realizado um trabalho fundamental neste âmbito, pois, apesar de as pessoas já se encontrarem no domicílio, a intervenção da equipa interdisciplinar de cuidados paliativos é fulcral no apoio à pessoa doente e à família, no

sentido de evitar o internamento por descontrolo sintomático, fase terminal e agónica, por sobrecarga do cuidador, por falta de apoios sociais, entre outros motivos.

O controlo sintomático, como já referido anteriormente, é um dos pilares dos cuidados paliativos, fundamental para a garantia do conforto e qualidade de vida das pessoas nesta fase de vida. A definição de cuidados paliativos, presente na Lei nº52/2012 e já citada anteriormente, assume que estes cuidados garantem a “...prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais” (p. 5119).

O controlo dos sintomas é um dever ético de todo o profissional de saúde, no sentido do alívio do sofrimento e respeito pela dignidade da pessoa (OMS, 2020). Como já vimos, as pessoas com necessidades paliativas podem ser portadoras de uma grande diversidade de doenças e manifestam também um largo espectro de sintomas, de acordo com a patologia de base. Em doentes oncológicos, o sintoma mais comum é a dor e é também o sintoma alvo de uma maior investigação e investimento; no entanto, quando apurado o sintoma mais frequente em doentes paliativos em geral, podemos observar que a dor fica em segundo lugar, sendo que o sintoma mais comum é a astenia (Neto, 2017).

Já de acordo com a WHO (2020), os sintomas mais frequentes e que provocam um maior sofrimento em pessoas com necessidade de cuidados paliativos são a dor e a dispneia, sendo que se estima que cerca de 80% das pessoas portadoras de HIV ou doença oncológica e 67% das pessoas com doença cardiovascular ou doença pulmonar obstrutiva crónica, irão experienciar dor moderada a severa na fase final da sua vida. Estas duas fontes, embora apresentem resultados diferentes, concordam que a dor é de facto, dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes em cuidados paliativos e os profissionais de saúde devem possuir bases sólidas no controlo e tratamento deste sintoma, sustentado por evidência científica recente.

Para além da dor, astenia e dispneia, outros sintomas comuns em cuidados paliativos como náuseas e vómitos, síndrome de anorexia/caquexia, *delirium*, insónia, obstipação e diarreia são também sintomas altamente causadores de sofrimento, principalmente porque, num doente paliativo com descontrolo sintomático, alguns destes sintomas podem surgir em simultâneo. Esta simultaneidade de sintomas aumenta a complexidade clínica da pessoa e requer um maior cuidado e competência na abordagem terapêutica. Salvaguarda-se que a avaliação de sintomas deverá ser, sempre que possível, realizada pela pessoa doente e a valorização e hierarquização destes é individual e única, devendo ser respeitada e tratada conforme a avaliação realizada (Neto, 2017).

O correto tratamento de sintomas tem por base a sua correta avaliação e valorização pela equipa interdisciplinar, adotando sempre uma abordagem centrada no doente. Para tratar corretamente os sintomas, deve-se ter em conta alguns princípios gerais defendidos por Neto (2017), sendo estes: avaliação correta dos sintomas; monitorização regular dos sintomas, recorrendo a escalas, sempre que possível; definição de um plano terapêutico que inclua medidas farmacológicas e não farmacológicas; atuação preventiva, através da construção de um plano terapêutico com medicação regular e pautada, recorrendo a medicação em SOS sempre que necessário; adequação da via de administração, optando pela via menos invasiva; estabelecimento de planos de cuidados com o doente e família; atender aos detalhes do plano de tratamento.

Uma eficaz avaliação de sintomas e contínua monitorização dos mesmos, com recurso a instrumentos de avaliação fidedignos, contribui para um adequado tratamento em tempo útil. Esta avaliação deverá ser realizada de forma uniforme entre todos os membros da equipa, recorrendo a instrumentos de avaliação devidamente validados e adequados à população alvo, neste caso, a doentes paliativos.

Ao longo do estágio a UCP, intervi no controlo sintomático de pessoas com necessidades paliativas internadas, cumprindo com o objetivo de controlo efetivo dos sintomas nas primeiras 48 horas de intervenção, tempo preconizado por Neto (2017), que defende que este deve acontecer nas primeiras 48-72 horas após a implementação do plano de cuidados, sob pena de o doente se manter em sofrimento, colocando em risco a relação terapêutica e de confiança.

Os doentes paliativos, tendem a apresentar uma elevada carga sintomática, podendo apresentar, em média, seis sintomas em simultâneo. No que respeita ao controlo farmacológico de sintomas, apesar da importância do uso de opióides, as medidas farmacológicas não se esgotam neste grupo de fármacos, sendo associados fármacos neurolépticos, benzodiazepinas, antieméticos e corticoides, para controlo de sintomas como náuseas e vômitos, dor e a dispneia, o *delirium*, agitação psicomotora, entre outros. Neste contexto, os profissionais de saúde devem ser dotados de conhecimentos alargados sobre os fármacos, indicações *off label* e adequação das vias de administração. (Neto, 2017).

No controlo de sintomas, para além de adotar e gerir medidas farmacológicas, num eficaz trabalho em equipa, adotei medidas não farmacológicas no controlo de sintomas e prevenção de surgimento dos mesmos, como massagem corporal para aumento do conforto, hidratação da pele para prevenir pele seca e prurido, gestão da entidade

ambiental, gerir a luminosidade e outros estímulos nos doentes com elevado risco de convulsão, respeitar o sono do doente, elevar a cabeceira para controlo da dispneia, alívio de xerostomia prestando cuidados à boca e fornecimento de alimentos frios, conforme desejo do doente, entre outras medidas que foram adotadas para maximizar o conforto e qualidade de vida.

Neste sentido, considere ainda as variantes que poderiam influenciar a dor ou outro sintoma da pessoa, numa visão holística, como é exemplo, uma cliente cuidada na UCP que sentia medo de ir para casa por não querer ser uma sobrecarga para a sua filha e que, após resolvida esta situação, a dor encontrava-se mais controlada, ou outra situação em que um cliente aguardava ansiosamente pela chegada do filho do Reino Unido a que pude associar uma melhoria considerável da ansiedade e dispneia do mesmo, após a sua chegada. O impacto das variantes psicológicas, sociais e espirituais nos sintomas físico da pessoa em cuidados paliativos era já muito valorizada por Cicely Saunders, quando criou o termo de “dor total”, um conceito que define a dor como uma experiência avassaladora, não apenas física, mas também emocional, social e espiritual. Esta visão holística de Saunders implica que os cuidados de saúde a estas pessoas devem ir ao encontro das suas necessidades e que devam ser exploradas nas diversas dimensões, fatores que possam influenciar o sofrimento da pessoa (Wood, 2021).

Nas consultas domiciliárias, o trabalho efetuado no âmbito do controlo sintomático exige uma atuação muito focada na prevenção de sintomas, a capacitação da família para a gestão de sintomas, sendo fundamental existir um apoio da equipa de cuidados paliativos a estes cuidadores a tempo integral, algo que ainda não é possível na RAM, apesar dos esforços da equipa neste sentido.

A abordagem ao doente por uma equipa interdisciplinar especializada em cuidados paliativos, aliado à individualização do plano de cuidados, revela uma elevada taxa de sucesso das intervenções dos profissionais. Contudo, numa pequena percentagem de casos, os sintomas são refratários aos tratamentos implementados, podendo o descontrolo de sintomas estar associado a uma complicação clínica. Estas situações são as denominadas urgências paliativas e requerem intervenções específicas e por vezes mais invasivas, tendo como objetivo primordial o conforto do doente.

As urgências em cuidados paliativos são situações que ocorrem e que podem levar à morte ou comprometer severamente a qualidade de vida das pessoas neste contexto. As urgências paliativas mais comuns, descritas por Noble (2019) são a compressão medular, obstrução da veia cava superior, hemorragia, distúrbios metabólicos, problemas

neurológicos (convulsão, delirium), fraturas e trombose venosa aguda. Na ocorrência destas situações, os princípios que devem guiar a abordagem à pessoa em cuidados paliativos são a trajetória esperada da doença, o estágio da doença, o prognóstico, as comorbilidades associadas e os desejos do doente, visando sempre a promoção da autonomia, o controlo dos sintomas e melhoria de qualidade de vida.

O descontrolo sintomático deve também ser considerado uma situação de exige uma intervenção urgente pois, apesar de não colocar a vida do doente em risco iminente, é causador de sofrimento, comprometendo o conforto e qualidade de vida desejados para a pessoa doente e sua família nesta fase.

São exemplos de algumas intervenções mais invasivas, que podem ser necessárias em contexto de cuidados paliativos, uma cirurgia para tratamento de uma oclusão intestinal, descompressão medular, radioterapia ou quimioterapia paliativa para controlo sintomático, entre outras situações que são ponderadas, tendo em conta os princípios da beneficência e não maleficência, contexto clínico, estado geral da pessoa doente e claramente, os desejos da mesma.

No estágio realizado na UCP, procurei inicialmente tomar conhecimento dos protocolos de atuação nas situações de urgência mais comuns e esclareci dúvidas com a enfermeira tutora. Posteriormente fui capaz de reconhecer nas pessoas cuidadas, potenciais situações de agudização e atuei no sentido da prevenção de intercorrências. Mais especificamente, cuidei de pessoas portadoras de feridas malignas, com alto risco de hemorragia, no internamento e no domicílio, prestando cuidados preventivos e realizando ensinamentos aos cuidadores, também com o objetivo de prevenção e intervenção mais adequada no caso de ocorrer hemorragia. Ainda no âmbito preventivo, monitorizei sintomas, tendo em conta a patologia de base, como é exemplo as situações de convulsão em pessoas com metastização cerebral.

Não foram muitas as emergências que surgiram ao longo do estágio na UCP, no entanto, colaborarei com a colega responsável na intervenção numa pessoa com suspeita de tromboembolismo pulmonar e estabilização do mesmo, mobilizando os conhecimentos inerentes ao cuidado ao doente crítico. Outra situação vivida, consistiu no aconselhamento telefónico à cuidadora de uma pessoa acompanhada pela equipa de cuidados paliativos no domicílio, no controlo da hemorragia de uma ferida oncológica, evitando uma deslocação da mesma ao serviço de urgência. Comuniquei posteriormente a situação à equipa de cuidados paliativos do domicílio, que deram continuidade aos cuidados no dia seguinte.

Como acabei de referir acima, em situações específicas e justificáveis, é indicado a realização de procedimentos invasivos em pessoas com doença incurável, avançada e progressiva; porém, de uma forma geral, nos diversos serviços de saúde, estas pessoas ainda estão sujeitas a “procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido” (p.5119), prática esta denominada de obstinação diagnóstica e terapêutica, de acordo com a Lei nº52/2012.

Neste contexto, a Lei nº31/2018, de 18 de julho, no artigo 4º, pretende garantir que

as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento, previamente discutido e acordado, e a não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento, em conformidade com o previsto nos códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros e nos termos de normas de orientação clínica aprovadas para o efeito (p.3238).

O enfermeiro especialista em EMC, com competências desenvolvidas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, tem a responsabilidade de reconhecer esta prática e intervir através da sensibilização da equipa no sentido de a evitar, zelando pelos direitos do doente e prevenindo falsas esperanças para a pessoa doente e família e consequente aumento do sofrimento.

Nos estágios realizados, pude observar de perto uma situação, em que considero que houve obstinação terapêutica, sendo que esta experiência já foi descrita e refletida acima, no desenvolvimento das competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Refere-se à experiência vivida na sala de emergência, relativa a uma vítima de PCR que foi alvo de uma intervenção muito mais prolongada do que o recomendado com recurso a equipamentos não indicados para a situação.

Já na minha prática clínica recente, tenho refletido e discutido em equipa de enfermagem e com a equipa médica, casos clínicos e intervenções planeadas por ambos os grupos profissionais, que poderão ser fúteis, assim como redefinição dos objetivos terapêuticos em determinados casos. Esta nova abordagem na equipa, inicialmente foi desafiadora e nem sempre bem recebida, no entanto, houve já alguns ganhos, principalmente para os doentes e noto também mais alguma sensibilidade e espírito crítico na abordagem à pessoa em contexto de doença grave, avançada e progressiva e em fim de vida.

Ao longo do desenvolvimento desta competência, em todas as áreas de intervenção é realçada a importância da família como parceira nos cuidados à pessoa com necessidades paliativas e também como alvo dos cuidados, pelo que o apoio à família consiste, como já referido, num dos quatro pilares dos cuidados paliativos que passo agora a aprofundar um pouco mais e relatar o meu desenvolvimento de competências neste âmbito.

No presente relatório, quando me refiro à família da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, adoto a definição de Brent et al. (2018), que defende que a família da pessoa doente são as pessoas próximas ao mesmo social e emocionalmente, não tendo necessariamente de ter laços de consanguinidade, ou seja, a família da pessoa doente, são as pessoas que esta identifica como tal. São um componente essencial nos cuidados de saúde e bem-estar, desempenhando muitas vezes o papel de cuidadores primários e defensores da pessoa doente, quando esta já não tem capacidade para manifestar a sua vontade.

A inclusão da família nos cuidados é claramente uma mais-valia. Contudo, deve ser priorizada a preservação pela dignidade da pessoa doente, respeitando a sua vontade, também no que respeita à partilha de informações e garantindo a sua participação nos processos de tomada de decisão. A participação do doente e família na construção de planos de cuidados é fundamental e a colaboração de todos no cumprimento do mesmo contribui para o alcance dos objetivos terapêuticos (Brent et al., 2018).

A OE, reconhecendo a importância da família na abordagem paliativa, decretou na Lei nº52/2012, referente à Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que a família da pessoa com necessidades paliativas tem também uma lista de direitos, que se encontram descritos no referido documento.

Nesta ordem de ideias, no estágio na UCP, aquando da admissão, solicitei a identificação do familiar de referência, registando e transmitindo em passagens de turno esta informação e estabeleci contacto com este familiar para que, assim que possível, se dirigisse à unidade para que fosse adequadamente acolhido também no serviço.

As visitas dos familiares foram momentos propícios que me permitiram acolhê-los na unidade e iniciar uma relação terapêutica, conhecer melhor o contexto familiar em que a pessoa doente se insere, conhecer as expectativas face ao processo de doença do seu ente querido, esclarecer dúvidas e mitos relativos aos cuidados paliativos e identificar focos de atenção e áreas a intervir. Em uma das situações vividas, aquando da visita da filha de um doente que tinha vindo a acompanhar, apesar de já não ser a sua primeira vez na UCP,

realizei o acolhimento e este foi o momento em que ela partilhou comigo a dificuldade que sentia em lidar com a mudança do estado de saúde do pai e que a proximidade da morte a angustiava, principalmente por esta não conseguir reconhecer os sinais que indicavam a proximidade da morte. Expliquei sucintamente o percurso normal da doença do pai, mencionando alguns sinais que este apresentava e que indicava a proximidade da morte como é exemplo o aumento dos períodos de sono e a astenia. Propus ainda à filha a leitura de um guia realizado pela equipa da UCP, denominado “Longe da vista... perto do coração”, destinado essencialmente aos familiares, com o objetivo de quebrar alguns mitos, reconhecer sinais da proximidade da morte, esclarecer a mudança das necessidades ao longo da progressão da doença, entre outros aspetos práticos. A filha ficou agradecida e numa visita posterior procurou-me no sentido de esclarecer dúvidas e validar algumas características que podia identificar, estando agora muito mais calma e mais preparada para a morte do seu pai.

Nas consultas domiciliárias em que pude participar, apesar de serem curtos espaços de tempo em que são validas muitas informações e ensinamentos, são momentos privilegiados em que, no ambiente familiar, é possível detetar necessidades físicas, emocionais e de apoios sociais e explorados alguns conceitos do cuidar, desadequados ao contexto clínico do doente. Numa das visitas domiciliárias, ao validar conhecimentos sobre a aplicação de pensos transdérmicos de fentanilo, pude constatar que o cuidador estava a aplicá-los no local onde o doente referia a dor e não nos locais adequados. Realizei ensinamentos sobre os locais corretos de aplicação do penso e expliquei com linguagem simples a forma de atuação desta via de administração de medicação. Nesta visita, uma das preocupações da cuidadora era a redução progressiva das quantidades de alimentos que a doente tolerava e as náuseas e vômitos frequentes, pelo que desmistifiquei as crenças relativas à alimentação em fim de vida, focando na priorização do conforto e adequação da alimentação, conforme a tolerância e as preferências, sendo que a médica presente deu continuidade à intervenção, validando a informação já transmitida e introduzindo terapêutica para controlo sintomático.

Para além das visitas de familiares no internamento e das consultas domiciliárias, outra estratégia muito utilizada em cuidados paliativos e eficaz na integração da família e apoio à mesma, é a conferência familiar. Esta estratégia, segundo Sanderson et al. (2017), consiste numa reunião centrada na pessoa doente em que a sua presença é importante, se esta reunir condições para tal e o desejar, sendo também fundamental a presença da família e dos profissionais de saúde que a equipa considerar adequados e necessários. Estas

reuniões permitem a partilha de preocupações de todos os participantes, a entrega de mensagens de conforto e apreço, preparação para a morte, gestão de esperanças e objetivos, esclarecimento da situação clínica e de sintomas apresentados, planeamento de cuidados futuros, entre outros assuntos relevantes apontados por qualquer membro da reunião.

A realização de uma conferência familiar pressupõe o estabelecimento de objetivos claros para a conferência e deve ser planeado o seu desenvolvimento de forma que os objetivos sejam atingidos. Contudo, se durante a reunião surgirem outros assuntos que sejam considerados prioritários, o profissional pode direcionar a reunião para esse tema ou, se considerar que previamente esse assunto deverá ser discutido em equipa, deve agendar uma outra conferência familiar direcionada para esses objetivos. Esta última opção é considerada mais fiável, por garantir uma reflexão em equipa e planeamento prévio da conferência familiar (Sanderson et al., 2017).

As três conferências familiares em que participei foram momentos oficiais em que a equipa interdisciplinar interveio em simultâneo, junto da família e pessoa doente e foram momentos em que se privilegiou a partilha de informação, conhecimento do contexto familiar atual, planeamento de possível alta ou ida a casa, capacitação para lidar com situação de finitude, acompanhamento de familiares mais fragilizados com a situação e identificação de necessidades a intervir futuramente. Na conferência em que pude intervir mais ativamente, a minha intervenção centrou-se na partilha de informação sobre o nível de dependência apresentado pela pessoa doente, realização de ensinamentos sobre os cuidados necessários para a fase em que se encontrava, fornecimento de estratégias para adaptar recursos no domicílio para uma possível alta e desmistificação das necessidades nutricionais. Juntamente com a médica, de uma forma geral, preparamos também as possíveis necessidades futuras e o assistente social sugeriu possíveis ajudas que poderiam ser acionadas no futuro.

Estas reuniões, idealmente, deverão ser periódicas, com vista a reavaliar necessidades e intervir em situações problemáticas já identificadas. Reconhecendo a importância da participação da pessoa doente na conferência familiar, numa das três reuniões em que participei, a pessoa doente reunia condições para participar na mesma e após esclarecer no que consistia e quais os seus objetivos, a doente aceitou e participou ativamente nas decisões tomadas.

A inclusão da família nos cuidados à pessoa com necessidades paliativas é sempre uma mais-valia nos cuidados à pessoa doente, no entanto, no contexto de cuidados

paliativos, é muito frequente a ocorrência da conspiração do silêncio, situação que muito prejudica a relação entre a pessoa e família e é causadora de muito sofrimento.

A conspiração do silêncio, de acordo com Lemus-Riscanevo et al. (2019), consiste na ocultação de informações completas ou parciais em que o doente e família não falam sobre a doença nem sobre o futuro, sendo que neste ciclo, os intervenientes conhecem a verdade ou suspeitam dela, mas evitam falar do assunto, com o objetivo de proteger o outro.

O papel dos profissionais de saúde neste âmbito é prevenir que a conspiração do silêncio se instale, através do incentivo da pessoa doente a participar no processo de tomada de decisão ao longo do progresso da doença e a inclusão da família neste processo, respeitando sempre os direitos da pessoa doente no que concerne à sua autonomia e privacidade. (Lemus-Riscanevo et al., 2019).

A formação dos profissionais de saúde, revela-se importante para lidar com estas situações específicas de forma adequada, pois quando os profissionais de saúde quebram a conspiração do silêncio de forma assertiva, a pessoa doente e os familiares manifestam uma grande satisfação (Lemus-Riscanevo et al., 2019). A conferência familiar é uma estratégia que pode e deve ser utilizada, pelos profissionais de saúde, para prevenir ou facilitar a quebra da conspiração do silêncio.

Numa das conferências familiares em que participei, foi detetada a conspiração do silêncio e dado início à intervenção no sentido de quebrá-la. Esta experiência, que passo seguidamente a descrever, foi alvo de uma reflexão crítica, realizada ainda durante o estágio na UCP. Nesta conferência familiar participou a pessoa doente, os familiares que esta identificou com significativos, irmã, filha e genro e os profissionais de saúde, médico, enfermeira e assistente social. Os objetivos foram esclarecer o diagnóstico e prognóstico, fazer ponto de situação em relação ao controlo sintomático, conhecer a forma como a família estava a organizar-se perante a situação de doença da cliente, esclarecer dúvidas e mitos, planear uma possível alta e adequar objetivos da família e da doente.

Os objetivos desta reunião foram alcançados e após o término oficial da reunião, a cliente dirigiu-se ao quarto e a família colocou um problema que a estava a angustiar, sendo que estes referiram que não sabiam lidar com a situação, pedindo ajuda da equipa. O problema prendia-se ao desconhecimento do esposo da doente do diagnóstico e prognóstico por omissão da família a pedido da cliente, justificado com a vontade desta proteger o marido. Paralelamente, a filha partilhou também a incapacidade que tinha de

abordar a situação de finitude da sua mãe com as netas de cinco e oito anos de idade, que tinham uma relação de grande proximidade com a avó.

Neste contexto, a equipa interveio junto da família, explicando aos familiares a importância da integração do esposo no acompanhamento da situação de doença e o compromisso por parte da equipa de, ainda durante o internamento, ser trabalhado com a doente a importância da partilha do estado clínico com o esposo. Em relação às netas, foi agendado uma conferência familiar com as mesmas, a ser realizada posteriormente, com uma médica mais dotada de competências na abordagem da finitude com crianças. Foi ainda disponibilizado o apoio da psicóloga, que não pôde estar presente, e a família apreciou.

Em turnos seguintes, pude abordar a doente sobre a integração do esposo na situação clínica da mesma e a importância desta partilha para ambos. Esta esteve recetiva, referindo que preferia que o marido soubesse de toda a situação quando esta estivesse no domicílio, pelo que respeitei a decisão.

Esta experiência consistiu na experiência mais significativa, em que pude intervir na conspiração do silêncio, no entanto, em muitas outras situações, este problema surgiu, confirmando a alta incidência deste fenómeno em cuidados paliativos, comprovada pela revisão integrativa da literatura de Machado et al. (2019).

A conferência familiar e a intervenção na conspiração do silêncio, assim como todas as vertentes do cuidar da pessoa com necessidades paliativas já evidenciadas neste relatório, só são possíveis e eficazes com um sólido trabalho em equipa, sendo esta dotada de profissionais competentes e especializados na área e uma interdisciplinaridade que fornece ao doente e família, um cuidado holístico e adaptado às necessidades individuais, características de cada pessoa e cada família (Radbruch et al., 2009; Fernando & Hughes, 2019).

A CNCP (2021), quando descreve as dotações mínimas para formação de equipas em cuidados paliativos, defende que estas devam ser multidisciplinares e incluir profissionais das áreas da medicina, enfermagem, psicologia, assistência social e assistentes operacionais, podendo ainda ser benéfico o apoio de profissionais da área da nutrição e assistente espiritual, conforme as necessidades das pessoas doentes e famílias.

A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade das equipas de cuidados paliativos é muito benéfica pela diferenciação de cuidados que cada profissional pode oferecer, no entanto, a articulação entre toda a equipa é fundamental para o sucesso das intervenções. As reuniões em equipa interdisciplinar vêm colmatar esta necessidade e, pela diversidade

profissional da equipa, deverão ser periódicas, preferencialmente semanais, com o objetivo de discutir casos clínicos, abordar questões éticas que tenham surgido, adaptar as práticas, baseado em evidência científica e fomentar o desenvolvimento da equipa, do serviço e dos cuidados paliativos em geral (CNCP, 2021).

As atividades e cuidados que relato neste capítulo, como se pode constatar, tiveram por base um sólido e eficaz trabalho em equipa, equipa esta que pude integrar e que esteve sempre disponível para colaborar nos cuidados, discutir casos clínicos e definir estratégias para satisfazer as necessidades manifestadas pelas pessoas doentes e famílias.

Na UCP, é rotina a realização de reuniões de equipa interdisciplinares semanais, às segundas-feiras pelas 14 horas e 30 minutos. Participei em duas destas reuniões de equipa, onde apresentei sucintamente os casos clínicos dos doentes que era responsável, realçando as principais necessidades apresentadas no momento, pelos mesmos. Também participei em sessões formativas desenvolvidas pelos profissionais do serviço e estive atenta aos casos que eram apresentados do domicílio, observando a articulação entre os diferentes elementos das equipas, de acordo com as necessidades existentes neste contexto.

Para além das reuniões semanais, as passagens de turno foram também momentos propícios à reflexão e discussão de casos na equipa de enfermagem, sendo que, quando necessário a intervenção de outros profissionais, o encaminhamento foi efetuado.

O trabalho em equipa interdisciplinar é também fundamental nos processos de tomada de decisão, principalmente quando as questões envolvem um elevado grau de complexidade como é o caso das questões éticas ou dilemas, temática já foi aprofundada nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Nesta competência específica da área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, estão ainda incluídas competências relativas à prevenção e controlo de infeção, no entanto, por esta área já ter sido aprofundada numa das competências relativas à área de enfermagem à pessoa em situação crítica, não irei aprofundar neste subcapítulo ao nível teórico. Neste sentido, no estágio na UCP, adotei as medidas de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados à pessoa doente e respeitei as PBCI's, prática já adotada nos estágios anteriores e na minha prática clínica quotidiana.

No âmbito da prevenção e controlo de infeção, uma das experiências mais relevantes foi vivida na UCP, aquando da reorganização da unidade no sentido de prestar cuidados a pessoas internadas com suspeita ou confirmação de serem portadores do vírus SARS-CoV-2, tendo esta experiência já sido relatada nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Nesta situação, intervi na dotação dos materiais necessários para o quarto de isolamento do doente, seleção do material e EPI necessários, definição de circuitos, assim como forneci alguma orientação aos profissionais de saúde, relativamente aos procedimentos e protocolos, nomeadamente na colocação e remoção de EPI's e na prestação de cuidados *post-mortem* a doentes positivos para SARS-CoV-2. Esta experiência foi muito positiva por ter tido oportunidade de intervir no estabelecimento de novos procedimentos e rotinas, garantindo a prevenção e controlo de IACS, assim como a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas, numa situação de grande fragilidade e vulnerabilidade, como o caso das pessoas com necessidades paliativas internadas na UCP, agravado ainda pelo risco que vírus em questão acarreta.

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

A relação terapêutica na disciplina de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o profissional e a pessoa doente e/ou família, caracterizando-se pela parceria estabelecida entre os mesmos, com respeito pelos valores, crenças e desejos próprios de cada interveniente. Esta relação tem o propósito de satisfazer as necessidades da pessoa doente e/ou família, em função do conhecimento e habilidades do profissional de saúde e afeta positivamente a autonomia da pessoa doente, estando ainda associada à redução do tempo de internamento, a uma maior adesão ao plano de cuidados e ao aumento da satisfação e qualidade dos cuidados de saúde (Kornhaber et al., 2016; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

A importância do envolvimento da pessoa doente e família na criação e alteração do plano de cuidados reflete-se no fortalecimento da relação terapêutica, manutenção da autonomia e confiança na equipa de saúde. Brent et al. (2018) defendem ainda que esta parceria nos cuidados de saúde, centrada na pessoa e família é uma abordagem que garante que a dignidade da pessoa é respeitada, pelo facto de a equipa de saúde planear os cuidados de acordo com as reais preocupações e problemas da pessoa e família e não apenas conforme o diagnóstico clínico. Ainda neste âmbito, o mesmo autor ressalva que a comunicação adequada e a relação empática são competências fundamentais para o sucesso desta parceria e negociação de cuidados.

Ao longo do estágio na UCP, procurei construir os planos de cuidados em parceria com a pessoa internada, quando esta reunia condições para tal e aquando do contacto com os familiares, integrei também as suas necessidades nos planos de cuidados. Numa experiência vivida na UCP, admiti uma pessoa à unidade que estava a experienciar dor severa, sendo que neste caso, preocupei-me primeiramente em controlar a dor e posteriormente abordá-la quanto ao planeamento de cuidados. Também admiti na UCP uma senhora idosa com uma demência avançada e pouco reativa, admitida já numa fase terminal, sendo que, neste caso, preocupei-me em promover o conforto e posteriormente contactei a família com o objetivo de realizar um planeamento de cuidados individualizado, tendo em conta a não colaboração da doente na partilha dos seus desejos e preferências.

Nas restantes situações, validei as intervenções com a pessoa doente, incentivando-as a serem membros ativos no processo de tomada de decisão. Era frequente as pessoas referirem que aceitariam as intervenções que os profissionais considerassem adequadas, no entanto ficavam muito agradecidos pelo facto de poderem adaptar algumas rotinas de acordo com os seus costumes, cultura e valores.

Apesar de os clientes aceitarem na grande maioria das vezes as intervenções sugeridas, houve situações em que estas foram recusadas, pelo que, nestes casos, respeitei a não adesão a intervenções inicialmente propostas, gerindo e negociando posteriormente com o doente e família, tendo em conta os objetivos acordados. Nestes casos, procurei agir de acordo com os princípios da beneficência e não maleficência, informando aos colegas e restante equipa os resultados alcançados e necessidades ainda por satisfazer. Numa destas situações, já brevemente descrita anteriormente neste relatório, ocorreu na UCP e tratava-se de um senhor que apresentava uma acentuada disfagia a líquidos e mesmo consciente dos riscos, exigia beber café com regularidade por ser um hábito que apreciava e que não queria perder. Na minha intervenção, informei sobre os riscos e sugeri alternativas de outros alimentos que apreciasse, que o senhor recusou, assim como recusou também o recurso a espessante. Outra estratégia que utilizei foi a sugestão para que o senhor apenas saboreasse o café, mas não deglutisse, sugestão que aceitou, embora não ficasse totalmente satisfeito. Por fim, após sugerir à filha que trouxesse algo sólido com sabor a café como pudim, esta acatou a sugestão e o senhor ficou muito satisfeito, optando por esta opção em detrimento do café.

Outra situação em que foi necessária uma negociação mais aprofundada, foi o caso de um senhor que vivia só, apresentando cuidados de higiene deficitários, sendo

internado por falta de apoio adequado às suas necessidades e para prevenção e controlo de hemorragia da ferida maligna localizada na região cervical e face. Este senhor recusava-se com frequência a realizar cuidados de higiene e a ajuda na realização dos mesmos. Abordei o doente no sentido de conhecer os seus hábitos e preferências quanto ao horário para o banho, realçando a importância da higiene para o seu próprio conforto e bem-estar. Manteve-se inicialmente renitente à abordagem, pelo que respeitei a sua decisão de não tomar banho nesse dia. Num turno seguinte, voltei a abordar a questão, tentando negociar um horário e uma periodicidade para os cuidados de higiene, ficando acordado que estes se realizariam no turno da manhã em dias alternados. Alterei o plano de cuidados neste sentido e comuniquéi à equipa o acordado.

A inclusão da pessoa doente e família na construção dos planos de cuidados e a negociação das intervenções revelam-se estratégias que contribuem para a qualidade dos cuidados e adesão aos mesmos, assim como garante o respeito pela individualidade sociocultural, espiritual e vivências das pessoas, considerando ainda o impacto destas variantes na saúde das mesmas. Realço que foi assegurado a continuidade dos cuidados, e os resultados obtidos derivaram de um trabalho em equipa e abordagem à pessoa doente na mesma lógica.

O conhecimento da pessoa doente, de um diagnóstico compatível com uma doença grave, avançada e progressiva tem um grande impacto na vida desta pessoa e sua família, forçando uma alteração ou adaptação dos objetivos de vida e a consciência da proximidade do fim da vida também é grande causador de sofrimento. Neste sentido, importa aos profissionais de saúde, conhecer as tarefas de desenvolvimento características para esta fase de vida e auxiliá-los a completá-las.

As tarefas de desenvolvimento são entendidas como tarefas que a pessoa deve cumprir para garantir o seu desenvolvimento e integrar os padrões sociais e culturais, característicos para a fase de vida que a pessoa está a viver. O cumprimento destas tarefas pode ainda ser visto como aprendizagens fundamentais que a pessoa deve adquirir em cada fase, com vista a obtenção do seu desenvolvimento pleno (Witter, 2006).

Estas tarefas foram descritas por diversos autores conhecidos, como Havighurst (1953) e Erikson (1959), no entanto, sendo que neste subcapítulo em específico dedico-me aos cuidados à pessoa em fase final de vida, optei pela descrição de Byock (1996), que descreveu as tarefas de desenvolvimento humano em específico para as pessoas em fim de vida, sendo estas: resolução dos assuntos mundanos; conclusão das relações com a comunidade; encontro do significado sobre a própria vida; experiência do amor próprio;

experiência do amor do outro; resolução das relações com a família e amigos; aceitação da finalidade da vida; aceitação de uma nova existência que vai além da perda pessoal; senso de significado sobre a vida em geral; entregar-se ao transcendente e ao desconhecido.

Na prestação de cuidados à pessoa com necessidades paliativas, tive em consideração as tarefas de desenvolvimento e ajudei a completar estas fases, respeitando sempre a sua individualidade e necessidades prioritizadas. Exemplos da intervenção da equipa neste âmbito, ocorreram em conferências familiares e em consultas domiciliárias em que foi aconselhado em alguns casos, a transferência de responsabilidades fiscais e legais para pessoa de referência, disponibilizando ainda o apoio do assistente social. Outra tarefa em que pude intervir, foi a facilitação do contacto com os familiares, sugerindo em alguns casos, o apoio da comunidade religiosa em que estava integrada e a reconciliação com pessoas significativas.

O enfermeiro, no sentido de facilitar o desenvolvimento das tarefas em fim de vida, deve ter estabelecido primeiramente uma relação terapêutica com a pessoa doente e ser detentor de competências comunicacionais diferenciadas. A importância da comunicação em cuidados paliativos revela-se na relação com a pessoa doente e família, no trabalho em equipa e na prestação direta de cuidados, consistindo no quarto e último pilar dos cuidados paliativos abordado neste relatório.

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a pessoa doente e família resulta em resultados clínicos positivos para ambos, como por exemplo, a redução de ansiedade pelo esclarecimento de dúvidas e desmistificação de medos, adesão aos planos de cuidados, participação na construção nos planos que salvaguardam as crenças, valores e desejos da pessoa, levando a um fim de vida sereno e confortável (Noordman et al., 2019).

Como já abordado em competências anteriores, a comunicação não se restringe apenas à comunicação verbal, pelo que em cuidados paliativos, a comunicação não verbal assume uma importância muito marcada, pela vulnerabilidade característica destas pessoas, pelos medos associados, pelas conspirações do silêncio já esperadas, levando as pessoas a valorizar particularmente os comportamentos dos profissionais e os seus silêncios, em detrimento das palavras.

A concordância da comunicação verbal e não verbal em cuidados paliativos é fundamental no sentido de preservar a relação terapêutica e a confiança entre profissionais e pessoas doentes e famílias. Algumas formas de comunicação não verbal incluem o contacto visual, o facto de o profissional parar e sentar para escutar o que a pessoa tem a dizer, o toque, o posicionamento da voz, a gestão ambiental, a gestão de “tiques” que

possam transparecer nervosismo, entre outros aspetos que podem ser aprendidos e treinados, consistindo em importantes auxiliares no cuidar.

Saliento uma forma de comunicação não verbal, que considero ser das mais importantes em cuidados paliativos e ao mesmo tempo das mais desafiadoras para os profissionais de saúde, o silêncio. De acordo com Sapeta e Simões (2018), o respeito pelo silêncio da pessoa doente implica um profundo respeito pela sua personalidade e consiste num dever ético do profissional de saúde, no sentido do respeito pela sua individualidade e necessidades.

No respeito por este silêncio, o profissional não deve abandonar o doente, gerindo a comunicação verbal, evitando diálogos sem conteúdo, escutando as necessidades do doente e partilhando este silêncio, numa relação de cumplicidade. A necessidade de silêncio aumenta na fase final da vida, com a aceitação da doença e da proximidade da morte, altura em que a pessoa não precisa de mais explicações sobre o seu contexto clínico (Sapeta & Simões, 2018).

De acordo com o mesmo autor, escutar o outro não é apenas a ausência de palavras; implica reconhecer a importância do outro e esta competência requer formação e treino. Salvaguardo ainda que nem todos os silêncios são benéficos, sendo que alguns acarretam negação e julgamento, sendo também usados para fugir a assuntos mais desafiadores.

A comunicação foi uma importante ferramenta que utilizei no estabelecimento de relações terapêuticas e de confiança com as pessoas doentes e familiares, baseadas no respeito e honestidade. Neste âmbito, respondi sempre às questões colocadas, facilitando o contacto com profissionais mais diferenciados, sempre que as necessidades foram além da minha área de competência.

Ainda no que respeita à comunicação, está implícito o dever ético dos profissionais no respeito pelo princípio da veracidade, já referido anteriormente nas competências comuns. Para além de consistir num princípio ético, o respeito pela verdade é um dever dos enfermeiros, descritos no CDE, estado ainda o direito à informação, também salvaguardado em várias leis designadas para os cuidados de saúde em geral e para os cuidados paliativos em específico, leis também já especificadas anteriormente.

O enfoque na questão da verdade em cuidados paliativos deve-se à tendência dos profissionais em evitá-la ou não ser completamente honesto, principalmente na transmissão de más notícias. Miller et al. (2022) concluíram que o entendimento de toda a verdade é a

base para a tomada de decisão livre e esclarecida pela pessoa doente e uma parte essencial na transmissão de más notícias.

Neste sentido, um estudo de Blanckenburg et al. (2022), concluiu que a pessoa em fim de vida e sua família, de uma forma geral, manifestam um alívio substancial do seu sofrimento, quando são abordados abertamente assuntos relacionados com o fim de vida, pelo que considero que estas questões mais complexas não devem ser evitadas, devendo o problema se resolver no seu cerne, na capacitação dos profissionais de saúde em comunicar adequadamente as más notícias. Neste mesmo estudo, é ainda revelado que, apesar de as pessoas doentes e familiares reconhecerem os benefícios destas conversas mais complexas, acabam sendo os profissionais de saúde quem normalmente têm de as iniciar, reforçando a necessidade de capacitar os profissionais neste sentido.

Tendo em conta os desafios e especificidades na comunicação em cuidados paliativos e a necessidade de abordar e esclarecer a pessoa doente e sua família numa série de assuntos, fundamentais para a continuidade e qualidade dos cuidados, Pearce e Ridley (2016) agruparam estes temas em três conversas, a se realizar em tempos específicos, que pela sua importância e complexidade, são consideradas as conversas mais desafiadoras neste contexto do cuidar. Estas três conversas estão relacionadas com o planeamento antecipado de cuidados, os objetivos dos cuidados e com os últimos dias de vida. Salvaguarda-se que os profissionais a intervir nesta abordagem deverão ter formação em comunicação, ter estabelecida uma relação terapêutica com o cliente e família e ter planeadas propostas de planos de cuidados, resultantes de um eficaz trabalho em equipa.

Estes mesmos autores descrevem ainda em que consistem estas conversas e apontam algumas estratégias que podem ser utilizadas para o sucesso das mesmas, que passo a apresentar brevemente. A conversa relativa ao planeamento antecipado de cuidados, consiste no apuramento das preferências de tratamento, desejos, valores, objetivos pessoais, medos e esperanças do doente e família e a eleição de uma pessoa para tomar decisões no caso de o doente ser incapaz de o fazer futuramente. Idealmente, esta conversa deverá ocorrer antes da doença aguda se manifestar e o doente deverá estar esclarecido sobre todo o percurso da doença e implicações da mesma na sua autonomia e qualidade de vida. Apesar de estarem descritos os benefícios do planeamento antecipado dos cuidados na gestão de objetivos, esperança, tomada de decisões e na garantia da individualização dos cuidados, existem autores que temem pelo aumento da angústia dos doente e sentimento de abandono, quando estas conversas são realizadas muito precocemente (Pearce & Ridley, 2016).

A segunda conversa desafiadora descrita pelos mesmos autores centra-se nos objetivos dos cuidados, sendo que, enquanto o planeamento antecipado de cuidados é uma conversa antecipatória que idealmente deverá ser realizada a todos os doentes, a discussão relativa aos objetivos dos cuidados ocorre ao longo da evolução da doença, de acordo com as necessidades (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) evidenciadas pelo doente e de forma a aumentar o conforto e qualidade de vida do mesmo. Existem algumas barreiras relativas à realização desta conversa, incluindo fatores familiares, dificuldade dos profissionais em iniciar a conversa e pressões sistemáticas e dinâmicas quanto à responsabilidade profissional pela realização da mesma. Os objetivos dos cuidados deverão ser discutidos com o doente e família, quando se espera que a morte possa ocorrer nos próximos 6 a 12 meses, sendo que esta discussão pode ocorrer no quarto da pessoa doente, durante visitas de familiares ou de forma mais estruturada, no planeamento de uma conferência familiar (Pearce & Ridley, 2016).

A última destas três conversas desafiadoras, é relativa aos últimos dias de vida e destina-se aos familiares e/ou pessoas significativas. Esta conversa pode ser difícil e requer também, formação e treino, aliado à experiência profissional neste contexto. A importância desta conversa está relacionada com a aceitação da morte pelos familiares, compreensão do processo de fim de vida, prevenção de experiências traumatizantes e lutos patológicos. Os principais assuntos a abordar nesta conversa estão relacionados com o nível de alerta, a necessidade de alimentação e hidratação, a circulação (coloração da pele, cianose periférica), incontinência e por fim, a agitação e confusão (Pearce & Ridley, 2016).

Ao longo da minha experiência na UCP, tive oportunidade de realizar estas conversas desafiadoras em vários contextos, nomeadamente nas conferências familiares, momentos propícios para a abordagem das duas primeiras conversas, o planeamento antecipado de cuidados e os objetivos dos cuidados. A conversa sobre os últimos dias de vida foi uma intervenção que realizei nas visitas de familiares à unidade, associando as características que a pessoa doente apresentava com as características típicas no fim de vida e preparando para potenciais situações que pudessem vir a ocorrer.

A complexidades destas três conversas em cuidados paliativos e a dificuldade dos profissionais as conduzirem, prende-se muitas vezes com a comunicação de más notícias inerentes a estas conversas e o grande impacto que têm no recetor da informação, quer seja a pessoa doente ou a família (Buckman, 2005).

Com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias, Buckman (2005) desenvolveu o protocolo SPIKES (*Setting, Perception,*

Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary), composto por seis etapas que o profissional deve considerar na transmissão de más notícias.

A primeira etapa do protocolo SPIKES consiste na preparação do meio onde se pretende dar a má notícia (*Setting*), sendo que nesta etapa é importante garantir um ambiente que confira privacidade, que seja calmo e silencioso, com o mínimo de interrupções, devendo ainda ser envolvidas as pessoas mais significativas para que a pessoa se sinta mais apoiada. O profissional deve assumir uma postura de inteira disponibilidade, sentando-se junto à pessoa e evitando a existência de barreiras físicas entre os intervenientes, evitar transparecer nervosismo durante a abordagem e manter o contacto visual, exceto quando a pessoa está a chorar, momento que o contacto visual deve ser momentaneamente interrompido. Nesta fase são também importantes os momentos de escuta e validação da informação transmitida (Buckman, 2005).

A segunda etapa refere-se à exploração sobre o conhecimento que a pessoa já possui sobre a situação atual (*Perception*) através da colocação de questões abertas, permitindo ainda ao profissional conhecer a linguagem da pessoa e adaptar também a sua própria linguagem para garantir que a mensagem é adequadamente recebida. Neste contexto é importante ter em conta que, no caso de a pessoa estar numa fase de negação, esta não deverá ser confrontada numa primeira abordagem, mas deverão ser planeadas intervenções futuras para trabalhar este aspeto (Buckman, 2005).

Na terceira etapa do protocolo SPIKES (*Invitation*), o profissional deve explorar um pouco o nível de pormenor que a pessoa gostaria de ter acesso sobre a situação a transmitir ou mesmo, se a pessoa quer conhecer de todo a má notícia, sendo que neste caso, o profissional deve sempre respeitar e fazer respeitar o desejo da pessoa. Ressalvo que a pessoa recetora da má notícia tem o direito de se recusar a recebê-la, mas não tem o direito de impedir que o outro a receba, no caso de ser o principal interessado na situação, como é exemplo os casos que os familiares solicitam que não seja transmitida a informação do estado real de saúde à pessoa doente, consistindo em situações de conspiração do silêncio (Buckman, 2005).

A quarta etapa deste protocolo é referente à transmissão da má notícia em si (*Knowledge*), pelo que o profissional deve recorrer a pré-avisos que deem a entender que a informação a ser transmitida é uma má notícia. Na transmissão da informação é importante evitar termos técnicos e científicos que não façam parte do vocabulário do recetor da mensagem, dar a informação em pequenas parcelas, validando o entendimento e gerindo o decorrer da conversa, de acordo com as reações da pessoa (Buckman, 2005).

Já a quinta etapa consiste em responder de forma empática (*Empathy*) às reações da pessoa no decorrer da transmissão da má notícia. É uma das etapas mais desafiantes para os profissionais de saúde, que tendem a reduzir a gravidade da situação, mantendo esperanças irrealistas que podem ser mais reconfortantes no momento, mas que acarreta complicações no futuro, como a rutura da confiança no profissional de saúde por falta à verdade e consequente quebra da relação terapêutica. A resposta empática inicia-se com a escuta e identificação da emoção ou emoções manifestadas pela pessoa, assim como a causa associada. Seguidamente é importante mostrar à pessoa que identificamos a emoção e a sua causa, validando e normalizando os seus sentimentos (Buckman, 2005).

Por fim, na sexta etapa do protocolo SPIKES (*Strategy and summary*), pretende-se que o profissional de saúde antes do fim da reunião com a pessoa, sumarie os pontos essenciais, validando o entendimento do recetor, esclarecendo as dúvidas que possam existir e dando início ao planeamento de cuidados. Neste sentido, deve ser acordado, junto da pessoa doente, os objetivos dos cuidados e agendada uma próxima reunião para dar continuidade ao planeamento dos mesmos, evitando deste modo, uma sobrecarga de informação e dando espaço para a pessoa assimilar a notícia recebida (Buckman, 2005).

No estágio na UCP tive oportunidade de planear a transmissão de más notícias atempadamente com a enfermeira tutora, como é exemplo uma situação em que informei telefonicamente sobre o óbito ao familiar de referência, no caso, a filha, e segui a estratégia de Buckman, validando inicialmente o ambiente em que esta se encontrava e se estava acompanhada, quanto à segunda e terceira etapas, estas já tinham sido realizadas ao longo do internamento, pois a filha tinha conhecimento do real estado de saúde do pai e queria ser informada assim que o óbito ocorresse. Seguidamente recorri aos pré-avisos, dizendo “Como já pôde constatar nas últimas visitas, o estado do seu pai tem vindo a piorar, principalmente durante esta semana e os sinais coincidiam com um fim de vida para breve...”. Após a transmissão da notícia, a filha agradeceu o cuidado com alguma labilidade emocional, referindo que já estava à espera da notícia, validei e normalizei o sentimento de tristeza que estava a sentir e esclareci dúvidas relativamente às questões colocadas pela mesma, relativamente às questões burocráticas que se seguiam ao óbito.

Participei em outras situações de transmissão de más notícias, já em equipa interdisciplinar, realizadas nas conferências familiares em que participei e que se encontram já descritas acima, neste relatório.

A complexidade da comunicação no âmbito dos cuidados paliativos, exige, como já pudemos constatar, de uma grande diferenciação dos profissionais de saúde nesta área

específica, pelo que a formação e o treino das competências comunicacionais assume uma importância marcada neste contexto do cuidar. O estudo de Mata et al. (2021) demonstra que a formação e o treino dos profissionais de saúde no que respeita às competências comunicacionais está associada a um melhor desempenho destes profissionais e a um aumento da eficácia das intervenções realizadas, conclusões partilhadas por outros estudos realizados previamente, mas ainda atuais, como o estudo de Moore et al. (2018) e o estudo de Sany et al. (2020).

A importância da comunicação em cuidados paliativos revela-se ainda fundamental na última etapa deste acompanhamento, o apoio dos familiares no luto. Já o Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises, acima referido neste relatório, prevê que após a morte da pessoa doente, a intervenção do profissional de saúde em cuidados paliativos, continua na prestação de cuidados à família, ajudando-a no processo de luto e identificando processos de luto que se desviem do perfil normal.

O processo de luto faz-se por etapas, não tendo necessariamente de passar por todas elas nem por uma ordem específica, sendo um processo muito individual, caracterizado por progressos e retrocessos. Vários autores descreveram as etapas que caracterizam um processo de luto normal, no entanto, pela maior abrangência e pormenor, adoto a descrição de Kubler-Ross (1996) que salvaguarda que estas fases podem também ser vividas pela própria pessoa doente, no seu processo de aceitação da doença. Neste sentido, a pessoa enlutada poderá passar por cinco fases, a fase da negação e isolamento, a fase da revolta e raiva, a fase da negociação, a fase da depressão e a fase da aceitação.

Bowlby (1990) e Barbosa (2016) também descreveram este processo de luto normal, já reservado apenas aos familiares, descrevendo este processo em quatro etapas (fase do entorpecimento, fase do anseio, fase do desespero e desorganização e fase da reorganização) e três etapas (fase do choque/negação, fase da desorganização/desespero e fase da reorganização/recuperação), respetivamente, que acabam por se assemelhar, de uma forma geral.

Os conhecimentos acerca do processo de luto normal, permitem aos profissionais de saúde a identificação de alterações ao padrão normal e identificar precocemente lutos mais intensos e prolongados, os chamados lutos complicados, assim como os lutos a que estão associados quadros psicopatológicos, os lutos patológicos, e encaminhar estas pessoas para os profissionais mais capacitados para cuidar destas pessoas.

Ao longo do estágio na UCP, não tive oportunidade de intervir junto dos familiares em processos de luto, pela brevidade do estágio e por este trabalho ser realizado

com uma maior proximidade pela psicóloga da unidade e pela enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica; contudo, pude identificar, numa conferência familiar e numa visita domiciliária a revolta de duas filhas com os serviços de saúde, acreditando que se o diagnóstico tivesse sido identificado mais precocemente, o desfecho teria sido diferente. Neste caso foi realizada uma primeira abordagem à família e proposto um acompanhamento pela psicóloga da unidade, que estas aceitaram prontamente.

Já relativamente ao processo de aceitação da doença, pude confirmar a individualidade deste processo nas pessoas cuidadas no internamento e a forma única como estas resolviam cada etapa, a par do cumprimento das tarefas de desenvolvimento no fim de vida, já abordadas anteriormente. Neste sentido, identifiquei que duas pessoas cuidadas se encontravam numa fase de negação, solicitando ficar só e em silêncio por períodos prolongados, pelo que nestas situações, respeitei a necessidade do doente e garanti que este sabia que eu estava disponível para ouvi-lo.

Também cuidei de pessoas que se encontravam na fase de aceitação da doença ou fase de recuperação/reorganização, consistindo numa abordagem mais facilitada, em que pude reconhecer o trabalho já realizado pela equipa de cuidados paliativos no internamento ou domicílio para obter este resultado, assim como as diferentes estratégias utilizadas por cada pessoa e famílias, para passar por todo este processo.

Na análise e desenvolvimento desta competência específica, importa abordar um último tema, também muito importante em cuidados paliativos, o *burnout* ou exaustão, podendo esta ser física, emocional ou mental, tanto dos profissionais de saúde como dos familiares cuidadores.

Na revisão sistemática da literatura com meta-análise desenvolvida por Gómez-Urquiza et al., (2020), os autores referem que os enfermeiros são o grupo profissional mais afetado por esta síndrome, podendo se manifestar através de insónia, irritabilidade, cefaleia, ansiedade ou depressão e colocar em causa a segurança e qualidade dos cuidados, associado ao aumento dos erros clínicos.

Cuidar de pessoas em fase final de vida e dos seus familiares pode ser particularmente exaustivo para os profissionais de saúde, pela grande carga emocional que esta acarreta e pela grande prevalência das más notícias. Estudos estimam que cerca de 24 a 30% dos enfermeiros em cuidados paliativos apresentam sinais de *burnout*, no entanto, podemos observar que a prevalência desta síndrome em enfermeiros afetos a unidades especializadas no cuidar do doente crítico, são muito superiores, rondando os 50% (Gómez-Urquiza et al., 2020).

Entre os fatores relacionados com o surgimento do *burnout*, encontram-se fatores relacionados com o exercício profissional, como a carga de trabalho, comprometimento, ambiente de trabalho, conciliação, relacionamento com as pessoas doentes e familiares, assim como fatores do foro psicológico, como extroversão, tendência para as emoções negativas, poder de decisão, sentido de vida e afetos (Gómez-Urquiza et al., 2020). Neste contexto, o profissional deve ter a capacidade ser empático, mas não absorver o sofrimento do outro, mantendo-se capaz de ajudar as pessoas doentes e seus familiares.

Na UCP, pude observar que existe um cuidado particular na prevenção do *burnout*, sendo que o trabalho em equipa e a existência de espaços para partilha de preocupações e dúvidas, consistem em estratégias para prevenção desta síndrome, aliados aos convívios regulares realizados em equipa, em ambientes exteriores ao serviço.

Quanto aos cuidadores da pessoa com necessidades paliativas, estes também são altamente sujeitos à síndrome de *burnout*, pela complexidade emocional e aumento contínuo da dependência da pessoa doente, sendo que muitas vezes estes cuidadores assumem este papel a tempo integral (Barreto, 2018; Fumaneeshoat, 2021).

Como já vimos anteriormente, quando abordado o pilar do apoio à família, os profissionais em cuidados paliativos devem estar atentos a potenciais situações de risco de *burnout* e mobilizar atempadamente os recursos, para prevenir que esta se instale. Algumas das estratégias utilizadas na UCP neste sentido, foram observadas no contexto de consulta domiciliária e basearam-se no aconselhamento do cuidador a pedir ajuda a familiares, mobilização de recursos de apoio sociais, humanos, materiais e monetários e, em situações mais extremas, foi facilitado um internamento na UCP, para descanso do cuidador.

Esta última situação ocorreu numa consulta domiciliária em que o filho da pessoa com necessidades paliativas, encontrava-se num estado de sobrecarga muito marcado, manifestando insónia, depressão e perda do sentido para a vida. Este filho referiu que cuidou do pai durante catorze anos e agora se encontra a cuidar da mãe, totalmente dependente, situação que estava a afetar a sua dinâmica familiar pelo facto de este trabalhar à noite e a esposa durante o dia, para garantir o apoio contínuo à mãe. Para além de todo este contexto dificultador, a pessoa doente possuía uma ferida maligna extensa na face, com risco de hemorragia, sendo este também um fator stressante para os cuidadores. Neste caso, e na impossibilidade de respostas atempadas dos apoios sociais, foi realizado um internamento para descanso do cuidador, sendo que a doente acabou por falecer na unidade.

Com este tema dou por concluído o relato refletido sobre o processo de desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, reconhecendo que, com estas competências, prestarei um cuidado mais personalizado à pessoa com necessidades paliativa que surgirem no meu exercício profissional quotidiano.

3. DESENVOLVENDO A MESTRIA EM ENFERMAGEM

O ensino superior em Portugal está organizado em três ciclos de estudos, de acordo com o Processo de Bolonha, primando pelo desenvolvimento de competências pelo mestrando, em detrimento de uma aprendizagem baseada apenas na transmissão de conhecimentos. A adaptação dos cursos de ensino superior ao sistema europeu permitiu o reconhecimento destes três ciclos de estudo em toda a Europa, através da atribuição de créditos curriculares ou ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*), de acordo com Decreto-Lei nº74/2006.

O presente relatório e posterior defesa consistem na última etapa para a conclusão do Mestrado em EMC que corresponde ao segundo ciclo de estudos do ensino superior, estado ainda associado a uma especialidade, neste caso, a especialização em EMC. Aos profissionais detentores do grau de mestre em EMC são esperadas, para além das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, já desenvolvidas aprofundadamente neste relatório, uma série de competências próprias do profissional detentor do grau de mestre. Neste sentido, e de acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei nº74/2006, que descreve o Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o profissional com grau de mestre é o profissional que demonstra as seguintes competências.

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.9).

Ressalvo que, apesar do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, descritos originalmente no Decreto-Lei nº 74/2006, já ter sido atualizado ao longo dos anos, sendo o documento mais atual, o Decreto-Lei nº 65/2018, os artigos referidos neste

relatório não sofreram alterações, pelo que faço menção a estes a partir do documento original.

Muitas das competências acima citadas coincidem com as competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em EMC, pelo que apenas passo a desenvolvê-las muito sucintamente.

Os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas do primeiro ciclo de estudos, ou seja, na licenciatura em enfermagem, foram a base pela qual pude iniciar o aprofundamento da ciência de enfermagem, aplicando os conhecimentos e competências na minha prática profissional e com espírito crítico, fui capaz de identificar as minhas necessidades de aprendizagem. A valorização da investigação e da evidência científica foram aspetos fundamentais neste percurso de mestrado e a adoção de uma prática baseada em evidência científica é uma necessidade cada vez mais marcada na minha prática profissional.

A abordagem à pessoa em situação crítica nos contextos de SU e UCI, implicou um trabalho em equipa multidisciplinar efetivo, pela imprevisibilidade de toda o contexto e uma mobilização de conhecimentos alargados e bem consolidados que permitissem prestar cuidados seguros e de qualidade. Na UCP, já a imprevisibilidade dos cuidados referia-se mais aos aspetos relacionados com as emoções, reações às más notícias, dificuldades vividas pelos cuidadores, no contexto domiciliário, entre outros.

A capacidade de resolução de problemas mais complexos e a tomada de decisão baseada em princípios éticos e legislação, também foram competências desenvolvidas, tanto ao nível teórico, na reflexão sobre casos reais da prática clínica e discussão dos mesmos em grupo, como ao nível prático, na vivência de dilemas e questões éticas de maior complexidade e resolução das mesmas, de forma crítica e fundamentada.

Outra competência característica do enfermeiro mestre, está relacionada com a comunicação, área já aprofundada nas competências anteriores, pelo que resumidamente posso referir que foi uma competência que muito desenvolvi ao longo do mestrado, principalmente nos estágios. Os contextos de SU e UCI exigiram de mim uma capacidade de comunicação clara e seletiva, com recurso a técnicas específicas para estes contextos, pelo que, já no contexto da UCP, as estratégias comunicacionais tinham outros objetivos, com uma atenção particular aos pormenores, aos desejos dos doentes e família, à expressão de emoções, à escuta, à transmissão de más notícias, à negociação de cuidados e ao apoio à pessoa e família em todos os níveis.

A procura por uma formação contínua tem sido uma constante na minha vida profissional, tanto pelo gosto em enveredar pela área dos cuidados paliativos, como pela necessidade de exercer uma prática mais segura e de qualidade também na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica. Neste contexto, o Mestrado em EMC que me preparo para concluir, capacitou-me de conhecimentos e competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo, fruto também das atividades realizadas na preparação dos estágios, nomeadamente o planos de estágio e o projeto de autoformação, assim como as reflexões críticas e relatórios de estágio, já realizados durante e após os estágios, respetivamente.

Ao longo da minha formação, neste curso, pude contar com a orientação de docentes com formação superior, com o grau de mestre e de doutor, nas áreas a lecionar, na sua maioria referentes às áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e paliativa. Nos três estágios que realizei ao longo do curso (SUP, UCIP, UCP), para além de poder contar com a orientação dos docentes, pude contar também com a tutoria de enfermeiros peritos nas áreas em que estão afetos, sendo que dois deles eram detentores do grau de mestre em EMC e outro era especialista em EMC.

As qualificações ao nível do grau académico de mestre, como já abordado anteriormente, não são exigidas no que se refere à dotação de equipas especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica e nos cuidados à pessoa em situação paliativa, no entanto, estes os profissionais são uma mais-valia nos serviços que integram, pelas competências acrescidas que possuem e pela diferenciada capacidade na obtenção e aplicação de novos conhecimentos na sua prática clínica, influenciando ainda a equipa e a dinâmica do serviço (Kjellas et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste relatório de mestrado e defesa pública do mesmo, representam a etapa final do meu percurso no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC e enfermeiro mestre. A atribuição do grau académico de mestre, de acordo com o artigo 23º do Decreto-Lei nº74/2006, é conferido aos profissionais que concluem, com sucesso, todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado, obtenham a aprovação no ato público de defesa da dissertação do trabalho de projeto ou do relatório de estágio e tenham obtido o número de créditos fixados.

Este percurso, inicialmente, centrou-se mais na aquisição e consolidação de conhecimentos relativos aos cuidados especializados no cuidar da pessoa em situação crítica e paliativa, nos diversos contextos da prática clínica, sendo privilegiados também, momentos crítico-reflexivos sobre modelos conceptuais da prática de enfermagem e aplicabilidade dos mesmos e sobre questões complexas da prática clínica que implicaram a mobilização de princípios éticos e deontológicos e das bases legais relativas a todos os intervenientes envolvidos em cada caso clínico.

Numa fase posterior, tive oportunidade de aplicar os conhecimentos e competências, desenvolvidos na primeira etapa do curso de mestrado, aprimorando e consolidando-as na prática clínica, nos contextos já referidos ao longo do relatório, contando com a orientação de docentes doutorados e tutores especializados e/ou mestres nas áreas específicas que orientam.

De uma forma geral, julgo que todo o percurso realizado neste curso de mestrado, aliado à realização deste relatório crítico-reflexivo e fundamentado cientificamente, dotou-me das competências previstas e necessárias para a diferenciação dos cuidados que presto na minha atividade profissional, sendo um elemento dinamizador e promotor do desenvolvimento da equipa que integro, nomeadamente no que concerne aos cuidados à pessoa e família com necessidades paliativas.

Considero ter alcançado com sucesso, os objetivos pessoais e académicos previstos para este percurso, ultrapassando com resiliência as adversidades que foram surgindo a vários níveis. Um dos maiores obstáculos encontrados ao longo do curso de mestrado, foi efetivamente o contexto pandémico presente em todo este percurso, que me

forçou a interromper este percurso que se iniciou já em setembro de 2019 e a alterar o cronograma de atividades previsto.

Outras dificuldades encontradas, já não diretamente relacionadas com o meu percurso, foram os desafios que ainda existem na implementação dos cuidados paliativos nos cuidados de saúde e os mitos a estes associados. De acordo com Neto (2020), os desafios no desenvolvimento dos cuidados paliativos estão muito relacionados com a conceptualização errónea destes cuidados por muitos profissionais de saúde e pela população em geral, a falta de formação dos profissionais em cuidados paliativos e as carências destes cuidados em Portugal.

A utilização de máscaras e o distanciamento exigido pela situação pandémica, aliado à limitação de visitas, consistiu num desafio que dificultou a manutenção da qualidade dos cuidados, pelas barreiras de comunicação impostas e limitação do contacto físico, conforme descrito no artigo de Neto, Abril, Romero e, Castro (2021).

Em Portugal, os cuidados paliativos caminham no sentido do crescimento, baseado em evidência científica e em indicadores populacionais; contudo, o progresso dos cuidados paliativos, a criação de equipas competentes e o desenvolvimento de investigação científica, está dependente da existência de profissionais de saúde, nas diversas áreas, especializados e interessados no crescimento destes cuidados.

A OE (2019), nas dotações de enfermeiros a integrar as equipas de cuidados paliativos reconhece, nos enfermeiros especializados na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, as competências acrescidas necessárias para providenciar cuidados de qualidade às pessoas que precisam destes cuidados e contam também, com a formação avançada destes enfermeiros, para desenvolver e dinamizar as equipas de cuidados paliativos nos diversos contextos.

Com a conclusão deste curso de mestrado, pretendo contribuir para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na RAM e no serviço que integro e difundir o valor da inclusão atempada de ações paliativas na prestação de cuidados a pessoas que deles beneficiem. De acordo com a mensagem transmitida no pensamento descrito no início deste relatório, da autoria de Santo Agostinho, a conclusão do mestrado é com certeza, um marco importante na minha carreira, não sendo um fim em si, mas uma responsabilidade acrescida na formação contínua e na atualização dos conhecimentos, com bases científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2015). *A percepção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação* (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra).
<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/28292>
- Al-Yahyai, A. N. S., Arulappan, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, S. M., Al-Sarakhi, S. H., Al-Rahbi, K. K. ... Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Strategy. *SAGE open Nursing*, 7(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support: student course manual* (10th ed.) American College of Surgeons
- American Heart Association. (2020). *Destaques das Diretrizes de RCP e ACE*.
https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- Ayora, A., Nogueras, C., Jimenez-Panes, S. & Cortinas-Rovira, S. (2021). Telephone communication with relatives of hospitalised COVID-19 patients by a specialised family support team: lessons learned. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 18(14). <https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i18.8178>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S. & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1).
<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7277>
- Barbosa, A. (2016). O luto em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. R. Reis, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed) (pp. 553-630). Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Barreto, M. (2018). *Burnout no cuidador informal e estratégias de coping*. (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra). <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/81877/1/Tese%20de%20MIM%20Mariana%20Sofia%20Rodrigues%20Barreto.pdf>
- Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 9(3). 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Blanckenburg, P., Knorrenschild, J. R., Hofmann, M., Fries, H., Nestoriuc, Y., Seifart, U., Rief, W., & Seifart, C. (2022). Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 12(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531>
- Borges, A., Martinho, N., Rabiais, I. & Caldeira, S. (2020). Prática simulada: Uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. *Cadernos de Saúde*, 12(11), 34-35. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10242>
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: A natureza do vínculo*. Martins Fontes.
- Brent, L., Santy-Tomlinson, J., Hertz, K. Family Partnerships, Palliative Care and End of Life. In: Brent, L., Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture Nursing*. Springer International Publishing
- Brykczynsky, K. A. (2004). Patricia Benner. In A. M. Tomey & M. R. Alligood. *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª Ed.) (p. 194). Lusociência
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2, 138-142. <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

- Byock, I. (1996). The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12(2), 237-251. <http://transitionspec.com/wp-content/uploads/2015/03/NatureofSufferingandtheNatureofOpportunity.pdf>
- Capelas, M., Neto, I., Coelho, S. Organização de Serviços. In: A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto. (2016). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.). Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cathala, X. & Moorley, C. (2020). Performing an A-G patient assessment: a practical step-by-step guide. *Nursing Times*, 116(1), 53-55. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/performing-an-a-g-patient-assessment-a-step-by-step-guide-06-01-2020/>
- Clark, D. (1999). An annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders – 2: 1968-77. *Palliative Medicine*, 13(6), 485-501. <https://doi.org/10.1191/026921699677249209>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: 2021-2022*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio 2017-2018*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio 2019-2020*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem*. (9 mar 1978). <https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>

Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª Série. 157 (16-08-2018). [Consult. 18 abr 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 74/2006. **Diário da República** Série I-A. 60 (24/03/2006) 2242-2257. [Consul. 20 mai 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>>

Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27/05/2015). 13550-13553. [Consult. 20 jul 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>>

Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014). 20673-20678 [Consult. 22 jun. 2022]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>

Despacho nº 10901/2022. **Diário da República** II Série. 174 (08/09/2022) 93-99. [Consult. 20 jul 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503?_ts=1665705600034>

Despacho nº 3721/2019. **Diário da República** II Série. 66 (03/04/2019) 10570-10575. [Consult. 14 jun 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3721-2019-121939043>>

Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103. [Consult. 20 jul 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gelinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep

disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873.
<http://dx.doi.org/10.1097/ CCM.0000000000003299->

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017-02-08. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Carta dos direitos do doente internado*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

European Association of Palliative Care. (n.d.). *Palliative Care: A human Right: Carta de Praga*.
<https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20PRAGA%20SOBRE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408-432.
[https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00070-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00070-8/fulltext)

Fernando, G. & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444-451.
<http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>

Formentin, M. S., Cordeiro, F. R., Zillmer, G. V., Oliveira, S. G., Zilli, F., & Moscoso, C. R. (2021). Barreiras aos cuidados no final de vida em um serviço de urgência e emergência. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 16(1),
<http://dx.doi.org/10.33517/rue2021v16n1a2>

Fumaneeshoat, O. (2021). Caregiver and palliative care. *PSU Medical Journal*, 3(1), 123-129. <http://dx.doi.org/10.31584/psumj.2021247140>

Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M. J., & Suleiman-Matos, N. (2020). Burnout in palliative care nurses, prevalence and risk factors: A systematic review with meta-analysis. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7672.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17207672>

- Gonçalves, R. (2018). *Utilização de dispositivos de compressões torácicas externas em paragem cardiorrespiratória de origem cardíaca em contexto pré-hospitalar: revisão sistemática* (Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/42553>
- Goto, Y., Funada, A., Maeda, T. & Goto, Y. (2022). Termination-of-resuscitation rule in the emergency department for patients with refractory out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide, population-based observational study. *Critical Care*. 137(26). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03999-x>
- Governo Regional da Região Autónoma da Madeira. Secretaria Regional do Turismo e Cultura. Hospital Dr. João de Almada. (n.d.). *Cultura Madeira*. <https://cultura.madeira.gov.pt/olhares-sobre-o-passado/1884-hospital-dr-jo%C3%A3o-de-almada.html>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Happ, M. B. (2021). Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 30(4). <https://doi.org/10.4037/ajcc2021666>
- Heale, R., & Twycross, A. (2018). What is a case study?. *Evidence Based Nursing*, 21(1), 7-8. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102845>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente: 2018-2080*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y#:~:text=esperar%20em%202080%20uma%20popula%C3%A7%C3%A3o,6%2C9%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas.
- Jolife, A. B. (2018). *LUCAS 3 Sistema de Compressão Torácica. Instruções de utilização 3.1*. https://www.lucas-cpr.com/files/7762374_101034-12%20Rev%20B%20LUCAS%203%20IFU%20PT_lowres.pdf
- Kjellås, S., Fredheim, G., & Moen, O. L. (2020). Registered nurses' experiences with master's degree competence in the specialist health service: A qualitative

- descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(4), 221-228.
<http://dx.doi.org/10.1177/2057158520946028>
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J. & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 9(1). 537-546. Consultado em: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=32959>
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e morrer* (7º ed.). Martins Fontes.
- Kuçuradi, I. (2019). The concept of human dignity and its implications for human rights. *BIOETHICS Update*, 5(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.02.001>
- Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en oeuvre la compétence: Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Groupe Eyrolles.
- Lei n.º 100/2019. **Diário da República** I Série. 171 (6/09/2019) 3-16. [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lei nº 31/2018. **Diário da República** I Série. 137 (18-07-2018). 3238 – 3239. [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240>>
- Lei nº 52/2012. **Diário da República** I série, 172 (05-09-2012). 5119-5124. [Consult. 16 mar 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/303335/lei-52-2012-de-5-de-setembro>>.
- Lemus-Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., & Arias-Rojas M. (2019). Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis. *Indian Journal of Palliative Care*. 25(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388587/>
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. (Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>

- Machado, J. C., Reis, H. F., Sena, E. L., Silva, R., Boery, N. & Vilela, A. B. (2019). The phenomenon of the conspiracy of silence in patients in palliative care: an integrative review. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 36. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>
- Mata, A. N., Azevedo, K. P., Braga, L. P., Medeiros, G. C., Segundo, V. H., Bezerra, I. N., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuevezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
- Matins, R. (2015). Hospital Dr. Nélio Mendonça inaugurado há 42 anos. *Funchal Notícias*. <https://funchalnoticias.net/2015/09/10/hospital-dr-nelio-mendonca-inaugurado-ha-42-anos/>
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Laertes.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress* (5ª Ed.) Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins
- Miller, E. M., Porter, J. E. & Barbagallo, M. S. (2022). The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliative & Supportive Care*. 20(3), 433-444. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001243>
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Ministério da Saúde. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. <https://pt.scribd.com/document/455073561/programa-nacional-de-acreditacao-em-saude>
- Mira, M. (2020). *Tradução e validação da escala SPICT™ (Supportive & Palliative Care Indicators Tool) para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado,

Faculdade de Medicina de Lisboa).
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/51913/1/12529_Tese.pdf

- Molina-Mula, J. & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Moore, P., Rivera, S., Bravo-Soto, G., Olivares, C. & Lawrie, T. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>.
- Moura, A. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1913>
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2021). Adverse events during Intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 52(1). <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Neto, I. G. (2017). Princípios do controlo de sintomas, um pilar dos cuidados paliativos. *Ata Médica Portuguesa*. <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>
- Neto, I. G. (2020). Desafios nos cuidados paliativos: Pensar o futuro. *Revista Oficial da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos*, 7(1). <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>
- Neto, I. G., Abril, R., Romero, I. & Castro, J. (2021). Desafios e oportunidades: O impacto da COVID-19 nos Cuidados Paliativos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4). <https://doi.org/10.20344/amp.15292>
- Neto, P., Marques, N., Vaz, F., Porto, J., Alves, M., Gala, C., Aguiar, D., Marcelino, R., Pedro, N., Rosado, S., Táboas, A., Oliveira, A., & Órfão, G. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. INEM

- Neves, M. P. (2004). Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a ação. In M.C.P. Neves & S. Pacheco (Eds.) *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (pp. 145-157). Gráfica de Coimbra.
- Noble, S. (2019). Emergencies in palliative care. *Medicine*, 48(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.10.011>
- Noordman, J., Vliet, L., Kaunang, M., Mujsenbergh, M., Boland, G. & Dulmen, S. (2019). Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliative Care*, 37(18). <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0421-x>
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, 14(1), 1733-1744. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214553/>
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Lusociência
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13747/1/Problemas_eticos_identificados_por_enfer.pdf
- Oliveira, M. S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., Borges, B. (2012). *Situação de Exceção: Manual TAS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2017c). *Parecer nº 61/2017: Assunto: Atribuição de tempo para a passagem de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2008). *Parecer CJ – 8/2008: Sobre: Informações telefónica a familiares de utentes.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017b). *Parecer nº 10/2017: Assunto: Diferenciação das Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações.*
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ostlund, U., Blomberg, K., Soderman, A. & Harstade, C. W. (2019). How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC Palliative Care*, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0393-x>.
- Pazes, C., Galvão, C., Neto, I. G. & Marques, L. (2020). Acções paliativas em ERPIs: uma aposta imprescindível. *Ordem dos Médicos*. <https://ordemdosmedicos.pt/acoes-paliativas-em-erpis-uma-aposta-imprescindivel/>
- Pearce, J. & Ridley, J. (2016). Communication on life-limiting illness: A practical guide for physicians. *BC Medical Journal*, 58(5).
https://bcmj.org/sites/default/files/BCMj_Vol58_No5_communication%20%28ID%20105856%29_0.pdf

- Pimenta, C. A., Francisco, A. A., Lopes C. T., Nishi, F., A., Maia, F. O., Shimoda, G. T., Jensen, R. (2017). *Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações em enfermagem*. Coren-SP
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000200002&lng=pt&nrm=iso
- PORDATA. (2022). *SNS: consultas, internamentos e urgências: Continente*. <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (8 out 2015). Portaria n.º 340/2015. **Diário da República** I Série. 197 (08/10/2015). [Consult. 24 ago 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2015-114820783>>
- Radbruch L., Payne S. & the board of directors of European Association of Palliative Care. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 16(6): 278–89. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
- Raja, S. N., Carr, D. B, Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 161(9). 1949-1954. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Raskin, W. (2020). The impact of early palliative care: a medical oncologist's perspective. *Annals of Palliative Medicine*, 9(3), 1292-1295. <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2019.10.02>
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2017). *Medicina intensiva*. <https://r-3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 4 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>

Regulamento nº 188/2015. **Diário da República** II série. 78 (22/04/2015) 4430-4432. [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/188-2015-67050991>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 22 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>

Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 mar 2022]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>

Regulamento nº 76/2018. **Diário da República** II série. 21 (30/01/2018) 3478-3487. [Consult. 22 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Sanderson, C., Cahill, P., Phillips, J., Johnson, A. & Lobb, E. (2017). Patient-centered family meetings in palliative care: a quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. *Annals of Palliative Medicine*, 6(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156901/>

Sandgren, A., Axelsson, L., Bylund-Grenklo, T. & Benzein, E. (2020). Family members expressions of dignity in palliative care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35, 937-944. <https://doi.org/10.1111/scs.12913>

Sany, S., Behzad, F., Ferns, G. & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>

- Sapeta, P. & Simões, A. (2018). Silences in palliative care-the primacy of human presence. *Hospice & Palliative Medicine International Journal*, 2(3), 161-164. <https://doi.org/10.15406/hpmij.2018.02.00081>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Indicadores de desempenho do INEM*. <https://www.inem.pt/category/transparencia/estatisticas/>
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*. 16(1). 3-13. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percursos%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20%C3%8Dndice%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Lusociência
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativo*. (2ª ed.). Climepsi
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21918847/>
- Vicent, J. L. (2013). Critical Care – where have we been and where are we going?. *Critical Care*, 17(Suppl 1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23514264/>
- Wang, D. H. (2017). Beyond Code Status: Palliative Care Begins in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 69(4), 437-443. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Beyond-Code-Status.-Palliative-Care-Begins-in-the-Emergency-Department..pdf>
- Welch, A. (2004). Madeleine Leininger. In A. M. Tomey & M. R. Alligood. *teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª Ed.) (p. 571). Lusociência

- Witter, G. P. (2006). Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 13-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100002>
- Wood, J. (2021). Cicely Saunders, “Total Pain” and emocional evidence at the end of life. *Journal of Medical Humanities*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>
- World Health Organization. (2020). *Fact Sheets: Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization. (2022). *Global Report on infection prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A. & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>.