



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DO CUIDADO ESPECIALIZADO AO DOENTE  
CRÍTICO À INTERVENÇÃO PALIATIVA EM  
CUIDADOS INTENSIVOS**

**Maria do Rosário Fernandes Gonçalves Gomes**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.**

**Funchal,**

**2022**



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DO CUIDADO ESPECIALIZADO AO DOENTE  
CRÍTICO À INTERVENÇÃO PALIATIVA EM  
CUIDADOS INTENSIVOS**

**Maria do Rosário Fernandes Gonçalves Gomes**

**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.**

**Funchal,**

**2022**

Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos,  
como a água que desce cantando da montanha .

Outros te seguiram...

Saint-Exupery

## **AGRADECIMENTOS**

Por caminhos tortuosos, dispus - me caminhar  
Com a ajuda de alguns, os obstáculos pude ultrapassar.  
É com muita satisfação que atinjo este patamar,  
Convicta de que este projeto, tem pernas para andar.  
No SMI do SESARAM apresentarei o resultado,  
Para no futuro “Cuidados paliativos em Intensivos” ser implementado.

Agradecendo a todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboram nesta minha caminhada, nomeadamente à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, que me viu nascer em Enfermagem em 1981 e agora proporcionou-me um novo ciclo de estudos, na pessoa da Professora Doutora Merícia Bettencourt, à Professora Doutora Cristina Bárbara Pestana, que para além de ter sido a coordenadora do Curso foi a minha orientadora dos estágios SU e de Opção assim como do Relatório de Estágio, acompanhando-me de forma exímia. Aos meus colegas de curso em especial a Elsa Sousa e o Orlando Fernandes, por terem sido o meu apoio de berço, uma vez que trabalhamos na mesma equipa no Serviço de Medicina Intensiva, e caminhamos juntos desde o primeiro dia, e recorro ter sido um dia com condições climatéricas adversas. Ao Enfermeiro Chefe do SMI Abel Viveiros, que desde início não se poupou a esforços para me apoiar nesta minha aventura. Ao Leonardo Ribeiro, Mara Nunes, Raquel Costa, também enfermeiros do SMI, pela colaboração e incentivo. Aos Enfermeiros tutores do Serviço de Urgência, Gisela Teixeira e Cátia Vieira, pela disponibilidade e acompanhamento. À Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Paliativos do SESARAM; Luísa Baeta, e Enfermeira Maria Henriques, à Dra Licínia Araújo, Diretora da UCP, que me acompanharam incondicionalmente ao longo desta trajetória. A todos os Enfermeiros e Médicos do SMI que se disponibilizaram a participar no questionário. E por último, não poderia de deixar de dar um agradecimento especial à minha família, nomeadamente as minhas filhas e marido, pela forma incondicional como colaboraram comigo, cada um com a sua especificidade, para que esta caminhada se tornasse prazerosa.

## **RESUMO**

O Relatório que aqui se apresenta pretende retratar de forma crítico-reflexiva o percurso de desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas, no âmbito do Terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Assim, evidenciam-se as aprendizagens significativas ocorridas no contexto do Estágio I Serviço de Urgência e reflete-se sobre as experiências vivenciadas que permitiram a creditação da experiência profissional de mais de 31 anos em ambiente de Cuidados Intensivos; finalmente, no Estágio de Opção, tendo como referência o Plano de Autoformação desenvolvido e implementado, espelham-se as experiências vividas tendo como objetivo sistematizar a intervenção paliativa em Medicina Intensiva. Trata-se de uma estratégia que visa humanizar o cuidado, num contexto em que predomina a sofisticação tecnológica e o objetivo da cura prevalece.

Como metodologia para a elaboração do relatório, utilizou-se a análise crítico-reflexiva e a fundamentação científica, em particular recorrendo à mais recente Evidência Científica, como referenciais para o seu desenvolvimento, recorreu-se às Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, às Competências de Mestre plasmadas no Decreto-Lei n.º 65/2018 e ainda no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e Código Deontológico do Enfermeiro

**Palavras-Chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos

## **ABSTRACT**

This report aims to reflect on the development and consolidation process of general and specific skills, concerning the Third Course of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing of the of the São José de Cluny's Nursing School.

Therefore, this report describes the significant knowledge obtained in the First Internship in the Emergency Department; and reflects on the experiences that allowed the accreditation in Critical Care after more than 31 years of practice. At last, it addresses an Autoformation Plan, which the main goal was to systematize and implement the Palliative Care and Intervention in the Intensive Medicine Unit.. It is a strategy that aims to humanize care, in times where technological sophistication predominates and the curative treatment as the main goal prevails.

The methodology used in this report was based on a critical and reflective analysis and on the most recent Scientific Knowledge. The main references were the Common and Specific Skills of the Specialized Nurse in Medical-Surgical Specialty, the Quality Standards of Specialized Care in Medical-Surgical Specialty by the Ordem dos Enfermeiros the Master Skills presented in Decreto-Lei n.º 65/2018, and finally in regulation of professional nursing practice and in Nurses' Ethics Code.

**Key-words:** Medical-Surgical Nursing, Critical Care, Palliative Care

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSA- Agencia de Qualidade Sanitária de Andaluzia  
APACHE- Acute Physiology and Chronic Health Evaluation  
APB- Associação Portuguesa de Bioética  
APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
APMHIS- Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade  
AVC- Acidente Vascular Cerebral  
BO- Bloco Operatório  
BPS- Behavioral Pain Scale  
CAM- Confusion Assessment Method  
CAM-ICU- Confusion Assessment Method for the ICU  
CANH- Clinically Assisted Nutrition and Hydration  
CDE- Código Deontológico do Enfermeiro  
CDOM- Código Deontológico da Ordem dos Médicos  
CE- Cuidados Especiais  
CEU- Cuidados Especiais da Urgência  
CF- Conferência Familiar  
CI- Cuidados Intensivos  
CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CNCP- Comissão Nacional De Cuidados Paliativos  
CP- Cuidados Paliativos  
CRRNEU- Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência  
CVAH- Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação  
CVC- Cateter Venoso Central  
CVVHD-Continues Venous Hemodialysis  
DAV- Diretivas Antecipadas de Cuidados  
DGS- Direção Geral de Saúde  
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
DRE- Direção Regional de Estatística  
EAPC- European Association Palliative Care  
ECD- Exames Complementares de Diagnósticos  
ECG- Eletrocardiográfico

ECSCP- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos  
EE- Enfermeiro Especialista  
EIHSCP- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos  
ELA- Esclerose Lateral Amiotrófica  
EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica  
EMIR- Equipa Médica de Intervenção Rápida  
EPI- Equipamento de Proteção Individual  
ESAS- Edmonton Symptom Assessment System  
ESESJC- Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny  
EVA- Escala Visual Analógica  
GPT- Grupo Português de Triagem  
HDNM- Hospital Dr. Nélio Mendonça  
IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde  
IAHPC- International Association for the Hospice and Palliative care  
IASP- Associação Internacional para o Estudo da Dor  
ICN- International Council of Nurse  
LASA- Look-alike sound-alike  
LPP- Lesões Por Pressão  
LTSV- Limitação do Tratamento de Suporte Vital  
MS- Ministério da Saúde  
NAS- Nursing Activity Score  
NBT- Non Beneficial Treatments  
NE- Nutrição Entérica  
NUDESC- Nursing Delirium Screening Scale  
OE- Ordem dos Enfermeiros  
OM- Ordem dos Médicos  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
PAC- Plano Antecipado de Cuidados  
PAI- Pressão Arterial Invasiva  
PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção  
PDC- Polineuropatia do Doente Crítico  
PEDCP- Plano Estratégico de Cuidados Paliativos  
PIC- Pressão Intra-Craniana  
PICCO- Pulse Induced Contour Cardiac Output

PNCP- Plano Nacional De Cuidados Paliativos  
PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes  
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência Antimicrobianos  
PPS- Palliative Performance Scale  
QV- Qualidade de Vida  
RAM- Região Autónoma da Madeira  
REE- Registos Eletrónicos  
RENTEV- Registo Nacional Do Testamento Vital  
REPE- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem;  
RNEHR- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referênciação  
SABA- Solução de Base Alcólica  
SAPS- *Simplified Acute Physiologic Scale*  
SCCM- *Society Of Critical Medicine*  
SEMICYUC- Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva e Unidades Coronárias  
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira  
SMI- Serviço de Medicina Intensiva  
SO- Sala de Observação  
SOFA- *Sequential Organ Failure Assessment*  
SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
STM- Sistema de Triagem de Manchester  
SU- Serviço de Urgência  
TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*  
UAVC- Unidade de Doenças Cérebro-Vasculares  
UC- Unidade Curricular  
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos  
UCIC- Unidade de Cuidados Intermédios Pós-Cirúrgicos  
UCICT- Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica  
UCINP- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos  
UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos  
UP- Úlcera de Pressão  
UTIC- Unidade de Tratamento Intensivo Coronário  
UTI- Unidade de Terapia Intensiva  
VNI- Ventilação Não-Invasiva  
VV- Via Verde

*WHO- World Health Organization*

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. O doente crítico em contexto de urgência: cuidados especializados.....</b>	<b>17</b>
1.1.1. Cuida da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. ....	23
1.1.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação.....	35
1.1.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência antimicrobiana.....	36
<b>1.2. Creditação da prática profissional: cuidado especializado em Cuidados Intensivos</b>	<b>39</b>
<b>2. DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO AO DOENTE CRÍTICO À INTERVENÇÃO PALIATIVA EM CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>66</b>
<b>2.1. Fundamento de Cuidados Paliativos no contexto da Medicina Intensiva (da necessidade de Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos).....</b>	<b>76</b>
<b>2.2. Caracterização da perceção da equipa Médica e de Enfermagem do SMI do SESARAM, sobre a necessidade dos CP em contexto de CI. ....</b>	<b>98</b>
<b>2.3. Perspetivando o futuro .....</b>	<b>102</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DA EQUIPA MÉDICA E DE ENFERMAGEM DO SMI DO SESARAM, SOBRE A NECESSIDADE DOS CP EM CONTEXTO DE CI. ....</b>	<b>ii</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Curative and Palliative Approaches to Care throughout a Critical Illness. This diagram, which is adapted from a policy statement of the American Thoracic Society ....77

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), do ano letivo 2018/2019, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José (ESESJ) de Cluny elaborei o presente relatório de estágio que vai ao encontro do plano de estudos relativo ao MEMC daquela instituição, conforme descrito no Despacho nº 8046/2015. Tem um objetivo primordial: descrever de forma crítica, o processo de aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Intitula-se “Do Cuidado Especializado ao Doente Crítico à Intervenção Paliativa nos Cuidados Intensivos”, e será discutido e defendido publicamente, para obtenção do Título de Mestre, sendo a Docente Orientadora a Professora Doutora Cristina Pestana.

A Enfermagem enquanto ciência e arte fundamenta-se num quadro teórico que constitui o seu corpo de conhecimentos, cujo propósito é responder às necessidades de saúde das pessoas. O Enfermeiro é reconhecido pela competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) aprovado pelo Decreto-lei nº161/96 e plasmado no artigo 4º, a profissão de Enfermagem 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” (p. 2960).

Com a evolução da ciência e tecnologia, os cuidados de Enfermagem também assumem uma importante exigência técnica e científica, requerendo uma maior diferenciação e especialização destes profissionais de saúde. Os profissionais de Enfermagem asseguram uma grande parte dos cuidados de saúde pelo que é fundamental o investimento na qualificação dos mesmos, de forma a garantir uma prestação de cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Assim, na busca permanente pela excelência profissional, os Enfermeiros integram processos de formação contínua, cuja atualização de conhecimentos e investigação são promotoras de uma prática refletida, autónoma e baseada na evidência. Por seu lado, a organização dos cuidados de saúde foi-se modificando no sentido de dar resposta às necessidades de saúde da população ao longo do ciclo vital.

Aliada à conquista de novos conhecimentos, abriram-se novas perspetivas no tratamento de doenças que até então eram fatais. Com a evolução da ciência e da tecnologia,

hoje em dia, é possível substituir e artificializar funções essenciais à vida, substituir órgãos vitais, recuperando para a vida pessoas com índices de gravidade muito elevados. A existência de serviços altamente diferenciados e especializados, com monitorização contínua, invasiva e terapêutica avançada, como são os Serviços de Medicina Intensiva (SMI), vieram dar um grande contributo ao sucesso na recuperação destes doentes. A par desta evolução e com a melhoria das condições de vida, assiste-se ao aumento do tempo esperado de vida, e conseqüentemente ao aumento das comorbilidades associadas às doenças agudas e crónicas, o que, para muitos, significa múltiplas admissões nos SMI ao longo da evolução da sua doença. A cura da doença tem sido em grande parte o objetivo dos serviços de saúde, em que a incurabilidade e a realidade inevitável da morte ainda são encaradas por alguns como um fracasso da Medicina.

O SMI é um serviço com tecnologia sofisticada, cada vez mais diferenciada, em que os doentes admitidos apresentam índices de gravidade muito elevados com risco iminente de morte. A rapidez na atuação, o discernimento e conhecimento técnico-científico específico são características importantes dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos (CI). Apesar da sofisticação técnica predominar nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) /SMI, é possível humanizar o cuidado de enfermagem através da interação efetiva com a família e de uma comunicação eficaz, permitindo a satisfação das suas necessidades, bem como a partilha das suas vivências, angústias, medos e inseguranças. Por outro lado, proporcionar conforto com alívio da dor e sofrimento, promover o controlo dos sintomas e a ajuda na última etapa da vida do doente de forma a proporcionar uma morte digna é fundamental nas UCI, o que nos remete para a exigência de considerar a implementação de CP em contexto de CI. Uma situação comum às UCI, que deriva da alta tecnicidade e avanços tecnológicos é a obstinação terapêutica/diagnóstica, condicionando um prolongamento da vida a qualquer custo, potenciador de sofrimento para o doente e família, sem que daí advenha qualquer benefício. De acordo com Alves (2015):

em Cuidados Intensivos a capacidade de artificializar a vida, em nada significa aptidão para evitar mortes evitáveis; esta capacidade para salvar vidas, que de outra forma se perderiam, constitui o exaltante e compensador profissionalismo na área do intensivismo. Contudo, o preço pago por esta enaltecida capacidade é o risco de se poder prolongar artificialmente a vida, a agonia e o sofrimento de pessoas para quem a morte é inevitável (p.29).

Assim os doentes que são submetidos a múltiplas terapias e que não evoluem no sentido da cura têm indicação para Cuidados Paliativos

Na atualidade considero pertinente e oportuno falar de CP em MI, uma vez que a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas

necessidades de cuidados. A intervenção de CP numa intenção de complementaridade de ações curativas e de apoio, a fim de aliviar os sintomas e o sofrimento associado àquela situação de doença, foi argumentado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) em 2006, para maximizar a qualidade de vida do doente. É urgente ultrapassar a dicotomia ainda em voga de que, uma vez terminadas as terapêuticas de índole curativa, se iniciaria o recurso aos CP, (Neto 2016a), pelo que a introdução dos CP tão precoce quanto possível no curso de uma doença crónica e/ou grave, faz sentido num SMI. Também Cook e Rocker em 2014 e Catalão em 2015, defendem a introdução dos CP logo na admissão do doente nos CI. Alegam que as terapias curativas e as paliativas deverão ser instituídas em simultâneo ao longo do internamento mas a intensidade dos cuidados na vertente paliativa aumentaria no final da vida, enquanto que a terapia curativa cessaria no momento da morte. Assim a terapia paliativa continuaria a ser instituída após a morte, no processo de apoio à família no luto. Esta perspetiva é partilhada por vários autores, e faz muito sentido na nossa realidade em MI.

É longa a minha experiência profissional em CI e só recentemente tenho vindo a constatar a preocupação de alguns profissionais de saúde na intervenção clínica paliativa ao doente crítico em situação de irreversibilidade e de fim de vida. Esta questão de proporcionar CP ao doente e família em CI assolou o meu pensamento e motivou a procura de respostas, expressa no projeto de autoformação/intervenção desenvolvido durante o Curso de MEMC, tendo como objetivo sistematizar os cuidados/ações paliativas ao doente e família no SMI do SESARAM.

O meu processo formativo enquanto discente deste Mestrado integrou três momentos cruciais de prática clínica, nomeadamente o Estágio I – Urgência; Estágio II- Cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção.

O estágio I foi realizado no Serviço de Urgência (SU) do HDNM. Relativamente ao estágio II- Cuidados Intensivos, e atendendo à experiência profissional e ao percurso formativo realizado, de acordo com o Regulamento nº 506/2014, referente à Creditação de Formação e Experiência Profissional da ESESJ de Cluny, foi requerida e concedida creditação ao mesmo. Finalmente, o estágio III de Opção, surge no enquadramento do Projeto de Auto Formação (PAF) e atendendo ao interesse pessoal e profissional numa área muito peculiar e necessária na nossa instituição, a de CP em C I. Pelo que, para além do estágio abarcar o SMI do HDNM, foi pertinente conhecer a realidade de uma UCI de um Instituto de Oncologia Português, assim como a da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do SESARAM.

Realço que, considerando tratar-se de um trabalho de natureza académico, apenas alguns objetivos do PAF, serão desenvolvidos, prevendo-se dar continuidade ao mesmo, após a conclusão do Curso de Mestrado.

Este relatório está organizado em três capítulos primordiais, tendo o primeiro, a pretensão de fazer análise crítico-reflexiva ao meu processo de aquisição de Competências na área do doente crítico no SU e nos CI. O segundo capítulo cinge-se à contextualização da necessidade de CP em CI, e o terceiro, a caracterização da perceção da equipa Médica e de Enfermagem do SMI do SESARAM, acerca dos CP em contexto de CI. O tratamento dos dados inerentes ao questionário aplicado no SMI do SESARAM serão apresentados em apêndice.

Ao longo do relatório, estarão implícitas as Competências do grau de Mestre. A estruturação do trabalho teve como guia o documento fornecido pela ESESJ de Cluny intitulado de “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”, cumprindo dessa maneira as Normas da American Psychological Association (APA).

## **1. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A Enfermagem enquanto ciência e arte fundamenta-se num quadro teórico que constitui o seu corpo de conhecimentos. A profissão de Enfermagem tem como pioneira Florence Nightingale (séc. XIX), destacando-se a sua intervenção no atendimento dos feridos Anglo-franceses na guerra da Crimeia. Nessa altura, Nightingale já percecionara a importância de separar os feridos graves dos menos graves, procedendo à triagem dos mesmos (Smith Blair, 2010). Começou por agrupar os doentes em conformidade com a gravidade dos casos e necessidades de tratamento, tendo sido considerada por alguns a primeira enfermeira Intensivista (Vargas et al., referenciado por Amaral, 2017).

Responder às necessidades de saúde das pessoas ao longo do ciclo vital, constitui o propósito do Enfermeiro sendo este reconhecido, pelas competências científicas, técnicas e humanas, pela sociedade e pela Ordem, que sustenta a profissão (OE, 2018). Promover uma maior especialização dos profissionais de forma a acompanhar a importante exigência técnica e científica resultante da evolução da ciência e da tecnologia, é crucial, para garantirmos os cuidados de qualidade a que o doente tem direito. Já em 2004, Paiva alegava que “os Enfermeiros têm vindo a responder às novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação, e aplicação de conhecimentos de Enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências” (p.51). Por outro lado, Gomes (2019) alega a “complexidade da profissão e a imperativa necessidade de possuir conhecimentos científicos e técnicos, bem como competências da área de especialidade bem consolidadas, com o objetivo de atingir a prestação de cuidados altamente qualificada” (p.24).

A atualização de conhecimentos e a investigação são promotoras de uma prática refletida, autónoma, baseada na evidência, facilitando o processo de tomada de decisão mais competente. O processo de aprendizagem em contexto de formação contínua é um dever do Enfermeiro. No artigo 100º no Decreto-lei nº 104/98, relativo aos deveres deontológicos em geral, encontra-se expressa a necessidade do Enfermeiro “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 8079). O dever de atualização de conhecimentos do Enfermeiro decorre do “direito do doente/cliente a cuidados de qualidade, prestados de

acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios”. O aperfeiçoamento profissional ultrapassa a mera atualização de conhecimentos sendo considerado como “o caminho da construção de competências “. A autoformação, a formação contínua e o processo de avaliação do desempenho são considerados ferramentas importantes na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional.

A especialização em Enfermagem é pois uma tendência internacional dotando os Enfermeiros de competências específicas (científicas, técnicas e humanas) capazes de desenvolverem atividades mais complexas no seu âmbito de competências, que extravasam o domínio dos cuidados gerais (OE 2018; INESC-TEC 2018).

De acordo com a OE (2019) “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas definidas em Regulamento próprio de cada especialidade” (p.4745).

Ao EE é reconhecido um conjunto de Competências Comuns nos Domínios da Responsabilidade Profissional, Ético e Legal, na Melhoria Contínua da Qualidade, na Gestão dos Cuidados e no Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais e ainda competências específicas de acordo com a sua área de intervenção. Segundo a OE (2019) no seu artigo 3º, as Competências Comuns do EE são “ as competências partilhadas por todos os EE, 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 acessória” (p.4745).

Relativamente às Competências Específicas do EE, diz a OE no Regulamento nº 140/2019 que são as “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745). Particularizando, os cuidados especializados em EMC de acordo com o Regulamento nº 429/2018 da OE (p.19360), exigem a “conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta 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,” garantindo assim a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

São várias as competências específicas do EE em EMC. Dada a abrangência da mesma houve necessidade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto da intervenção, destacando-se várias áreas de Enfermagem nomeadamente à área da Enfermagem à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação peri-operatória, e à pessoa em situação crónica (OE 2018).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 pessoa em situação crítica é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362). Acrescenta ainda que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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). Assim, cuidar da pessoa e família/cuidadores, a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica é um dos focos do EE em EMC.

A especificidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica pode advir de uma situação de emergência, exceção e catástrofe, em que a avaliação diagnóstica e a monitorização constante são de grande importância. Face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, consideram-se então como competências específicas: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação; e maximizar a prevenção e controlo da infeção e resistências a antimicrobianos (OE, 2018).

Neste enquadramento, o cuidar especializado exige observação, colheita e procura contínua e sistemática de dados pelo Enfermeiro, para poder entender a situação da pessoa, prever e detetar precocemente possíveis complicações e assegurar uma intervenção eficiente e atempada. A atuação do Enfermeiro no cuidar do doente crítico é caracterizada por atividades assistenciais e de gestão complexas que exigem competências técnicas e científicas, cuja tomada de decisão está diretamente relacionada com a vida ou morte das pessoas (Camelo, 2012).

### **1.1. O doente crítico em contexto de urgência: cuidados especializados**

No âmbito da UC Ensino Clínico I de Urgência, integrado no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em EMC da ESESJ de Cluny, realizei estágio no Serviço de Urgência

(SU) no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HDNM) entre 7 de Novembro e 2 de Dezembro de 2018, que contemplou um total de 140 horas de contacto cujo objetivo foi desenvolver competências específicas de EE em EMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e emergência, conforme o Regulamento nº 429/2018.

O EE na pessoa em situação crítica presta cuidados num ambiente altamente especializado no qual a organização do seu trabalho e os seus conhecimentos técnico-científicos são fundamentais para a eficiência e eficácia da sua prestação. É um veículo fundamental no processo de transição saúde/doença, na pessoa em situação crítica e a organização e sistematização do seu trabalho passa pela utilização de uma metodologia baseada na evidência científica sustentada que caracteriza a profissão de Enfermagem (OE, 2018). O doente crítico/emergente exige dos Enfermeiros um saber atualizado e especializado, um conhecimento aprofundado sobre a pessoa assim como a capacidade de pensar /juízo crítico e um agir rápido, antecipando os cuidados e possíveis complicações. As competências relacionais são imprescindíveis para cuidar do outro, que se encontra numa situação de grande fragilidade e vulnerabilidade, não descurando os princípios Ético-Deontológicos inerentes à profissão. De acordo com a OE (2015), “os Padrões Éticos Profissionais assentam num conceito moral básico cuja preocupação é o bem-estar de outros seres humanos (...) e para o qual “ não basta a qualidade científica ou a técnica” mas também “uma qualidade humana e humanizadora” (p.14).

Os cuidados de enfermagem exigem uma avaliação cuidada da parte do Enfermeiro e uma recolha de informação pertinente de forma a conhecer a situação da pessoa alvo dos seus cuidados, detetar precocemente focos de instabilidade e de assegurar uma intervenção precisa, adequada, eficiente, em tempo útil a que tem direito (OE, 2015). Os Enfermeiros estão munidos de um método científico de resolução de problemas, o Processo de Enfermagem, que, neste contexto de cuidados críticos, tem de ser efetuado de forma rápida e focada e que é constantemente atualizado.

O SU do HDNM é um serviço polivalente que visa dar resposta à Região Autónoma da Madeira (RAM), que inclui a ilha da Madeira e a do Porto Santo, para uma população total de cerca de 250 mil habitantes.

Segundo a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), criada pelo despacho nº 13377/2011, um serviço com estas características constitui o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e deve responder às necessidades de procura, resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referenciação existentes.

Devem contemplar área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais, devendo o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório ser fácil. Estes requisitos estão contemplados no SU deste hospital.

O SU tem por missão assistir todos os utentes que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de Enfermagem individualizados de urgência e emergência em todas as fases do seu ciclo de vida, garantido o respeito, a dignidade, e a segurança pela pessoa e a sua situação de saúde (SESARAM-2009). De acordo a Direção Regional de Estatística (DRE), 2019, o SU admitiu no ano de 2018, 123 697 doentes, correspondendo a uma média /dia de 338 pessoas, a quem foram prestados cuidados diferenciados.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, e relativamente a 2018, esta equipa era constituída por cerca de 81 Enfermeiros. Quanto às categorias profissionais, evidencio o chefe do serviço com Especialidade em EMC, um Enfermeiro com Especialidade de Reabilitação que se encontra em funções de gestão, 16 EE em EMC, nove EE em Saúde Mental e Psiquiatria, três Enfermeiros com Especialidade em Saúde Comunitária e os restantes Enfermeiros de Cuidados Gerais Existem cinco equipas de enfermagem denominadas de A, B, C, D e E, constituídas por 13 Enfermeiros nos turnos da Manhã e da Tarde e 11 Enfermeiros para o turno da Noite.

De acordo com a CRRNEU (2012), e relativamente à atividade assistencial, urgência é definida como “...processo que exige intervenção de avaliação e ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) ...” e a emergência “como um processo para o qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. Acrescenta ainda que uma situação é crítica “...se não for rapidamente reversível...que se prolonga no tempo e se necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e órgão” (p.8).

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe, que coloca a pessoa em risco de vida (OE, 2018). Segundo a OE (2018), uma situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (p.19362). Por sua vez, uma situação de exceção consiste “numa situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai

exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (p.19362). Por fim, catástrofe é definida no Decreto-Lei nº 27/2006, artigo 3º, como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.19362). Já em 2005, atendendo à importância de diferenciação dos diferentes tipos de criticidade e respetivos tempos úteis de resposta, o SU do HDNM deu início a um processo de triagem de doentes, através do Sistema de Triagem de Manchester (STM). Entre 2009 e 2010 foram igualmente implementadas quatro vias verdes (VV), nomeadamente a VV da Sepsis (2009), a VV Coronária (2010), a VV AVC (2010), e a VV Trauma (2010).

O STM foi criado e implementado em 1997 no Hospital de Manchester e adotado por alguns países de Europa. É adotado em Portugal desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GPT) com o endosso do Ministério da Saúde (MS), Ordem dos Médicos (OM) e OE, (Amaral, 2017). Através do Despacho nº 1057/2015 o MS decreta a obrigatoriedade do STM nos serviços de urgência. Segundo a metodologia de Manchester “fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistemática que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido baseado nos problemas identificados e ao respetivo tempo alvo recomendado até o início da primeira observação médica” (Silva, 2009, p.36). Assim, no que diz respeito ao tempo máximo de espera permitido para os diferentes níveis de urgência, temos a avaliação imediata nos casos emergentes com a atribuição da cor vermelha, a avaliação em 10 minutos para os casos muito urgentes com a cor laranja, a avaliação em 60 minutos para os casos urgentes com a cor amarela, a avaliação em 120 minutos para os casos pouco urgentes, com atribuição da cor verde e 240 minutos para os casos não urgentes com atribuição da cor azul (Cicolo, 2017). Os doentes são triados por Enfermeiros, devidamente formados para o efeito, denominados enfermeiros triadores. Este sistema considera a queixa inicial do doente, e através da mesma, segue-se um fluxograma de decisão, em que é atribuído um nível de prioridade de acordo com a identificação de critérios de gravidade (Manchester Triage Group, 2014). É neste sector que é feita a recolha de informação com relevância clínica e estabelecida a prioridade. O objetivo da triagem consiste na identificação rápida de doentes tendo em atenção a gravidade dos mesmos, a natureza urgente e o risco de vida iminente

O STM é um instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes nos serviços de urgência de forma a uniformizar os procedimentos, o apoio à decisão, a

qualidade e adequação dos cuidados e a responsabilização, tanto dos utilizadores como dos profissionais dos serviços de urgência (Amaral 2017).

Tendo em conta que o enfermeiro triador é o profissional de primeiro contacto com o doente no SU, o recurso a este método exige um elevado conhecimento, experiência e perspicácia, assim como uma competência acrescida na área da comunicação. Esta última apresenta-se como uma competência específica do EE em EMC, pois este avalia e identifica prontamente potenciais focos de instabilidade e gere a comunicação interpessoal, com o doente e família, fundamentando a relação terapêutica, num contexto desconhecido que acarreta grande ansiedade.

Algumas vezes a situação clínica poderá induzir o enfermeiro triador ao erro, nomeadamente a uma categorização inferior, pelo que dita a experiência adquirida no sistema de triagem, que é preferível classificar num índice de gravidade superior salvaguardando, por assim dizer, uma possível subavaliação. A célebre frase popular “é preferível pecar por excesso do que por defeito” pode ser aplicada a esta situação. Amaral (2017, p.14) citando Silva, defende que “é expectável que o Enfermeiro Triador seja ponderado e sensível na apreciação de diversos e determinados fatores”, de forma a evitar fenómenos de *undertriage* ou *overtriage*. *Undertriage* refere-se ao doente que poderia beneficiar de um atendimento mais célere mas que não foi identificado como prioritário, e *overtriage* representa o doente cuja queixa pode ser sobrevalorizada e como tal são prestados cuidados superiores aos que realmente necessita, o que leva a gastos de recursos que poderão por em causa o tratamento de outros prioritários (Amaral, 2017, p.49).

Após a triagem, o doente é então encaminhado para a área médica ou cirúrgica de acordo com a triagem e passa pela sala de espera que antecede os gabinetes de atendimento; no SU do HDNM existem três salas da área médica e uma sala da área cirúrgica.

Após ter sido observado, o doente é encaminhado para a sala de tratamentos, sala transitória que se destina à permanência de curta duração, onde se fazem colheitas de sangue, administração de terapêutica e outros tratamentos que não exigem cuidados e vigilância especiais. De seguida, é encaminhado para a sala aberta, onde aguarda pelos resultados dos exames complementares de diagnóstico e/ou do efeito terapêutico, espera por uma nova avaliação médica, ou uma avaliação de alguma especialidade médica que não se encontre em presença física no SU ou, se for o caso, aguarda vaga do serviço de internamento a que se destina. Os doentes que ocorrem a este espaço não são considerados doentes graves, contudo necessitam de uma importante atenção e vigilância por parte do

Enfermeiro destacado para essa área de trabalho, já que a qualquer momento poderá ocorrer uma situação de agravamento clínico.

Por fim, na sala de recuperação estão os doentes que necessitam de maior vigilância e/ou terapia de média duração, doentes com alteração do estado de consciência, com necessidades de oxigenoterapia e/ou que aguardam internamento ou observação da psiquiatria. Ainda há a sala de cirurgia onde se procedem a pequenas cirurgias, tratamentos de feridas, entre outros.

Consoante a gravidade da situação o doente poderá ser encaminhado para a Sala de Observação (SO), onde será monitorizado e/ou submetido a protocolos terapêuticos complexos. O SO é constituído por oito camas e um isolamento (para os doentes imuno comprometidos e/ou com patologia infecciosa). Devem ser admitidos em SO os doentes para esclarecimento da situação clínica ou recuperação, que se preveja um tempo inferior a 24 horas, necessitando de monitorização contínua e intervenção de Enfermagem mais diferenciada. Também ficam em S.O os doentes que aguardam ida para o bloco operatório (cirurgia de urgência) assim como aqueles que necessitam de transfusões sanguíneas e / ou hemoderivados. Cada unidade dispõe de um monitor de sinais vitais que possibilita uma monitorização invasiva contínua do doente, contribuindo para uma vigilância mais segura. Aqui o EE em EMC tem um papel primordial na monitorização e vigilância do doente crítico. É o responsável por adequar os limites dos alarmes adequando-os à situação clínica, assim como o ajuste correto do volume dos mesmos no início de cada turno e sempre que a situação o justifique, enquadrando a sua intervenção numa cultura de segurança. A este propósito, Nunes (2018) refere que “Nesse ambiente um Enfermeiro perito ou Especialista sabe interpretar os alarmes perante a situação clínica dos doentes conseguindo distinguir situações de real urgência/emergência de alterações transitórias e associadas à condição do doente procedendo aos necessários ajustes dos parâmetros” (p. 39).

A vigilância é uma intervenção de enfermagem que tem sido identificada como uma estratégia fundamental na prevenção e identificação de complicações, erros e eventos adversos (Jones, 2013). Esta constitui um processo sistemático com o objetivo de identificar o risco e a necessidade de intervenção. Identificar alterações hemodinâmicas que possam colocar em risco a vida do doente e consequentemente gerir protocolos terapêuticos complexos é também uma prática comum do Enfermeiro no SO e /ou na sala de cuidados especiais (CE) e vai ao encontro das competências específicas do EE em EMC.

Assim na sala de CE, encontram-se os doentes mais graves do SU, que necessitam de monitorização contínua, suporte ventilatório, técnica de substituição da função renal e de

gestão de protocolos terapêuticos complexos. Os doentes com suporte ventilatório invasivo ficam ao cuidado da Medicina Intensiva (MI) na sala de CE a aguardar a transferência para o serviço de MI, com a maior celeridade possível, condicionada com as vagas existentes.

Na sala de emergência, conhecida por sala zero, que se encontra à entrada do SU após a sala de triagem, são admitidos os doentes que requerem cuidados urgentes/emergentes. Esta sala encontra-se equipada com um arsenal tecnológico adequado, nomeadamente meios de diagnóstico/monitorização e de suporte ventilatório. Tem acesso fácil ao serviço de Imagiologia e ao serviço de MI, assim como ao elevador, condições que são cruciais no processo de transferência para o Bloco Operatório (BO) e ou outros serviços de internamento, conforme recomendado pela CRRNEU (2012).

Ao longo do estágio realizado no SU, procurei desenvolver e aperfeiçoar as competências do EE em EMC na área do doente crítico assim como as competências comuns, transversais a todos os cuidados.

#### 1.1.1. Cuida da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

De acordo com a OE, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/ pessoa significativa, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística, tendo por base a mais recente evidência científica” (OE, 2018, p.19363).

Esta competência incorpora várias unidades definidas pela OE, nomeadamente: a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica, a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família, face à situação de alta complexidade do estado de saúde e a assistência à família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica/falência orgânica.

O desenvolvimento desta competência foi alcançado na prestação de cuidados especializados ao doente crítico com recurso à metodologia do Processo de Enfermagem, da avaliação sistemática ABCDE e da reflexão crítica na ação e sobre a ação.

A metodologia da abordagem do doente crítico segue a nomenclatura internacionalmente conhecida por A, B, C, D, E. Foi descrita por Kool e Blickman em 2007,

em que o A significa Via Aérea (com estabilização cervical), B Ventilação, C Circulação, D Disfunção neurológica e E Exposição, de forma a identificar, corrigir e estabilizar situações que colocam a vítima em risco imediato de vida. A sequência “A, B, C, D, E” é evidenciada na Norma nº 07 de 2010 da DGS; Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, do Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional (DQS/DQCO), como sendo a metodologia universalmente aceite e recomendada em Portugal.

Tal como referido anteriormente, o primeiro passo na admissão do doente no SU, é a triagem. Tive oportunidade de acompanhar os enfermeiros triadores no processo de triagem de doentes para a área médica, cirúrgica, ortopédica e obstétrica e ainda participar na ativação de VV (Via Verde) do AVC, do Trauma e Coronária, cujos doentes foram encaminhados para a sala de tratamentos para os procedimentos inerentes a situação clínica e posterior continuidade de cuidados. Existem quatro VV no SU do HDNM: VV AVC, VV Trauma, VV Coronária e VV Sepsis.

A CRRNEU (2012) explica que as VV “(...) são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, (...)” (p.22), acrescenta ainda que as VV baseiam-se “(...) num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis.” (p.22).

Na norma nº 015/2017, emanada pela DGS, a VV é definida “como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (p.17).

Neste contexto, ativada a VV, o doente adquire prioridade emergente, fator contributivo para a redução da morbi-mortalidade. Assim, apesar da ativação destas VV dependerem de algoritmos clínicos pré-definidos, cabe ao enfermeiro conhecê-los, mas também estar desperto para sinais e sintomas não comuns que possam ser indicadores de gravidade e razões para acionar a VV, não atrasando o tratamento e encaminhando o doente para os profissionais de saúde mais indicados para a resolução do problema que lhe coloca a vida em risco, tal como preconizado no artigo 104º do CDE (OE, 2015). Neste contexto, o EE, considerado perito, possui competências específicas capazes de identificar essas

situações em tempo útil, sendo um raciocínio que desenvolvi aquando da permanência na sala de triagem. Este raciocínio demonstra conhecimento, capacidade de compreensão e consequente aplicação de conhecimentos, constituintes do desenvolvimento de competências de Mestre.

Uma vez que a prática clínica no SU ocorreu maioritariamente no SO, na sala de cuidados especiais e na sala de emergência, a prestação de cuidados técnicos e invasivos foi recorrente pelo que dei primazia à monitorização, prevenção e identificação precoce de complicações inerentes aos procedimentos invasivos, assim como atendi a focos de instabilidade. Prestei cuidados a doentes com várias patologias nomeadamente com insuficiência respiratória crónica com necessidade de ventilação não invasiva, com fibrilação auricular, com necessidade de monitorização e vigilância contínua, assim como de instituição de terapêutica medicamentosa adequada, com descompensação metabólica decorrente de processos inflamatórios, com intoxicações voluntárias medicamentosas, entre outros. Planeei e executei intervenções de Enfermagem especializadas de acordo com as necessidades do doente crítico seguindo a metodologia do processo de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

A elaboração de planos de cuidados com a metodologia CIPE® para os doentes internados em CE foi uma prática recorrente, dada a importância de haver continuidade de cuidados, garantir a qualidade dos mesmos e ainda poder gerar indicadores de saúde. A eficácia da intervenção de enfermagem é determinada pela continuidade dos cuidados que pressupõe um registo cuidado das observações e intervenções), conforme contempla a alínea d) do artigo 104º do CDE (OE, 2015). Dado o contexto, o SU apenas preconiza dois diagnósticos definidos como fundamentais para a segurança do doente: o Risco de Úlcera de Pressão (UP) e o Risco de Queda. A prevenção da ocorrência de quedas e a prevenção da ocorrência de UP, pressupõem uma atenção especial do enfermeiro, proporcionando cuidados de qualidade a que o doente tem direito, garantindo assim a sua segurança, elemento fundamental para a qualidade da saúde, conforme plasmado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 publicado no Despacho nº 1400A/2015, e no PNSD 2021-2026 publicado no Despacho nº 9390/2021. A preocupação com a segurança aliada à qualidade dos cuidados orientou a minha prática no SU.

No Despacho nº 5613/2015, do MS, a qualidade e a segurança surgem como uma obrigação ética porque “contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do

respeito com que esses cuidados são prestados” (p. 13551). Qualidade em saúde é definida 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” (p. 13551). No PNSD 2015-2020 e que mantém no de 2021-2026, estão contemplados vários objetivos estratégicos nomeadamente: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de UP; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, que estão interligados com as boas práticas de Enfermagem, refletindo-se nas competências comuns e específicas do EE em EMC.

Nesta linha, e no que diz respeito aos Diagnósticos de Enfermagem, dei o meu contributo incentivando os colegas a acrescentarem aos dois Diagnósticos de Enfermagem preconizados pelo SU, os relacionados com a prevenção da infeção, nomeadamente: Risco de Infeção por Cateter Central, Risco de Infeção por Cateter Vesical, Risco de Infeção por Dispositivo Respiratório e Risco de Infeção por Cateter Arterial, atendendo a que são definidos como essenciais para a qualidade e ainda porque, não raras vezes, alguns doentes chegam a permanecer vários dias em sala de CE, antes de serem transferidos para o SMI.

Ainda relacionado com as UP, achei oportuno incentivar os colegas a planearem intervenções de Enfermagem a todos os doentes com suporte ventilatório não invasivo (VNI), no sentido de prevenir as Lesões Por Pressão (LPP) associadas à VNI, ou seja, decorrentes da pressão exercida pelas interfaces no rosto do doente. As LPP constituem um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, em particular dos cuidados de Enfermagem. A Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva Crítica e Unidades Coronárias (SEMICYUC) tem descrito um indicador específico para esta temática e recomenda que a taxa de incidência de LPP da face seja inferior a 7% (SEMICYUC, 2017).

Em 2017, Otero et al., debruçaram-se sobre esta problemática, e elaboraram um ensaio de controlo randomizado com o objetivo de comparar a eficácia de quatro estratégias terapêuticas diferentes para prevenir o desenvolvimento de LPP na face relacionadas com o uso de VNI com máscaras oronasais em doentes críticos (Costa, 2018a). As estratégias utilizadas foram a aplicação direta da máscara de VNI na face, a aplicação de hidrocolóide, poliuretano assim como a aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados. Concluíram que a

aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados na pele em contacto com as máscaras oronasais demonstrou maior eficácia na prevenção de LPP relacionadas com a VNI, seguindo-se a aplicação direta da máscara (interface), desde que a máscara não estivesse muito ajustada ao rosto.

Perante este estudo, o SMI do SESARAM, passou a intervir de acordo com a evidência científica e abandonou a aplicação de hidrocoloide a todos os doentes, uma vez que no referido estudo tratou-se da estratégia que obteve piores resultados. Passou então a ser utilizada a máscara diretamente na pele, com particular atenção em não ajustar demasiado à face (evitando o excesso de pressão), o alívio da mesma de 2/2h, assim como a aplicação de óleo de amêndoas doces (uma vez que a instituição não disponibiliza os ácidos gordos hiperoxigenados). Por fim a observação da pele e a higiene oral com particular atenção à hidratação oral são intervenções importantes na gestão dos doentes em VNI.

Com base nesta experiência, considerei pertinente partilhar estes conhecimentos com os meus colegas, assim como a possibilidade de no futuro surgir um novo diagnóstico de Enfermagem relacionado com a lesão tecidular. Considero que esta intervenção demonstra a minha capacidade de comunicação, e de fomentar a prática baseada na evidência, num propósito de melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste contexto em que os doentes são acometidos de doença aguda, existem perturbações emocionais decorrentes da instalação súbita da doença ou de uma situação de trauma inesperada. Realço a importância que o EE em EMC possui relativamente ao bem-estar destes doentes, na gestão das perturbações emocionais decorrentes das situações, não descurando o acompanhamento da família. Segundo a CIPE® Versão (2015), família define-se como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (p. 142).

Deste modo procurei acolher a família demonstrando disponibilidade, em condições adequadas, prestando informações precisas, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação, adaptando-a à complexidade de cada situação, o que vai ao encontro do que refere Rabin (2017): “uma comunicação eficaz diminui o *stress* e aumenta a satisfação do doente e família através da utilização de uma linguagem acessível tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional”(p. 44) Neste contexto, toda a minha atuação pretendeu reduzir a ansiedade do doente e da família ajudando-os a compreenderem melhor a situação experienciada.

Mantive uma conduta profissional adequada, numa procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, salvaguardando o respeito pelo direito do doente no que diz respeito à informação, à privacidade, à confidencialidade assim como à escolha, autodeterminação nos cuidados de saúde sem discriminação económica, política, étnica social, ideológica ou religiosa. A prestação de cuidados de forma holística em tempo útil e eficaz esteve sempre presente, tendo dado primazia à comunicação interpessoal quer com os pares / equipa multidisciplinar, quer com a pessoa ou família face a situações de alta complexidade e em especial com doente em fim de vida.

Durante a minha prática, estive desperta para uma área que me é muito querida, o atendimento ao doente/família com necessidades paliativas. E surgiram algumas situações, que motivaram uma reflexão crítica, seguindo a metodologia do ciclo de GIBBS. Uma das situações que despoletou esta reflexão crítica aconteceu durante o turno da noite quando foi proporcionado à filha de uma doente internada em SO, uma visita em hora pouco convencional (23h30). Esta doente encontrava-se em situação grave com indicação médica para não evoluir para medidas invasivas. Após a avaliação inicial da doente, apercebi-me de que estávamos perante uma situação de fim de vida, particularmente na fase agónica.

Segundo Neto (2016b & 2020) e Braga et al. (2017), o doente agónico é aquele que apresenta determinadas características clínicas, que antecedem as últimas horas ou dias de vida. E no contexto de uma doença irreversível e avançada, os doentes experienciam mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes (Braga et al., 2017).

Na situação relatada, a filha entra em contacto telefónico para saber da situação clínica da mãe, pois a informação de que disponha era a do momento do agravamento clínico da mesma, ainda no serviço onde se encontrava internada, antes de ser transferida para o SU. Sugeri à enfermeira responsável pelo SO a visita do familiar, por considerar de grande importância a presença do mesmo junto ao seu ente querido nos momentos que antecedem a morte. Rapidamente, a filha deslocou-se ao SU, demonstrando alguma inquietação. Fiz acolhimento da mesma e acompanhei-a durante a visita. Procurei manter uma relação empática com a mesma, pois tinha uma missão importante no que diz respeito à transmissão de más notícias: informar da gravidade da situação clínica e do provável desfecho, para a qual utilizei o protocolo de SPIKES.

Este momento que proporcionamos à filha poderá ser um momento de reconciliação e segundo Twycross (2003) “a reconciliação refere-se às relações corretas consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com Deus. Morrer conciliado significa

ser capaz de dizer ou transmitir - gosto muito de ti; perdoa-me, eu perdoo-te, obrigada e adeus”(p.17). Deste modo, os benefícios são comuns, não só para a pessoa que está a partir mas também para a família, pois a presença desta nos últimos momentos de vida do seu ente querido, pode funcionar como uma estratégia facilitadora do processo de luto.

Segundo Twycross (2003) o luto “é a maior crise pessoal que muitas pessoas têm de enfrentar (...), não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual (...), que afeta os sentimentos, os pensamentos e o comportamento (...), é um processo de transição através do qual as pessoas assimilam a realidade da sua perda e encontram uma forma de viver sem a presença física da pessoa falecida” (p. 63). Segundo Barbosa (2016), o luto “é uma resposta característica a uma perda significativa (...) uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um complexo processo dinâmico balanceado de mudança e transformação” (p. 553).

O Enfermeiro tem o dever de assistir à família/cuidadores no processo de luto, promovendo a privacidade, o silêncio e o respeito no momento de despedida do seu ente querido. Deverá permitir uma despedida condigna, consciencializando a família para a realidade sem falsas esperanças atendendo-a para que expressem os seus sentimentos e que se possam despedir, respeitando as crenças, religião e culturas.

Deste modo, apesar de me encontrar em contexto de doente crítico, não poderia ficar indiferente e julgo que com a minha intervenção junto á família, possa ter contribuído para prevenir um processo de luto complicado.

Ao longo da prática no SU, tive também a oportunidade de aprofundar conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados ao doente crítico em situação urgente/emergente aquando da ativação da sala de emergência. Esta sala é ativada pelo Enfermeiro do acolhimento ou diretamente pelos profissionais de saúde do contexto pré-hospitalar aquando de situações de peri-paragem e/ou acompanhados pela Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR).

A equipa de Enfermagem destacada para este posto é composta por três Enfermeiros, nomeadamente o Enfermeiro Responsável de Equipa ou o segundo elemento da respetiva equipa, o Enfermeiro de CE e /ou SO, e um Enfermeiro da sala de cirurgia. São designados para o posto A, B, C cada um com as funções específicas de acordo com o Serviço de Urgência Hospital Dr. Nélio Mendonça (2011).

Assim, cabe ao elemento A, a função de coordenar a equipa de Enfermagem da sala de emergência, ocupando-se essencialmente da via aérea e daí posicionar-se à cabeceira do doente. É este elemento que providencia a funcionalidade da sala após a sua utilização.

Deverá ser o Enfermeiro mais experiente do SU e na prática é um EE em EMC, estando de acordo com o Parecer da OE nº 14/2018, no qual é referido “que pela exigência normativa o profissional detentor do título de EE em EMC é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (p.2). Ao elemento B cabe a função de monitorizar o doente, assegurar acessos venosos periféricos e respetivas colheitas sanguíneas e deve posicionar-se ao lado do doente. Ao elemento C cabe a função de circulante, colaborando com o Enfermeiro B na execução das técnicas, preparação de material e preparação e administração de fármacos. Geralmente é este elemento que serve de elo de ligação com a família, obtendo informações pertinentes e dá feedback da evolução clínica. Concomitante, obtém informações junto ao tripulante de ambulância e/ou acompanhantes do doente.

Recordo-me de um episódio que me marcou na sala de emergência relacionado com uma VV Coronária. Um doente de 75 anos com antecedentes de *bypass* coronário, com doença arterial e com amputação de um membro inferior há cerca de um ano. Foi levado ao SU pela EMIR, via Centro de Saúde, com história de dor torácica há dois dias, em VNI, consciente, polipneico, hipotenso e com traçado eletrocardiográfico (ECG) irregular. Tinha um resultado de uma ecografia de Março de 2018, revelador de hipertrofia ventricular esquerda ligeira a moderada, cardiopatia isquémica com boa função sistólica global com força de ejeção 54%, doença degenerativa mitroaórtica ligeira a moderada, insuficiência mitral ligeira e disfunção do ventrículo direito. Seguiu-se a metodologia ABCDE, o que permitiu a organização do pensamento de forma a criar prioridades de intervenção, identificando, corrigindo e estabilizando situações que poderiam colocar o doente em risco de vida. Foi pedido apoio ao SMI que procedeu à cateterização de uma veia central e de uma artéria radial. Colaborei ativamente nestas técnicas invasivas, assim como na preparação e administração de fármacos vasoativos. Neste momento, a experiência adquirida ao longo da minha carreira profissional, a prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto de MI foi fundamental para a assistência em tempo útil. Procedeu-se à preparação do doente para o transporte até ao serviço de Hemodinâmica a fim de ser submetido a um cateterismo cardíaco. Colaborei com o EE responsável pelo transporte na fase do planeamento preocupando-me em garantir os recursos necessários tanto em termos de monitorização, de ventilação e de infusão de fármacos. Garanti a presença do insuflador manual e da mala de transporte, conforme está preconizado para o transporte seguro do doente crítico pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008).

O EE deverá estar atento às particularidades do transporte, garantir as condições de segurança durante o mesmo, e manter a estabilidade do doente como se este permanecesse internado, que como refere Ornelas (2017), “os cuidados durante o transporte deverão ser assegurados da mesma forma que na unidade de origem” (p. 61). Já em 2012, Almeida et al. referiram que o sucesso do transporte intra-hospitalar depende diretamente do planeamento e da atuação organizada da equipa multidisciplinar bem como da escolha de equipamentos adequados. Durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico, poderão surgir algumas complicações relacionadas com a alteração/deterioração fisiológica do doente, traduzida por uma grande instabilidade, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações de difícil recuperação. Desta forma, torna-se imprescindível um adequado suporte tecnológico assim como uma equipa bem treinada, capaz de prever as situações de risco, de as identificar e intervir atempadamente.

A SPCI (2008) afirma que “idealmente, um dos acompanhantes deve ser o Enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos”(p. 14), indo ao encontro do que a OE defende quanto à valorização da formação dos enfermeiros em EMC, assim quanto à grande importância das instituições em dotarem as suas equipas com pessoal qualificado (OE, 2017). Assim, e de acordo com a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica, o profissional de enfermagem com melhor formação para integrar a equipa de transporte do doente crítico é o EE em EMC (Martins, 2020).

Ainda relativamente ao episódio referido anteriormente, é importante realçar a importância da informação à família, no atendimento ao doente crítico no SU. O Enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem, e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem” (OE, 2015, p.83). No entanto há que ter em conta que a informação só deve ser “partilhada de acordo com a vontade expressa da pessoa, estando ela em condições de o fazer” e justifica-se para que a família possa “agir no interesse deste, sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação que deve ser preservada” (OE, 2005, p.178). Além da informação à família, foi também proporcionado o acompanhamento da mesma até à sala da Hemodinâmica.

Tudo indicava que, após o cateterismo, o doente seria transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC), sendo esta a informação disponibilizada à família. No entanto, e como mais tarde pude confirmar, tal não aconteceu. Assim, procurei indagar da situação para poder apoiar esta família que evidenciava sinais de ansiedade,

sabendo que provavelmente, mais uma vez, seria portadora de más notícias. A situação clínica do doente tinha-se agravado no Serviço de Hemodinâmica com necessidade de entubar e ventilar o doente, tendo o mesmo sido internado no SMI. O doente apresentava uma grande instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte de fármacos vasoativos e com índice de gravidade elevado, preditores de um risco imediato de vida. Senti necessidade de apoiar emocionalmente esta família, forneci informações realistas e agilizei o processo para proporcionar a presença da mesma junto ao doente.

O EE em EMC na área do Doente Crítico atua como facilitador no processo de transição vivido pela família, através de um processo de comunicação eficaz e adequado. A interação com a família permitirá a satisfação das necessidades dessa família, a partilha das vivências, medos e inseguranças.

Ainda durante o período em que estive no SO e CE, tive várias oportunidades de acompanhar a Enfermeira Tutora até à sala de emergência, colaborando na prestação de cuidados altamente diferenciados, nomeadamente em situações de doentes ventilados, acompanhando o doente e equipa na transferência até ao SMI. Aqui, também demos primazia à segurança, no que diz respeito ao transporte seguro do doente crítico, como já tive oportunidade de abordar, assim como garantindo uma comunicação eficaz, atendendo às competências especializadas, nomeadamente: comunicando à unidade destinatária à realização do transporte e o tempo previsto para tal.

A comunicação nos cuidados de saúde é de grande importância e é considerada um pilar para a segurança do doente. Aumentar a segurança da comunicação é pois um objetivo estratégico do PNSD 2015/2020 e 2021/2026.

O enfermeiro tem um papel fundamental nos momentos de transição de cuidados, sejam as mudanças de turno e as transferências e ou altas dos doentes, de forma a assegurar uma precisa e atempada comunicação de informações entre os profissionais de saúde. O momento da transferência do doente pressupõe a transmissão de informação crucial para a segurança do mesmo, como dita a Norma nº 001/2017 da DGS. Esta norma define a transmissão de informação como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (p. 4). Acrescenta ainda que a comunicação entre profissionais de saúde deverá ser eficaz, “(...) oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”(…) (p. 4), de forma a prevenir a ocorrência de eventos adversos que ponham em risco a vida do doente. Ainda de acordo com a DGS (2017), os

erros de comunicação estão na lista das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional, e “70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação em momentos de transição de cuidados” (p.5).

Para uma comunicação mais eficaz a DGS (2017) recomenda o recurso à mnemónica ISBAR, definida como uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (...)” (p.4). Esta mnemónica funciona como um auxiliar de memória, de forma a fazer uma transmissão verbal de situações complexas. A Letra “I” irá corresponder à identificação (do doente e profissionais), o “S” a situação atual do doente, o “B” os antecedentes, o “A” corresponde à avaliação e o “R” às recomendações.

A gestão da dor e do bem-estar do doente crítico é uma unidade de competência no cuidar a pessoa a viver processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, descrita pela OE. A Dor, como quinto sinal vital, foi foco de atenção ao longo do estágio, preocupando-me com a sua avaliação/monitorização através de escalas preconizadas pela Instituição, assim como adequando a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológica.

A triagem de Manchester valoriza a dor nomeadamente no que diz respeito à intensidade e repercussão funcional nas atividades do doente (Silva, 2009). É classificada como severa (significativa e insuportável), moderada (significativa mas suportável) e ligeira (não significativa). A dor severa corresponde à prioridade laranja (muito urgente), a dor moderada à prioridade amarela (urgente) e a dor ligeira à prioridade verde (não urgente). A localização da dor também é muito valorizada e, segundo Silva (2009), se a dor for precordial, independentemente da sua intensidade passa a prioridade laranja (muito urgente) e se for Dor pleurítica, no mínimo será prioridade amarela (urgente). Considerada uma das queixas mais frequentes do SU, é um desafio na abordagem rápida e sumária que a triagem de prioridades deve contemplar (Ornelas, 2017; Mota et al., 2020).

Na triagem do SU do SESARAM, a escala utilizada para os doentes comunicantes é a numérica (de 1 a 10), estando de acordo com as conclusões de Mota et al. (2020). Estes concluíram num estudo transversal analítico realizado em contexto de urgência num hospital português que cerca de 88,5% dos Enfermeiros utilizam a escala numérica na avaliação da dor, seguindo-se a escala das faces (71.9 %).

A dor torácica de etiologia não traumática é uma das causas mais frequentes para o recurso ao SU (Sousa et al. 2012). Os mesmos autores, apontam a grande variedade de etiologias e as diferentes formas de apresentação da dor torácica, bem como o elevado risco

subjacente, como fatores que imprimem a necessidade de um diagnóstico célere e preciso. Acrescentam ainda que a “percepção subjetiva da dor e algumas vezes a desproporção entre a apresentação clínica e a gravidade do caso aumentam a dificuldade do diagnóstico” (p.23). As síndromes coronárias agudas, o tromboembolismo pulmonar, a dissecção da aorta, o derrame pericárdico, o pneumotórax hipertensivo e a mediastinite, são apontadas como as patologias possíveis associadas à dor torácica, pelo que é muito importante determinar se a causa é potencialmente fatal e implementar medidas terapêuticas imediatas (Sousa et al. 2012). Ainda de acordo com estes autores “as síndromes coronárias agudas são o diagnóstico mais frequente neste grupo, contribuindo para cerca de 25 a 30% dos casos de dor torácica na urgência” (p.23).

Assim sendo, a avaliação inicial de um doente com dor torácica deverá considerar o tipo de dor, fatores de alívio e agravamento, localização, irradiação, avaliação temporal – início, duração, recorrência, permanência e sintomas associados. As formas atípicas comuns na mulher, no idoso e no diabético, orientam para a pesquisa de fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão, a diabetes *mellitus* e a obesidade (Matos & Ramos, 2012). Atendendo a todos estes aspetos, compreende-se que estes doentes tenham uma abordagem diferenciada no contexto do SU, daí justificando a grande importância da VV coronária.

A avaliação da dor do doente crítico nos CE, foi maioritariamente feita através da escala Behavioral Pain Scale (BPS) nos doentes não comunicantes e da escala numérica, nos doentes comunicantes. Ao longo do relatório voltarei a abordar a problemática da dor.

Um fator a que o enfermeiro deverá estar atento na sua prática diária é a privacidade dos doentes. A privacidade individual assume um papel preponderante nos vários domínios da vida de cada um de nós, em especial nos momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade que acompanha o processo de doença. É dever do Enfermeiro “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2015, p. 83).

A privacidade e a intimidade do doente estão interligadas, tratando-se de um direito explícito na carta dos direitos e deveres dos doentes internados elaborados pelo MS, em 2009.

A grande afluência de doentes ao SU, nomeadamente pessoas com idade avançada acrescida de várias comorbidades e conseqüentemente elevado nível de dependência, assim como as inúmeras situações de altas problemáticas, são condicionantes de uma sobrelotação de doentes pelos corredores do SU. Por outro lado as macas seguidas nos dois

lados do corredor, com doentes a aguardar resposta clínica dificultam a atuação do Enfermeiro, não só no atendimento do doente em contexto de urgência, como também constituem um desafio constante para o Enfermeiro para garantir a privacidade do doente. Esta é a realidade de muitos hospitais e levanta várias questões no que diz respeito à privacidade e à segurança.

Durante a minha prática clínica tive sempre em atenção a privacidade dos doentes recorrendo ao uso de biombos e cortinas na prestação de cuidados. Assegurei que o doente se encontrava coberto, assim como mantive um tom de voz adequado durante os diálogos, garantindo assim que o doente não se sentisse mais frágil e vulnerável do que já estava. Contudo estou ciente da grande dificuldade em protegê-los da invasão da privacidade.

### 1.1.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação

As catástrofes são fenómenos imprevisíveis no espaço temporal. No entanto são preditivas, pelo cálculo de riscos, análise de vulnerabilidades, investigação de ocorrências passadas, no sentido de orientar a prevenção e dirigir a articulação das várias entidades responsáveis pela proteção dos cidadãos (Bandeira, 2008). Afetam milhões de pessoas no mundo anualmente e são responsáveis por uma elevada mortalidade e morbidade. Em Portugal Continental estes eventos foram maioritariamente de índole natural. A RAM também tem sido alvo de alguns contextos de catástrofe, nomeadamente o aluvião de 20 de Fevereiro de 2010 e posteriormente com os incêndios no verão de 2013 e de 2016.

A catástrofe é contemplada na lei de bases da Proteção Civil, publicada no Decreto-lei nº 27/2006, e definida como “acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4696). Ainda, é definido o conceito de acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 4696).

Desta forma, segundo o Regulamento nº 429/2018, “perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363).

Perante este cenário o enfermeiro presta cuidados “num contexto onde a mudança, a inconstância e o inesperado são uma constante” (Costa, 2018a, p. 34). Já em 2010 Meleis

referia que a existência de desastres naturais e acidentais requerem a atenção do Enfermeiro enquanto as pessoas estão a adaptar-se aos mesmos. Desta forma, os Enfermeiros auxiliam os seus doentes, famílias e comunidades a lidar com as transições, antecipando as respostas, fornecendo orientação antecipatória, melhorando sintomas, reforçando a saúde e bem-estar, e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado.

Para o desenvolvimento desta competência foi muito importante o simulacro de um caso de emergência pré-hospitalar, desenvolvido na UC de urgência e emergência, realizado nas instalações da Proteção Civil na qual pude participar como um dos elementos de triagem das vítimas.

Durante o estágio no SU não surgiram situações de catástrofes e/ ou acidentes graves. Todavia tive oportunidade de consultar o plano de catástrofe, denominado “Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com vítimas”, no qual estão descritas um conjunto de normas e regras de procedimento, destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade, que possam conduzir a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência e que podem esgotar os recursos disponíveis. Este plano é ativado consoante o número de vítimas: entre 10 e 30 feridos (nível 1); entre 31 e 60 feridos (nível 2) e superior a 60 feridos (nível 3).

Foi possível conhecer os “kits de catástrofe”, que se encontravam devidamente identificados conforme o nível de catástrofe e acondicionados em armários fechados na sala de emergência, e ainda identificar as zonas de atendimento, nomeadamente a zona de triagem, zona vermelha, zona amarela, zona cinzenta e a zona negra.

A competência dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação, será mais profundamente explorada no capítulo seguinte.

### 1.1.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência antimicrobiana

Como já tenho vindo abordar ao longo deste relatório, a segurança é um dos elementos fundamentais para a qualidade em saúde. A prevenção e controlo da infeção estão previstos no PNSD 2015-2020 e no PNSD 2021-2026, os quais constituem um dos programas de saúde prioritários.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos é um dos objetivos desse plano salvaguardado na Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC. O EE é detentor de um corpo de conhecimentos que quando mobilizado no

contexto da prática clínica, lhe permite avaliar as necessidades de saúde da pessoa alvo dos seus cuidados e atuar em todos os níveis de prevenção (OE, 2019).

Face à complexidade da situação a que o doente crítico está envolvido, à diferenciação dos cuidados assim como o recurso a medidas invasivas de diagnóstico, vigilância e tratamento, o doente crítico exige dos profissionais de saúde nomeadamente do Enfermeiro, uma conduta muito peculiar na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção. Neste sentido, o EE na pessoa em situação crítica é o Enfermeiro que possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua prática clínica, de maneira a intervir na prevenção e controlo da infeção,

Segundo a DGS, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida em contexto de cuidados de saúde, abrangendo o ambiente ambulatorio e todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2007). A identificação precoce é essencial e pressupõe comunicação e articulação assertivas, com vista a diminuir o risco de infeção.

No sentido de diminuir este evento adverso a nível nacional, a DGS implementou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS em 2007 e em 2008 o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Posteriormente considerando tratar-se de duas faces da mesma moeda, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), através do Despacho nº 2902/2013, perante evidências de que Portugal seria um dos países da União Europeia com maior taxa de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde, com práticas de prescrição antibiótica passíveis de melhoria e com taxas de resistência a antimicrobianos preocupantes (Sousa, 2019).

Em 2014, o PPCIRA, deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Estas incidem sobre dez padrões de qualidade, traduzindo regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada.

Foram definidos os objetivos até 2020, nomeadamente: melhorar a prevenção e o controlo das infeções nas unidades de saúde, na concretização da diminuição das IACS, melhorar a qualidade de prescrição dos antimicrobianos e diminuir a resistência aos antimicrobianos. Pelo que, todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, implementaram estratégias multimodais de promoção das precauções básicas em controlo da infeção, vigilância epidemiológica de incidência e de prevalência de infeções, apuramento do consumo de antibacterianos e da resistência aos mesmos.

Relativamente aos dez padrões de qualidade, estes são:

1. A avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente;
2. A higiene das mãos;
3. A etiqueta respiratória;
4. A utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
5. A descontaminação adequada do equipamento clínico;
6. O controlo ambiental e a descontaminação adequada das superfícies;
7. O manuseamento seguro da roupa;
8. A gestão adequada dos resíduos;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2016), as IACS representam um importante problema de saúde pública, com repercussões em termos de morbilidade e mortalidade e consequentemente com impacto económico significativo. Constitui um dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados de saúde, todavia, a maioria das infeções poderão ser evitadas mediante medidas eficazes de prevenção e controlo. Estima-se ainda que cerca de 7% dos doentes nos países desenvolvidos desenvolvem IACS e cerca de 10% nos países subdesenvolvidos (WHO, 2016).

Uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que mantém um contacto permanente com o doente, é exigido um saber atualizado para melhor divulgação e cumprimento de um conjunto de diretrizes, numa perspetiva de segurança dos cuidados em vários contextos da sua prática clínica.

A sobrelotação frequente do SU, a escassez de recursos humanos, e o elevado fluxo de doentes e profissionais, são fatores a ter em atenção na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, não desvalorizando também as condições arquitetónicas do serviço, condicionando a aplicabilidade das medidas de prevenção de infeção. Contudo, “compete a toda a equipa desenvolver estratégias eficazes de forma a combater a falta de recursos e pôr em vigor as medidas PBCI, salvaguardando os doentes de uma situação de risco com maior suscetibilidade para a infeção” (Matos, 2019, p.93).

Por outro lado, Sousa (2019) alega que no SU a “sobrecarga de trabalho associada à premência da técnica invasiva enquanto medida life saving traduz-se num constante equacionar do risco/ benefício” (p.80).

A Competência de Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção, perante a Pessoa em Situação Crítica no SU, foi concretizada, na medida em que procurei

gerir as medidas de proteção individual, adequando a cada caso particular as medidas de isolamento protetor e/ou de contacto, assim como cumprindo os feixes de intervenção para a prevenção de infeção associado aos cuidados de saúde, preconizados pelo PPCIRA.

Ao longo do estágio tive a preocupação de alertar os pares e assistentes operacionais para a correta utilização das medidas de proteção individual, assim como para o cumprimento dos cinco momentos de higienização das mãos (antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente; e após o contacto com ambiente envolvente do doente).

Segundo a DGS, “a higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS” (DGS, 2017, p.6). A existência de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em cada cama foi um fator facilitador desta medida.

Em relação às Assistentes Operacionais, mantive uma conduta não só de orientação mas também de supervisão, indo ao encontro da competência comum “orienta e supervisiona as tarefas delegadas garantindo a segurança e qualidade” como plasmado no Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do EE.

Assim, considerando que a adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em doentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies, supervisionei os processos de limpeza e desinfeção das unidades de doentes e dos equipamentos no SO e CE,

Dei ainda uma especial atenção à preparação e administração de injetáveis, mantendo a técnica assética.

Perante o doente imunodeprimido ou colonizado pude ainda aplicar medidas de isolamento protetor e de contenção, e agir de acordo com plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para responder às necessidades do doente em situação crítica e/ou falência orgânica, no SU. Esta preocupação também se estendeu aos familiares que procediam às visitas no SO e CE, manifestada por ensinamentos pontuais sobre o uso de equipamentos de proteção, e higienização das mãos antes e após as visitas das mesmas.

De seguida irei abordar o processo de desenvolvimento de competências em CI.

## **1.2. Creditação da prática profissional: cuidado especializado em Cuidados Intensivos**

É longa a minha experiência profissional, que teve início em Outubro de 1984. Assim, iniciei funções num serviço de Medicina Interna, como enfermeira de cuidados gerais e tive o privilégio de ter Enfermeiros de Referência, que serviram de modelo para a minha caminhada na profissão.

Integrei o SMI do HDNM em 1991, na altura denominado Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, onde atualmente me encontro e acompanhei a crescente evolução do serviço num garante de qualidade em que hoje se encontra. Foi Acreditado em 2017 pela ACSA (Agência de Qualidade Sanitária de Andaluzia), com a qualificação de Nível BOM. Este modelo reconhece a qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde e foi adotado pelo SESARAM em 2016, altura em que se deu início ao processo de acreditação de vários serviços, onde se incluía o SMI.

Segundo a DGS (2009), a acreditação em saúde é uma das prioridades estratégicas do MS, como responsável político pela qualidade dos cuidados que se prestam no Sistema de Saúde Português, que tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, através de uma avaliação objetiva da competência por pares. “Acreditar, significará o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, das melhorias da qualidade conseguidas nos serviços prestadores de cuidados de saúde, dando um maior grau de confiança aos cidadãos” (Diário da República, 2ª Série, 2009, p. 24668). Assim a acreditação em saúde irá promover o fortalecimento da confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros, assim como dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e a disseminação de uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança (DGS, 2009).

A procura pela qualidade dos cuidados de saúde e a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, desde sempre foi alvo de atenção dos profissionais de saúde no SMI.

A área do doente crítico desde muito cedo despertou o meu interesse, sendo que ao longo dos anos, procurei aprofundar a minha identidade profissional nesta área e dediquei-me ao cuidado destes doentes. Fui desenvolvendo e consolidando competências, adquiri conhecimentos variados e fundamentados, procurando na formação contínua no serviço e extra serviço, uma aliada consistente na manutenção de uma prática segura, atual e eficaz, contribuindo dessa forma para melhorar o *outcome* do doente crítico e obter ganhos em saúde.

A OE (2015) sublinha que o processo de construção de competências desagua no aperfeiçoamento profissional e entende que, “ as formas de operacionalizar e promover o

desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida” (p. 66).

O meu percurso profissional no SMI foi repleto de experiências no cuidado ao doente crítico, que me conduziram a um perfil de competências compatível com o cuidado especializado. Considero fundamental a experiência, todavia não posso deixar de mencionar a importância da reflexão na e sobre a ação que fui fazendo ao longo do meu percurso profissional de forma a criar um conhecimento sólido e duradouro. Ainda, a experiência a par da pesquisa e da reflexão foram essenciais para o desenvolvimento destas competências.

Fleury (2001), fazendo referência a Le Boterf, explica o conceito de competência como “um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (p.187). O Conselho da União Europeia (2017) define competência como “a capacidade comprovada de utilizar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em contextos profissionais ou de estudo e para efeitos de desenvolvimento profissional e/ou pessoal” (p. 20).

Já Benner em 2001, com base no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, descreve a evolução dos níveis de competência dos Enfermeiros que comporta cinco níveis, nomeadamente: Principiante, Principiante Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Destaca o tempo e a experiência, como fatores decisivos para o progresso desenvolvimento e consolidação de um comportamento profissional competente.

Benner acrescenta que o Perito

tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo (...) não se rege por protocolos, máximas, ou diretrizes, focaliza-se no aspeto predominante do problema em detrimento de aspectos menos relevantes (...) é um profissional flexível, com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente com a situação/ ação (...) articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática (p.58).

Benner afirma ainda que não é difícil ser reconhecido pelos outros profissionais e também pelos doentes, pela sua postura ou forma de gerir situações complexas de forma notável. Nesta linha, considerando e analisando a minha experiência, situar-me-ia ao nível de competência de Perito, sendo reconhecida pelos pares como profissional de referência, razão pela qual sou *team leader*. Neste percurso foi possível desenvolver várias competências no domínio do doente crítico em falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, doentes este que devido ao índice de gravidade estava dependente de

meios avançados de vigilância, monitorização invasiva, ventilação mecânica e terapêutica complexa.

Segundo Kornusky e Balderrama (2017), a admissão de um doente na UCI, visa a sua estabilização clínica e a obtenção de *outcomes* positivos através de cuidados de Enfermagem ativos, da monitorização contínua, da deteção precoce e do tratamento atempado de complicações e de outras alterações, nomeadamente no *status* pós-cirúrgico do doente admitido neste contexto. A sua admissão na unidade exige a execução de cuidados técnicos de alta complexidade e a administração imediata de protocolos terapêuticos complexos que por sua vez são dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Isto vai ao encontro das Competências Específicas do EE na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, explicitas no Regulamento nº 429/2018 da OE.

Atendendo à experiência profissional como Enfermeiro Perito, e de acordo com o Regulamento nº 506/2014 referente à Creditação de Formação e Experiência Profissional da ESESJ de Cluny, foi-me concedida creditação à UC Estágio II- Cuidados Intensivos.

A MI, por definição e segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Intensiva (RNEHR de Medicina Intensiva (2017)) “ é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (p.6).

Os SMI ou UCI, como alguns serviços são ainda hoje denominados, segundo a RNEHR de Medicina Intensiva (2017) têm determinadas especificidades, nomeadamente:

Assumem a responsabilidade por todas decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação de doente e família na definição da estratégia terapêutica (p.6).

Assim, e de acordo com RNEHR de Medicina Intensiva (2017), o SMI tem por missão a assistência na prevenção, diagnóstico e tratamento de doença crítica, integração de UCI e intermédios dentro e fora da área geográfica das Unidades, nomeadamente na Sala de Emergência, no SU, na equipa de emergência intra-hospitalar, na consultadoria a doentes graves das enfermarias, na consulta de *follow-up* intra-hospitalar e de ambulatório, garantindo o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24 horas por dia.

O SMI do HDNM até 2019 foi o único SMI na RAM e é considerado um serviço nível III. Segundo a RNERHR de Medicina Intensiva (2017), as camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivistas) “devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (p.7). Todavia, nem sempre as camas ocupadas do SMI são de nível III, podendo ter camas de nível II. Estas são vulgarmente designadas de intermédias e ainda de acordo com o RNERH de Medicina Intensiva (2017) devem ser “destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (p.7)

Até 2020 o SMI do HNM tinha uma capacidade para 11 doentes distribuídos em duas unidades separadas por um piso (uma unidade com oito camas e outra com três), e quando ultrapassada a lotação, os doentes eram alocados fisicamente (serviço cama) no SO do SU, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Bloco Operatório (UCPA), Unidade de Doenças Cérebro Vasculares (UAVC), Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC), Unidade de Cirurgia Cardiorácica (UCICT) e Unidade de Cuidados Intermédio Pós-Cirúrgicos (UCIC), sob a responsabilidade e gestão clínica do SMI. A partir de 2020, com a pandemia *Covid19*, foi anexado um novo espaço ao SMI, alocado no SU e denominado de Cuidados Especiais de Urgência (CEU) com a capacidade para sete camas, tendo sido entretanto desativada a Unidade de três camas atrás mencionada, ficando assim com a lotação total de 15 camas.

O SMI garante a assistência aos doentes admitidos na sala zero e, quando solicitado, aos clientes internados na sala de cuidados especiais do SU e está em articulação estreita com o SU, com o Bloco Operatório (BO) e com as Unidades de Cuidados Intermédios do Hospital. O SMI é também responsável pela Emergência Interna Intra-hospitalar (EIH), dando assistência aos doentes internados, assim como aos seus funcionários e às visitas, que, sejam acometidos de doença súbita e/ou agravamento do quadro clínico que satisfaçam os critérios estabelecidos. Do SMI sai um médico e um enfermeiro destacado no turno pelo Responsável da equipa, aquando acionamento da “central telefónica” sediada na sala de trabalho de enfermagem do SMI.

A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) é um requisito comum aos profissionais deste Serviço, cuja intervenção imediata e adequada poderá contribuir para melhorar os *outcomes* dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo, nomeadamente a redução da mortalidade e/ ou morbidade hospitalar.

A equipa de enfermagem do SMI é formada por 54 Enfermeiros, dos quais 16 são EE em EMC, cinco em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem de Saúde Mental e um em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Em 2018, a taxa de ocupação foi de 93.4%, com um tempo médio de internamento de 5,7 dias. A taxa de mortalidade no SMI foi de 30.1% e a mortalidade hospitalar foi de 39.2%. O tempo médio de cuidados de Enfermagem por turno e por doente foi de 6.3 horas (SMI, SESARAM 2019). O SMI utiliza um Sistema de Classificação *Therapeutic Intervention Scoring System - 28* (TISS 28) de forma a ser calculado o tempo médio de cuidados de enfermagem por cada doente internado. Este valor é revelador do trabalho intenso que os Enfermeiros do SMI têm no seu dia-a-dia.

O TISS 28 “é uma versão reduzida da escala inicial TISS (...),consistindo num sistema de medida da gravidade e da carga de trabalho de enfermagem em Cuidados Intensivos “ (Simões,2020, p.30). Foi criado em 1974, por Cullen e atualizado em 1983 por Kenne e Cullen, e tem “como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasibilidade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico” (Padilha et al., 2005, p. 230; Simões, 2020). Simões (2020) cita que em 1996, “a versão simplificada (Tiss-28), com redução do número de itens e agrupamentos de itens afins, num total de de 28 atos terapêuticos, foi ajustada por Miranda, De Rijk e Schaufeli”(p.30), de forma a simplificá-la, facilitando a sua aplicação na prática.

Em 1997, Moreno e Morais, traduziram e validaram para a língua Portuguesa, tornando-se, um “instrumento de avaliação de carga de trabalho de enfermagem validado de forma multicêntrica em Portugal ” (Simões, 2020, p.30).

É baseado na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pelos Enfermeiros na prestação dos cuidados. No entanto apresenta algumas lacunas estruturais, tal como refere Ferreira et al. (2014b), ao não considerar atividades relacionadas com o cuidado indireto à pessoa em situação crítica, nomeadamente tarefas organizacionais, de suporte à família e administrativas.

Surge entretanto outro instrumento de Classificação, denominado de Nursing Activities Score (NAS), que abrange uma maior percentagem das atividades de Enfermagem, e que foi validado para a comunidade portuguesa por Macedo et al. Em 2016. Este instrumento permite avaliar a carga de trabalho dos Enfermeiros em UCI, com base no tempo gasto nos cuidados prestados e atividades de Enfermagem inerentes,

independentemente do grau de gravidade da doença apresentada pela pessoa em situação crítica (Macedo et al., 2016). *Scores* superiores a 100% indicam a necessidade de dois Enfermeiros dedicados a um único doente em 24 horas.

Como responsável de equipa, tenho uma intervenção importante no cálculo do TISS, socorrendo-me dos valores obtidos para garantir os rácios Enfermeiro-doente. Ao longo deste capítulo voltarei a abordar este tema.

Em MI, o interesse com as questões relacionadas com a qualidade e segurança, é defendido pelo RNERH de Medicina Intensiva (2017), sendo que é:

redobrado e mais evidente, não só pelo seu impacto social e económico mas sobretudo porque algumas das dimensões da qualidade acarretam no doente crítico um maior significado: doentes mais vulneráveis, dependência de suporte vital orgânico, margem terapêutica estreita, acessibilidade limitada, equidade na distribuição dos recursos, evidência científica escassa e eficiência limitada (p.15).

A qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Todavia há que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. Assim o conceito de qualidade na saúde, segundo o Despacho nº 1400-A/2015, assenta em várias dimensões, como “a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade” (p.3882).

O *Institute of Medicine* publicou em 2001 um documento que contempla uma das definições mais amplas e conhecidas. Assim, o documento operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os clientes sejam lesados pelos cuidados que têm com o objetivo ajudá-los (segurança/*safety*); evitar o uso insuficiente ou excessivo dos cuidados de saúde (efetividade/*effectiveness*); implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa (centralidade no doente/*patient centeredness*); intervir junto dos clientes na altura certa (oportunidade/*timeliness*); evitar o desperdício (eficiência/*efficiency*) e proporcionar uma qualidade invariável (equidade/*equitability*) (Laje & Sousa, 2013).

Assim, a questão da melhoria da qualidade reporta-nos, quase que obrigatoriamente para o tema da segurança, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. O PNSD 2015-2020 e o PNSD de 2021-2026 vêm ao encontro disto pois, definem um leque de objetivos estratégicos numa garantia de qualidade. Neste campo o Enfermeiro tem um papel fundamental, pois na sua prática diária operacionaliza estes objetivos, nomeadamente: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da

medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Todos estes objetivos estratégicos estão interligados com as boas práticas de Enfermagem e integram as competências comuns e específicas do EE.

O desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal no cuidado ao doente crítico, fez-se ao longo de toda a minha experiência no SMI. A Ética e a Responsabilidade profissional são princípios inerentes ao CDE, considerados pilares da prática de Enfermagem para um cuidar humanizado. E estas competências foram-se aprimorando ao longo de toda a minha experiência na relação com a pessoa alvo dos cuidados.

Dei primazia à humanização e à personalização dos cuidados, bem como ao respeito pelos direitos humanos e à proteção de dados pessoais. A proteção do doente através da preservação da sua privacidade fez-se assegurando que está adequadamente coberto dentro e fora do serviço, utilizando biombo assim com a utilização de tom de voz adequada ao espaço, no sentido de garantir cuidados humanizados.

Não menos importante, a tomada de decisão ética nos CI surge envolvida de um grau de dificuldade acrescido, associado à complexidade das situações dos doentes. Uma das principais razões é o facto de os doentes poderem se encontrar maioritariamente inconscientes/ sedados, não podendo defender os seus direitos, em particular o da autonomia e o da liberdade de decisão/ consentimento. Nestes casos o consentimento denomina-se de presumido.

O consentimento presumido conforme o exposto na Norma nº 015/2013, e atualizada em 2015:

é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, e há risco sério para a saúde dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência, consagrado na ética da saúde (p.5).

Neste cenário, a vulnerabilidade dos doentes críticos, perante a incapacidade de exercerem a sua autonomia e liberdade, constitui um desafio para os profissionais de saúde tendo em vista os cuidados humanizados (D'Arco et al., 2016).

A realidade do SMI onde exerço funções, remete-nos para a preocupação com o consentimento informado em determinadas situações, nomeadamente aquando traqueostomias e/ou cirurgias não emergentes. Quando o doente não se encontra em condições de tomar uma decisão, é contactado o familiar de referência, com intuito de

informar da situação clínica assim como da necessidade da intervenção cirúrgica ou outro procedimento.

O EE aqui também é elemento fundamental não só no apoio ao doente, mas também à sua família/pessoa significativa, servindo de elo entre os mesmos e a equipa de saúde (D'arco et al., 2016). A família deverá ser considerada parceira nos cuidados, cuja participação e informação é pertinente nas tomadas de decisão acerca dos cuidados de saúde. Os representantes legais ou os familiares, poderão ajudar a esclarecer o que os doentes queriam para eles próprios, caso pudessem manifestar a sua vontade.

No entanto recorde-me de um episódio com um doente que tinha sido admitido de urgência aquando do regresso do país onde estava emigrado, com uma situação aguda (Edema Agudo do Pulmão) e submetido a VNI. Como antecedentes tinha Doença Hepática Crónica e com presença de nódulos hepáticos. Após vários Exames Complementares de Diagnóstico (ECD), foi confirmado um problema cardíaco a nível valvular. A intervenção cirúrgica seria o recurso terapêutico recomendado pela equipa médica. Seguiram-se os procedimentos para a concretização da mesma, nomeadamente as análises clínicas, ecografias assim como o contacto com o cirurgião cardíaco, afim de se proceder à transferência do doente para a UCICT. Perante todo este cenário, o doente em nenhum momento foi questionado. Eu acompanhei-o por alguns dias e apercebi-me de que a vontade do mesmo seria a de regressar ao domicílio com a sua família. A cirurgia para aquela pessoa concreta não era de todo um caminho a ser seguido. Quando o doente foi questionado pelo Médico Assistente se queria ser operado, a resposta foi negativa, mantendo-se irreduzível e firme na sua vontade de regressar ao domicílio. Isto fez-me refletir e concordar com Pacheco (2014) quando afirma que “o Enfermeiro que está mais próximo do doente é geralmente quem o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade” (p.123).

Uma situação muito comum às UCI, que deriva da alta tecnicidade e avanços tecnológicos é a obstinação terapêutica/ diagnóstica. A substituição de funções vitais, utilizando estas tecnologias, pode algumas vezes condicionar um prolongamento da vida a qualquer custo. O uso de tecnologia ou tratamentos, quando já não se perspetiva possibilidade terapêutica/ cura, constitui um elemento potenciador de sofrimento e de uma morte lenta, ou seja, distanásia, e de acordo com Neto (2020) “há que fazer tudo o que seja proporcionado (...) que alivia o sofrimento e não o agrava, aceitando a inevitável irreversibilidade (...) da doença grave progressiva” (p.23).

Assim os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade são importantes na tomada de decisões relativas aos cuidados de

enfermagem ao doente crítico, na reflexão acerca das posições da equipa multidisciplinar e no processo de tomada de decisão.

Em relação à melhoria contínua da qualidade é fundamental garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, assim como garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Como já tive oportunidade de abordar, a qualidade e a segurança estão interligadas. A qualidade e a segurança dos cuidados devem, assim, estar fundamentadas no trabalho diário de cada profissional. Não podemos falar de uma sem abordar a outra. No entanto, a qualidade implica a envolvência não só dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, mas também das instituições onde estes exercem as suas funções. Estas devem proporcionar os meios adequados e as estruturas necessárias para um desempenho de um exercício profissional com qualidade (OE, 2001). Para além da aprovação dos projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela (OE, 2001).

O SMI tem alguns projetos de qualidade em curso, nomeadamente o “*Stop Infecção*”, a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras, entre outros. O SMI é um serviço que utiliza técnicas cada vez mais invasivas e cujos doentes exigem uma panóplia de terapêutica, requerendo um conhecimento atualizado e rapidez de atuação. O enfermeiro fica incumbido de determinados procedimentos para manter a segurança.

A minha prática clínica ao longo destes anos, foi ao encontro de uma garantia de segurança, imprescindível para a efetividade terapêutica e a prevenção de acidentes, promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e à prevenção do risco. Assim a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras por pressão, a prevenção de lesões por pressão associado a dispositivos médicos (interface na ventilação não invasiva, tubo endotraqueal, máscara de oxigenoterapia e cateter vesical), estiveram presentes no cuidar ao doente crítico no SMI.

O SMI, desde sempre se preocupou com a segurança dos cuidados, indo ao encontro dos princípios da beneficência e da não maleficência, tendo em consideração o bem-estar maior para o doente, na “tentativa de assegurar o melhor para o doente e de não lhe causar danos (...) *primum non nocere*” (Neto, 2016a, p.10). Aumentar a segurança na utilização da medicação é outro objetivo no âmbito do PNSD 2015-2020 e também do PNSD 2021-2025, estando em concordância com a Competência Comum do EE no

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade: Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). “O EE considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes” (p.4747); também atua de forma proativa promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gere o risco.

A OMS estima que 8 a 10% dos doentes internados em CI, são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização de medicação, gerando encargos financeiros avultados para o Sistema de Saúde (Diário da República, fev.2015) (p. 3882). As instituições devem implementar estratégias que assegurem o uso seguro do medicamento de alto risco, assim como aqueles cujo nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound –alike” ou simplesmente medicamentos LASA. Neste enquadramento, e de acordo com estas recomendações, o enfermeiro deve adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla validação de procedimentos, ao reforço de atenção na preparação e administração de medicação assim como à correta documentação e monitorização do efeito terapêutico e ainda o recurso à reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica de acordo com o Despacho nº 1400A/2015, referente ao PNSD 2015-2020, é “um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizado sempre que exista uma nova prescrição através da confrontação da prescrição atual do medicamento face à já existente” (p.3882-6) e caso ocorra alguma discrepância, esta deverá ser discutida e/ou esclarecida com o médico prescriptor.

Dada a importância que tem a reconciliação terapêutica na dinâmica de uma prática segura num ambiente seguro, o Despacho nº 9390/2021, referente ao PNSD 2021-2026, contempla-a, de forma a dar resposta ao objetivo estratégico 5.1 “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” (p.102).

Em relação à minha experiência/ realidade no SMI, a verificação da tabela terapêutica faz-se no início de cada turno e sempre que ocorre alguma alteração terapêutica, indo ao encontro do recomendado. Por vezes ocorrem algumas discrepâncias que são discutidas com o médico de serviço, que nem sempre é o médico prescriptor, que não raras as vezes, gere algum conflito. Mas atendendo ao conhecimento adquirido, à capacidade de saber – saber e saber – estar e munida de bom senso, reconheço o meu contributo na consolidação de uma prática segura junto dos meus pares.

Como enfermeiro Perito e responsável de equipa, também tenho um papel importante na acessoria e supervisão na preparação da terapêutica pelos enfermeiros menos experientes. Com alguma frequência solicito os serviços farmacêuticos para esclarecimentos técnicos de medicamentos pouco usuais. A consulta de um guia de compatibilidades medicamentosas é também uma ferramenta utilizada com muita frequência para garantir a segurança na utilização da medicação.

A verificação dos prazos de validade e acondicionamento adequado dos medicamentos, também são alvo de atenção dos enfermeiros do SMI, que de 6/6 meses fazem auditorias. O medicamento cujo prazo de validade está próximo do fim, é sinalizado de forma a ser utilizado em primeira instância ou mesmo devolvido aos serviços farmacêuticos. Apesar de não fazer parte da equipa responsável por este projeto, tenho uma especial atenção na colaboração com os mesmos.

O reporte das reações adversas da medicação é também fundamental para a equipa de enfermagem onde me insiro, que está vigilante a estas situações, fazendo o registo no portal *on-line* disponível.

Ainda dentro desta área, realço a prática da identificação das alergias do doente no processo clínico, sinalizando nos alertas clínicos, o que possibilita a visualização por toda a comunidade de saúde. Sendo a responsável por este projeto, faço formação personalizada a cada colega, incentivando o registo das alergias nas notas clínicas aquando da admissão do doente no SMI e logo que possível nos alertas clínicos. As auditorias aos registos das alergias nos alertas clínicos também ficam à minha responsabilidade. Este procedimento faz parte de um projeto da qualidade no âmbito da segurança da utilização da medicação.

Assegurar a identificação inequívoca dos doentes é outro objetivo descrito no Despacho nº 1400-A/2015, referente ao PNSD 2015-202, e que se enquadra também no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, na garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

O elevado número de doentes e de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes (p.3882).

É então recomendada a identificação inequívoca do doente sempre que ocorra uma intervenção, quer seja de diagnóstico ou de tratamento, nomeadamente antes da realização de exames radiológicos, administração de medicamentos, transfusões sanguíneas, atos cirúrgicos e outros.

A OMS recomenda que sejam adotadas estratégias nacionais que promovam as boas práticas nesta área, nomeadamente códigos de barras ou a utilização de pulseiras de identificação de doentes. Em Portugal, a DGS recomendou às instituições prestadoras de cuidados os mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca dos doentes, estimando que 95% das instituições em 2020 a fariam.

No SMI a identificação inequívoca do doente é feita mediante a utilização de uma pulseira cujos dados de identificação são o nome, data de nascimento e número de processo clínico. O enfermeiro salvaguarda a confirmação da identificação no início de cada turno, para todas as intervenções a serem realizadas nesse turno, de acordo com as recomendações da DGS, plasmadas no PNSD 2015-2020. A evidência da confirmação da identificação faz-se através do respetivo registo no plano individual de cuidados do doente.

De acordo com o CDE, OE (2015), o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através de um registo fiel às observações e intervenções realizadas. Assim poderá fazê-lo nas notas clínicas, e no plano de cuidados eletrónico. Também a passagem de turno, considerada um momento de partilha de informação, é imprescindível para assegurar a continuidade dos cuidados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos (Jorm et al., 2009; Manser et al. 2010; Sousa et al. 2019).

Concretamente no SMI, a passagem de turno reveste-se de particular importância, e utiliza uma metodologia que se foi aprimorando ao longo dos tempos. Divide-se em dois tempos, sendo o primeiro junto ao doente, com informação mais detalhada, permitindo que o enfermeiro que recebe o turno possa confrontar e observar o que foi transmitido, e o segundo tempo, na sala de trabalho com a equipa completa, para que todos possam obter as informações mais pertinentes acerca de todos os doentes, uma vez que, a qualquer momento, poderão ser solicitados a intervir na ausência do enfermeiro responsável ou até mesmo numa situação de agravamento. Esta prática foi aceite por todos numa perspetiva de melhoria da qualidade, conforme o preconizado por alguns autores atrás referidos. Porém o enfermeiro deverá salvaguardar a pertinência das informações disponibilizadas junto ao doente, sobretudo se este estiver desperto ou com baixa sedação.

A Gestão dos Cuidados é também um Domínio das Competências Comuns do EE, o qual “gere os cuidados de Enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4745). A gestão dos cuidados envolve uma tomada de decisão, sendo esta um processo complexo com base em conhecimentos teóricos e muita experiência, respeitando os princípios éticos e

deontológicos inerentes à profissão, como já referido anteriormente. Assim, a gestão dos cuidados exige organização, atribuição de tarefas de acordo com as competências do profissional e envolvimento do doente em todo o processo de recuperação. Desta forma, o meu papel na organização dos cuidados é crucial, e como responsável da equipa, função que desempenho desde 2012, tenho particular atenção ao plano de distribuição dos enfermeiros por turno, atendendo ao grau de gravidade do doente, socorrendo-me tal como previamente referido, da ferramenta TISS 28.

A metodologia de trabalho utilizada é a de Enfermeiro de Referência/ Responsável, caracterizado por “ uma vinculação sólida e contínua entre o doente e uma determinada enfermeira que é responsável da planificação, administração e coordenação dos cuidados de enfermagem do doente (...) durante todo o período de internamento” Gillie, citado por (Rego & Coelho, 2016, p.70). Este método de trabalho apresenta vantagens, ao permitir uma maior individualização dos cuidados e a satisfação do doente, traduzindo-se em maior segurança e confiança, logo promotor da qualidade (Rego & Coelho, 2016). O rácio é de um enfermeiro para dois doentes. Todavia e atendendo às características do doente, um enfermeiro poderá ficar só com um doente. Ponce (2015) explica que o rácio “deve ser gerido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas apropriadas para o efeito” (p. 540).

A nossa realidade remete-nos para o TISS - 28 e para as dotações seguras em CI (OE, 2019). Assim, com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, está recomendada a utilização de rácios Enfermeiro/ doente de acordo com a tipologia de UCI, sejam de nível I (um Enfermeiro para 3 doentes; nível II (um Enfermeiro para dois doentes) e Nível III (um Enfermeiro para um doente). Como já mencionado anteriormente, o SMI onde exerço funções é de nível III mas, por vezes, temos doentes considerados de nível II.

Como responsável de equipa tenho um papel primordial na consultoria/assessoria aos colegas/ equipa, nomeadamente quando os cuidados requerem um nível de competência mais elevado. Desta forma, pretende-se otimizar o processo de cuidados a nível da tomada de decisão, assim como melhorar a informação para a tomada de decisão. Ainda, referencio com alguma frequência para outros profissionais de saúde, nomeadamente Nutricionistas, Assistentes Sociais e Psicólogos. Por fim, supervisiono tarefas delegadas aos Assistentes Operacionais, garantindo a segurança e a qualidade, nomeadamente na limpeza diária e/ou terminal das unidades, preparação e acondicionamento de materiais (dispositivos médicos) para a esterilização, limpeza e acondicionamento de equipamentos médicos, entre outros.

Faço gestão de Recursos Humanos, gerindo ausências de forma a manter a qualidade dos cuidados, assim como a gestão de recursos materiais. A cada turno, valido a funcionalidade dos equipamentos, e asseguro a disponibilidade dos materiais de consumo clínico e produtos farmacêuticos, repondo as faltas e solucionando as avarias, articulando com o meu superior hierárquico.

Neste sentido, otimizoo trabalho da equipa, adaptando a liderança e a gestão de recursos a cada situação, numa perspetiva de segurança e qualidade.

A utilização eficiente dos recursos existentes é primordial na prestação de cuidados, de forma a alcançar a máxima qualidade com o menor consumo possível de recursos. Inserida num grupo de profissionais empenhados, inovadores e orientados para as soluções, considero estarmos aptos a prestar cuidados com resiliência e versatilidade, mesmo em situações de escassez de recursos.

Estas funções no domínio da gestão de cuidados e da melhoria contínua da qualidade são competências de um EE, na medida em que tem de ter a capacidade de garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando a *praxis* clínica especializada em evidência científica, enquanto enfermeira perito e também como responsável de equipa, tenho um papel importante em dinamizar e gerir conhecimentos no contexto da prática, na integração à prática clínica de novos profissionais, assim como acompanhamento de alunos de enfermagem e ou profissionais em estágio, tal como enfermeiros do S.U, Cardiologia, UCINP e Unidade de Neutropenia.

No SMI orientei e avaliei alunos em contexto de prática clínica de Cursos de Licenciatura em Enfermagem nomeadamente alunos finalistas. Também apoiei alunos da Especialidade em EMC, contribuindo para a formação e para o desenvolvimento profissional, responsabilizando-me enquanto facilitadora da aprendizagem, contribuindo deste modo para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Esta área específica do cuidar em ambiente altamente tecnológico, exige ao profissional uma constante atualização de conhecimentos e um aperfeiçoamento das suas competências que ultrapassam a vertente da técnica. Considera-se que a capacitação do profissional através de uma formação diferenciada e específica potencializa uma prática clínica segura e de qualidade. A frequência no Curso de Mestrado EMC veio pois fundamentar toda a minha prática. Os cuidados de saúde evoluíram e atualmente focam-se essencialmente no doente e na sua segurança. A manutenção e melhoria da qualidade dos

cuidados dependem de todo um processo de desenvolvimento de competências alicerçado pelo conhecimento baseado na evidência.

Por um lado, os cuidados prestados são cada vez mais complexos, assim como os MCD e as terapêuticas cada vez mais exigentes do ponto de vista tecnológico. Aos profissionais que trabalham em CI são-lhes exigidas competências acrescidas de forma a utilizar e manusear corretamente dispositivos médicos/ equipamentos e utilização de técnicas cada vez mais sofisticadas no tratamento de doentes em situação crítica. A formação permanente em contexto de trabalho foi uma ferramenta utilizada no SMI ao longo de todo este meu percurso no serviço. Foram muitos os equipamentos que sofreram um *upgrade* ao longo de todos estes anos, nomeadamente os ventiladores com tecnologia analógica, aos atuais sofisticados com tecnologia digital. A monitorização invasiva da pressão arterial, a monitorização do débito cardíaco *Pulse Induced Contour Cardiac Output* (PICCO), a monitorização de pressão intracraniana (PIC), a técnica de substituição renal (CVVHD) e a técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO), foram as principais técnicas que destaco que mobilizaram os enfermeiros do serviço onde me incluo, em processos de formação contínua. É pois importante salientar esta preocupação do serviço em capacitar os seus enfermeiros de forma a garantir uma prática atualizada e segura.

No que diz respeito às Competências Específicas do EE, o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica constitui um desafio importante para os enfermeiros, uma vez que exige destes a articulação de competências nos planos cognitivo, técnico e relacional. Este desafio é acrescido de uma capacidade de tomada de decisão em situações particularmente difíceis e/ou inesperadas. Esta competência específica engloba várias unidades de competência, estabelecidas pela OE. Primeiramente, a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica; a gestão de protocolos terapêuticos complexos; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade; estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica; e por fim, a assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (OE, 2018).

Ao longo da minha prática, tive inúmeras oportunidades de desenvolver técnicas e aprimorar conhecimentos que facultaram a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com falência orgânica eminente ou

estabelecida de vários sistemas orgânicos: sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema músculo-esquelético, sistema urinário, sistema imunitário e sistema neurológico.

A prestação de cuidados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva é uma prática diária em CI e enquadra-se numa perspetiva de cuidados técnicos de alta complexidade. No entanto, é igualmente importante a prestação de cuidados à pessoa submetida à VNI. Estive alerta para possíveis complicações associadas a estas técnicas identificando focos de instabilidade. No caso da VNI, o serviço mantém um procedimento que resultou da evidência científica na prevenção das lesões por pressão relacionado com dispositivo médico, a interface da VNI, realizado por Otero et al. em 2017 e que já tive oportunidade de relatar no sub- capítulo anterior.

Foram muitos os doentes críticos a quem prestei cuidados durante a minha prática profissional, que exigiram cuidados de grande complexidade, especificamente, o doente politraumatizado, o doente neurocrítico com necessidade de avaliação da PIC e Drenagem Ventricular Externa (DVE), o doente com técnica de substituição da função renal de forma contínua (HDVVC) e o doente com ECMO.

Assente na Metodologia Científica do Processo de Enfermagem, identifiquei vários focos de atenção e de instabilidade, formulei Diagnósticos de Enfermagem, planeei e implementei Intervenções de Enfermagem ajustadas à situação do doente e às complicações que foram surgindo e fiz avaliação dos resultados utilizando a metodologia em vigor, no processo eletrónico do doente. Ponce (2015) refere-se ao processo clínico eletrónico como “um instrumento crucial para a comunicação entre profissionais, reduzir erros de prescrição, condicionar o cumprimento de *guidelines*, ou facilitar a aplicação de pacotes (*bundles*) terapêuticos” (p.541), numa perspetiva de que, perante a complexidade de um doente crítico, exige-se um nível sofisticado de colaboração e comunicação que atenuem os conflitos e contribua para a qualidade dos cuidados.

A vigilância do doente crítico é realizada de forma constante, auxiliada por uma monitorização contínua, seja de forma invasiva ou não invasiva. Esta monitorização insere-se numa política de segurança e de qualidade dos cuidados adjudicados ao serviço. Daí a minha constante preocupação com o ajuste dos alarmes no início de cada turno, adequando-os à situação clínica do doente, assim como a intensidade sonora dos mesmos, pois só assim é possível dar uma resposta apropriada e atempada a possíveis complicações. Os registos desta vigilância são essenciais para a prática de enfermagem, uma vez que permitem observar o estado clínico do doente. O SMI possui um documento de monitorização completa, onde são registados os sinais vitais, assim como as entradas e saídas, para a

consecução do balanço hídrico. Este balanço ao longo dos tempos sofreu evolução pois passou a ser feito três vezes ao dia, dois dos quais denominados balanços parciais.

Atualmente, toda a monitorização do doente no SMI está informatizada. A globalização da informação e as novas tecnologias são cada vez mais familiares na prática do enfermeiro, acrescentando valor aos cuidados prestados. A tecnologia digital afeta positivamente todos os aspetos da prática de enfermagem em todos os ambientes clínicos, de forma a melhorar a forma como trabalhamos, deixando espaço, na minha perspetiva para um cuidado mais humano e humanizado, e seguro.

Relativamente à gestão da dor em contexto do SMI, a dor aguda na pessoa em situação crítica tem uma inquestionável importância, permitindo sinalizar uma lesão ou disfunção orgânica que deve ser controlado (DGS, 2013). A dor é definida em 2020 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a um dano tecidual real ou potencial” (Raja, et al., 2020). A sua natureza subjetiva está explícita nesta definição. Considerando a subjetividade da dor, a sua gestão é muito complexa. Segundo a Society of Critical Medicine (SCCM), o doente crítico evidencia dor moderada a intensa mesmo em repouso e durante os procedimentos iniciais e subjacentes ao internamento em MI (Devlin et al., 2018).

Nas UCI são muitos os procedimentos médicos e de enfermagem desagradáveis e potencialmente dolorosos para os doentes, nomeadamente aqueles relacionados com a ventilação mecânica, pós operatórios, mudanças de decúbito, aspiração de secreções, remoção de drenos torácicos, entre outros. A dor é pois considerada um sintoma muito comum em UCI.

Num estudo prospetivo sobre dor e analgesia no doente crítico, Ferreira et al. (2014a) alegam que 75% dos doentes internados em UCI reportaram dor Severa. Acrescentam ainda que “as consequências deletérias da experiência da dor não tratada, são significativas e duradouras, (...) e apresentam maior incidência de dor crónica, perturbação de *stress* pós-traumático e menor qualidade de vida.” (p.18). Recomendam que “todos os doentes em UCI devam ser rastreados quanto à sua dor e a dor em repouso deve ser encarada como um síndrome diagnóstico grave e como tal tratado com agressividade” (p.19). Acrescentam ainda que a avaliação da dor protocolada está associada a um menor recurso a agentes analgésicos bem como menor duração de ventilação mecânica e duração de internamento.

O controlo da dor é pois um dever do enfermeiro e este deverá fazer a sua avaliação através de escalas de avaliação da dor padronizadas, conforme se trate de um doente comunicativo ou não.

Contudo, ao longo da minha experiência profissional, foi notória a subvalorização da dor do doente crítico sem capacidade para comunicar, restando apenas o registo em notas clínicas, de sinais comportamentais ou fisiológicos da dor, nomeadamente taquicardia, hipertensão, sudorese, expressão facial e tónus muscular. Assim a implementação da prática da monitorização da dor do doente não comunicante no SMI do SESARAM, deu-se a partir de 2016, com a utilização da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS). A BPS foi desenvolvida em 1997 em Grenoble – França, com base num estudo que destacou a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o auto relato de dor em doentes cirúrgicos (Batalha, 2016). Ainda citando Batalha (2016), ”com estes indicadores foi concebida a BPS, em que cada indicador foi categorizado em 4 descrições do comportamento” (p.32). O enfermeiro, faz a avaliação através da análise de itens observáveis já descritos, cujo *score* varia de 3 (sem dor) a 12 pontos (dor máxima). Por ter um reduzido número de itens a avaliar, a sua utilização é muito prática e fácil cujo tempo estimado no seu preenchimento situa-se entre os dois e os cinco minutos (Batalha, 2016). No entanto, não está indicada em doentes paraplégicos, curarizados e com queimaduras da face, assim como em doentes submetidos a contenção física para segurança, por influenciarem a capacidade do exibir os movimentos dos membros e poder gerar alguma ambiguidade na avaliação do indicador “Adaptação ao Ventilador” (Batalha, 2016). Esta versão foi alvo de adaptação semântica e cultural para o Português das suas” propriedades psicométricas em doentes internados em Cuidados Intensivos e com patologia médica e ou Cirúrgica” (Batalha, 2016, p.33). A BPS é uma escala válida e confiável, porém não é perfeita, dado que não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor (Batalha, 2016).

Na avaliação da dor do doente crítico a adoção da Escala Numérica assim como da Escala Visual Analógica (EVA), é uma prática recorrente nos doentes comunicantes.

Contudo, algumas alterações fisiológicas, nomeadamente o aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial são também indicadores de dor, pelo que a monitorização destes dois parâmetros, são indispensáveis nos doentes com dificuldade de expressão verbal.

Perante o que já relatei, a adoção da BPS pelo SMI, foi uma mais-valia no bem estar e no alívio do sofrimento do doente crítico, dado que, ao identificar e quantificar a dor

no doente crítico não comunicante, foi possível gerir a terapêutica analgésica, farmacológica e não farmacológica, avaliando a sua eficácia, no sentido da otimização.

O tratamento da dor muitas vezes resumia-se a analgesia em SOS, contrariando o que está recomendado no que diz respeito à analgesia contínua. É sobejamente conhecido que a prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, pelo que a analgesia preventiva é a medida recomendada. O controlo da dor, utilizando uma analgesia adequada, traz benefícios diretos e indiretos no doente internado em C.I, reduzindo o tempo de internamento e mesmo o tempo de ventilação (Puntillo et al., 2013; Puntillo, 2014; Teixeira 2017; Devlin et al. 2018).

Apesar de a dor ser habitualmente tratada por meio de intervenções farmacológicas, os métodos adjuvantes e complementares para o controlo da dor podem e devem ser utilizados em Medicina Intensiva. Métodos esses como posicionamentos, massagem de conforto, controlo da incidência de luz, e gestão adequada dos cuidados, respeitando os períodos de sono e repouso. Estas intervenções não farmacológicas constituem intervenções autónomas levadas a cabo pelos Enfermeiros e devem ser agendadas no plano de cuidados. É uma prática que defendo e a que recorro com alguma frequência, dado o benefício da mesma, e que procuro orientar os colegas mais novos no sentido de a implementar.

A administração suplementar de analgésico previamente à realização de procedimentos geradores de dor (por exemplo: mobilização do doente politraumatizado no leito ou realização de pensos complexos, assim como na técnica de retirada de drenos torácicos) é uma medida utilizada com alguma frequência, e muito em função da formação e sensibilidade dos profissionais deste serviço. Esta intervenção vai ao encontro do que está mencionado no guia da OE: Dor - Guia Orientador da Boa Prática, (2008) “Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o Enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17).

Efetivamente, o enfermeiro, sendo o prestador de cuidados diretos ao doente, tem de lidar não só com as respostas fisiológicas do mesmo à doença, mas também, com as suas reações e as da sua família face à transição de saúde/doença vivenciada (Meleis, 2007). O internamento em MI é maioritariamente um acontecimento súbito e inesperado, perante o qual, frequentemente a família não tem tempo para se organizar, ficando fragilizada e desprotegida. Atendendo à perspetiva sistémica, quando um dos membros da família é

afetado por um evento, todos os outros o são, pois há uma interligação dos intervenientes (Wright & Leahey, 2013).

Na ótica de uma abordagem holística nos cuidados que presto ao doente crítico no SMI, procuro envolver a família nos momentos de crise, estabelecendo uma relação de confiança e de ajuda, aquando das visitas ou mesmo através da comunicação por via telefónica. Desta forma identifico as reais necessidades da família, contribuindo para uma melhor aceitação da doença e/ou tratamento, e diminuição dos níveis de angústia e insegurança familiar, facilitando o processo de transição. Isto vai ao encontro do que alegam vários autores nomeadamente Wright e Leahey (2013) e Campos (2014) que referencia Davidson et al “O Enfermeiro encontra-se na posição ideal para influenciar as abordagens de forma a identificar as necessidades da família e assim minimizar o desenvolvimento de sequelas psicológicas, apoiando-a a superar os seus medos” (p.39).

Por outro lado, no ambiente complexo em que o doente se encontra, estando este exposto e vulnerável, a presença da família é fundamental para o processo de recuperação e bem-estar do mesmo. A disponibilização de um período alargado de visitas assim como a flexibilização dos horários, vieram contribuir para uma presença assídua da família, proporcionando uma informação aprimorada do estado do doente. A primeira visita é sempre acompanhada pelo enfermeiro de referência, que descreve a situação atual do seu familiar, preparando-o para o que irá encontrar, desmistificando o ambiente altamente tecnológico. O contacto telefónico é outra estratégia utilizada para manter a ligação com a família.

Durante a minha *praxis*, fiz acolhimento personalizado e individualizado à família; adaptei a comunicação à complexidade da situação crítica; fui mediadora/facilitadora da comunicação em pessoas com barreira à comunicação nomeadamente em situações de doentes intubados e/ou sedados; fiz gestão de emoções em situações críticas de agravamento clínico e de fim de vida.

Os doentes em fim de vida mereceram desde muito cedo a minha atenção. Tive sempre a preocupação, desde que a situação o permitisse, de contactar a família para que esta pudesse estar junto do seu ente querido, acompanhando-a durante a visita, mantendo sempre a privacidade. Muitas vezes em CI, o doente sofre agravamento repentino e irreversível, não permitindo esta despedida dos familiares. Procurei sempre preocupar-me com a dimensão espiritual da pessoa, com vista a uma morte digna e facilitadora do processo de luto, solicitando inúmeras vezes o capelão ou outra entidade religiosa após consultar a família. Fui também muitas vezes solicitada pelos pares como Enfermeira Perita e

Responsável de Equipa para a transmissão de más notícias. A transmissão de más notícias surge como uma componente da intervenção do enfermeiro, de forma a preparar a família para o processo de morte. Esta deverá ser preparada com alguma antecedência e efetuada num ambiente de confiança, de forma sensível e faseada, para que o destinatário a compreenda (Pereira, 2008). O enfermeiro deverá utilizar uma linguagem simples, realista, contudo não retirando a esperança. O recurso ao gabinete de enfermagem permitia criar um ambiente de confiança, sem interrupções, fechando a porta e colocando o telefone no descanso. A ferramenta utilizada baseou-se no protocolo de Buckman (1984), denominado por protocolo SPIKE. Este protocolo consiste em seis etapas, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*: conhecer a informação e preparar o local; P – *Perception*: avaliar o que a pessoa sabe sobre a situação; I – *Invitation*: determinar o que a pessoa quer saber; K – *Knowledge*: partilhar a informação; E – *Explore Emotions*: responder às emoções da pessoa; e S – *Strategy and Summary* planear e acompanhar.

Muitas vezes fui portadora de más notícias não só na presença física da família, mas também através de chamadas telefónicas. Recorria sempre ao “tiro de aviso”, conforme preconizado por Twycross (2003, p.42), dando assim espaço, para que a pessoa que se encontra do outro lado da linha chegasse por ela própria ao veredito. A transmissão de más notícias é assim uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros do SMI e de acordo com Costa (2018b), “a transmissão de más notícias provoca perturbação na pessoa que transmite a informação e na que a recebe, gerando sentimentos de insegurança e medos, em ambas as partes, podendo assim afetar o processo da comunicação” (p.18). É “apresentada simultaneamente como uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, exigindo do enfermeiro a gestão destes momentos, recorrendo a estratégias de comunicação essenciais de forma a prestar cuidados de qualidade ao doente e família” (Castro, 2017, p.54). Estas estratégias foram aprimoradas ao longo da minha experiência no SMI, pelo que era solicitada inúmeras vezes por colegas menos experientes para exercer essa função.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos é também uma unidade de competência importante inserida na competência específica “Cuida a pessoa /família a vivenciar processos complexos de doença Crítica e/ou falência orgânica”. O SMI possui vários Protocolos Terapêuticos Complexos, nomeadamente o Protocolo de Noradrenalina, da Insulinoterapia, Doseamento do Potássio sérico, de Vancomicina, de Nutrição Entérica (NE), de Hipotermia ou Normotermia, entre outros. A gestão destes protocolos é uma prática quotidiana do enfermeiro, e para além de ter uma importante função na

uniformização das Intervenções de Enfermagem, exige que haja competência, conhecimentos e autonomia para os gerir de acordo com a resposta aos fármacos (Bento, 2017).

Neste contexto, diagnostiquei precocemente as complicações resultantes da implementação desses mesmos protocolos, implementei respostas de enfermagem a essas complicações e monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados.

Um dos protocolos utilizados no SMI é o da NE. O doente crítico apresenta um processo catabólico aumentado, que exige um suporte nutricional precoce. A NE tem uma função imprescindível na prevenção da infeção, uma vez que preserva a integridade da barreira intestinal, previne atrofia da mucosa e acima de tudo atua na prevenção da translocação bacteriana (Miranda, 2013). Dada a minha experiência no SMI de longos anos, acompanhei de perto a evolução de alguns procedimentos nomeadamente no que concerne a alimentação do doente crítico. A preocupação com a nutrição do doente crítico deveu-se não só à razão já mencionada, como também pela constatação dos profissionais do SMI de que os doentes apresentavam sinais de “emagrecimento”, que não eram favoráveis à sua situação crítica, agravando a condição muscular e conseqüentemente contribuindo para a Neuropatia dos CI (Hermans e Berghe 2015; SEMICYUC, 2017 e Vanhorebeek, 2020). Assim e de acordo com o que a literatura recente preconiza, a NE do doente crítico, deverá ser iniciada o mais precoce possível, dado a sua importância na prevenção da infeção e também na redução da mortalidade. No SMI do SESARAM a NE é iniciada nas primeiras 24 a 48 horas de admissão indo a encontro da evidência científica, e orientado pelo indicador de qualidade nº 60 atribuído pelo SEMISYUC 2017. O enfermeiro inicia a perfusão contínua da dieta por sonda oro ou nasogástrica, faz avaliação do conteúdo gástrico de 6/ 6 horas, e vai progredindo de 10 em 10 ml/hora até atingir o volume alvo, de acordo com a prescrição médica.

Outra Competência Específica do EE no doente crítico é a de Dinamizar a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, que, aquando de uma situação desta natureza, “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento nº 429/2018, p. 19363). De acordo com o Estatuto da OE, o profissional tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (Lei nº 156/2015, p.8079).

As catástrofes e as emergências com multivítimas têm vindo a aumentar em Portugal e pelo mundo. Estes fenómenos, cada vez mais crescentes, são reflexo do aumento da população a nível global, do movimento de pessoas oriundo do turismo e da migração e a produção, transporte e uso de materiais perigosos que aumentam a ocorrência de catástrofe ou situação multivítima (Lúcio, 2013; Cardoso, 2014). A RAM ao longos destes anos, também tem sido fustigada por estes fenómenos, para os quais se tem preparado com formação, nomeadamente com *Medical Response to Major Incidents* (MRMI®). Enquanto enfermeira no SMI, tive oportunidade de intervir em situações de acidentes que envolveram multivítimas, nomeadamente no acidente rodoviário do Loreto em 1992 que envolveu uma carrinha causando sete mortos e 38 feridos, o acidente rodoviário com autocarro em São Vicente em 2005 que causou a morte a cinco turistas e feriu 43 (Nóbrega 2005), a queda de uma árvore no Porto Santo, em Agosto de 2010 da qual resultou um morto e dois feridos graves, o aluvião do 20 de Fevereiro de 2010, tendo causado quatro desaparecidos, 47 mortos e 250 feridos, Silva et al (2010), a queda da árvore no arraial de Nossa Senhora do Monte em Agosto de 2017 que causou a morte a 13 pessoas e feriu 49, Dias e Suspiro (2017), e mais recentemente o acidente com autocarro de turismo no Caniço, ocorrido em abril de 2019 que causou a morte a 29 turistas alemãs e feriu 27 pessoas (Ferreira, 2019). Pude prestar cuidados individualizados a estas vítimas admitidas no SMI em contexto de urgência, nomeadamente algumas vítimas do acidente do Monte e autocarro do Caniço. Colaborei na reorganização do serviço de forma a receber e prestar cuidados às vítimas. O apoio à família destas vítimas revelou-se de grande importância, principalmente porque algumas delas eram do mesmo agregado familiar, o que condicionou um cenário altamente exigente sob o ponto vista emocional. A prestação de cuidados de enfermagem realizou-se num contexto onde a mudança e o inesperado foi iminente. De acordo com Meleis (2010), a existência de desastres naturais e acidentes requerem a atenção dos enfermeiros, enquanto as pessoas estão a adaptar-se aos mesmos. Assim, a atuação do enfermeiro visa o auxílio do doente, família, e comunidade, de forma a lidar com as transições, antecipando as respostas, fornecendo orientações antecipatórias e reforçando a saúde e bem-estar (Meleis, 2010).

Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos é outra Competência Específica do EE em Enfermagem à pessoa em situação crítica. O doente crítico numa UCI apresenta um risco acrescido para o desenvolvimento da infeção, decorrente da sua condição clínica e pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica (OE, 2019). De acordo com o mencionado, a presença de dispositivos médicos invasivos que promovem o contacto

direto com a corrente sanguínea, a rotura da barreira protetora da pele por cateteres intravasculares, a utilização de dispositivos que oferecem uma porta de entrada direta de microorganismos a determinados órgãos ou sistemas, como o cateter vesical com acesso direto ao trato urinário e o tubo endotraqueal com acesso ao parênquima pulmonar, as alterações imunológicas associadas à terapêutica instituída e/ou ao processo fisiopatológico subjacente, a utilização de terapia antibiótica que altera a flora protetora do indivíduo; assim como as deficiências nutricionais, são considerados fatores preditivos para o desenvolvimento da infeção (Gómez, 2015).

Atendendo à grande suscetibilidade de infeção do doente crítico em ambiente altamente tecnológico e de grande invasão a que está sujeito, a prevenção da infeção surge assim como um imperativo ético na busca da excelência do cuidar e na garantia de qualidade e segurança, conforme indicado no PNSD 2015-2020. De acordo com este cenário surgem as normas emitidas pela DGS, nomeadamente a Norma nº 20/2015: Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, a Norma nº 19/2015: Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, a Norma nº 22/2015: Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central e a Norma nº 21/2015: Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.

Assim em 2015 surgiu o projeto *Stop Infeção Hospitalar* integrado nos Desafios *Gulbenkian*, cujo objetivo seria reduzir a incidência de infeções hospitalares em 50%, mediante a implementação de uma metodologia de melhoria contínua por um período de três anos (Xavier, 2015). O SMI da SESARAM aderiu ao projeto, cujos resultados superaram os objetivos nas quatro tipologias da infeção. Realço os resultados de Bacteriémia relacionada com Cateter Venoso Central (nº episódios/1000 de CVC) que foram de dois no ano de 2015 e nos seguintes foram de zero casos (2016/2017/e 2018). No que diz respeito à Pneumonia Associada à Intubação (nº de episódios/1000 dias de intubação traqueal) os resultados no ano de 2015 foram de 11 casos, em 2016 de 5.8 casos, em 2017 de 3.9 casos e em 2018 de 2.8 casos; e por último, a Infeção Urinária Relacionada com o Cateter Vesical (nº de episódios/1000 de cateteres vesicais), foram em 2015 de 4.97 casos, em 2016 de 2.7 casos, em 2017 de 5.0 casos e em 2018 de 1.2 casos (SMI SESARAM, 2019). Os dados obtidos estão em concordância com os resultados dos onze centros que aderiram ao estudo (Venes, 2018). Estes resultados são reveladores do trabalho de uma equipa multidisciplinar em que o enfermeiro tem um papel importante e fundamental, no cumprimento das normas resultantes da melhor evidência científica, bem como no seu desenvolvimento.

Relativamente ao meu desempenho, realço o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas institucionais, colaborando no programa de melhoria contínua da qualidade, cumprindo e fazendo cumprir com as recomendações emanadas.

Desde 2008 sou Elo de ligação aos Registos Eletrónicos de Enfermagem (REE) no SMI. Fiz um levantamento dos diagnósticos tipo e respetivas Intervenções de Enfermagem para o doente crítico, que posteriormente foram parametrizados. Nesta linha, e aquando da implementação do Projeto *Stop* Infecção, considerei pertinente dar visibilidade ao trabalho realizado pelo enfermeiro na vertente da prevenção da infeção, utilizando os registos eletrónicos. Desta forma, elaborei diagnósticos e respetivas intervenções de Enfermagem, de forma a uniformizá-los e para, de acordo com os feixes de intervenções de Prevenção de Infecção, dar resposta à mesma. Os principais diagnósticos elaborados foram o Risco de Infecção por cateter central, o Risco de Infecção Urinária e o Risco de Infecção por Dispositivo Respiratório.

Assim e de acordo com o referido, cumpro com as recomendações dos feixes de intervenção para a prevenção da infeção relacionada com o CVC, nomeadamente na preparação, colocação, manutenção e remoção do mesmo; feixes de intervenção da prevenção da pneumonia associada à intubação, nomeadamente, manter a cabeceira do doente elevada a 30°, fazer higiene oral com clorohexidina, manutenção de pressão do *cuff* do Tubo endotraqueal entre 20-30 mmhg, aspiração de secreções sub-glóticas; e feixe de intervenção da prevenção da infeção urinária e da ferida cirúrgica.

A Metodologia do Processo de Enfermagem permitiu a elaboração de plano de cuidados, tendo em conta todos os feixes de intervenção de prevenção da infeção, garantindo desta forma uma uniformização e continuidade dos cuidados de enfermagem, indo ao encontro da Unidade de Competência relativa à conceção de um plano de prevenção, controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, no âmbito das Competências Específicas do EE em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Ainda relativamente à prevenção das infeções, e como já referi no capítulo anterior, as PBCI (regras de Boas Práticas) são aplicadas no SMI por todos os profissionais, de forma a salvaguardar o doente crítico de uma situação de risco com maior suscetibilidade para a infeção. Ao longo da minha experiência profissional, procurei manter a assepsia nos cuidados prestados, nomeadamente durante a realização de procedimentos invasivos, utilizar adequadamente os EPI, higienizar as mãos atendendo aos cinco momentos recomendados, entre outros. A intervenção do Enfermeiro deverá integrar a supervisão do

Assistente Operacional em vários procedimentos implementados no SMI, no âmbito da prevenção da infeção, nomeadamente na triagem e circuito de resíduos hospitalares, no acondicionamento da roupa, na limpeza das áreas ocupadas pelo doente, entre outros.

No sentido de reduzir a resistência bacteriana aos antimicrobianos assisto à prática de descolação antibiótica mediante os resultados das culturas dos produtos microbiológicos, permitindo desta forma a adequação do antibiótico correto ao microorganismo encontrado. O enfermeiro tem um papel importante na operacionalização da terapêutica antibiótica, gerindo a sua administração o mais precocemente possível, uma vez que no SMI é muito frequente haver uma prescrição múltipla de antibióticos.

Relativamente ao *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA), o SMI tem um procedimento que é alargado a toda a comunidade hospitalar, no sentido de prevenir a sua colonização e/ou infeção. A infeção pode surgir quando ocorre uma solução de continuidade na pele ou mucosa, possibilitando o acesso da bactéria aos tecidos ou à corrente sanguínea. Por outro lado é uma bactéria que coloniza as narinas, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesionadas. Todos os doentes admitidos no SMI do HNM são submetidos a higiene corporal com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2%, nos primeiros cinco dias de internamento, de acordo com o protocolo em vigor. Procede-se também ao rastreio de MRSA através de zaragatoa nasal ou à ferida cutânea e caso sejam positivas inicia-se a aplicação de Mupirucina a 2% pomada na cavidade nasal para a respetiva descolonização.

Reconheço a infeção como um dos focos de atenção da minha *praxis*, pelo que a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção foi ao encontro não só da Competência Específica, como também das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. No domínio da gestão de cuidados, adaptei a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto para otimizar a resposta da equipa onde me insiro, garantindo qualidade dos cuidados.

## **2. DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO AO DOENTE CRÍTICO À INTERVENÇÃO PALIATIVA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

Atendendo às Competências Específicas do EE em EMC que “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos Médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes da doença aguda ou crónica” e às do EE na área do doente crítico a que acresce a “doença crítica e/ou falência orgânica”, não poderia deixar de estabelecer uma importante relação com as competências do EE na área do doente em situação paliativa: “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 (QV)” (OE, 2018). Assim, apesar de ser uma Competência Específica do Enfermeiro Especialista na área do doente em situação paliativa, considero-a transversal e adequada ao Enfermeiro Especialista na área do doente crítico, uma vez que, à luz da nova filosofia para cuidar o doente e família numa UCI, a terapia paliativa e terapia curativa deverão ter início em simultâneo à admissão do doente (Catalão, 2015).

Tal como atrás referido, é longa a minha experiência profissional em CI e só recentemente tenho vindo a constatar a preocupação de alguns profissionais de saúde na intervenção clínica paliativa ao doente crítico em situação de irreversibilidade e de fim de vida. Considero pois que ainda há muito por fazer nesta área e concordo com Alves (2015), quando afirma que em “C.I há um longo caminho a percorrer para que se preserve a dignidade da pessoa em fim de vida, a valorização da família no processo de acompanhamento e no respeito pela multidisciplinaridade da decisão” (p.238). Esta questão de proporcionar CP ao doente e família em MI assolou o meu pensamento e motivou a procura de respostas, expressa no projeto de autoformação/intervenção desenvolvido durante o Curso de Mestrado EMC, tendo como objetivo sistematizar os cuidados/ações paliativas ao doente e família em MI. Por esta razão, foi pertinente o estágio de opção abarcar o SMI do HDNM. Como futura EE em EMC, gostaria de dar o meu contributo no que concerne ao processo de integração dos CP em MI.

No sentido de fundamentar a necessidade de CP em MI, para além da pesquisa bibliográfica, senti a necessidade de ir à procura de formação e de campos de estágio relacionados com CP e CI, tendo planeado um estágio na Unidade de Cuidados Paliativos

(UCP) no Hospital Dr. João de Almada (SESARAM) de 15 a 27 de Janeiro de 2019 e um estágio de observação numa UCI de um IPO, em Portugal Continental de 4 a 8 de Fevereiro de 2019. Para este último estágio, estava confiante em ver implementada esta nova perspetiva de Cuidados Paliativos em Intensivos, já que se tratava de uma UCI para doentes oncológicos, sabendo que, em algum momento do curso da sua doença estes doentes irão precisar de Intervenção Paliativa. Porém, a desilusão foi total, uma vez que os cuidados eram predominantemente do foro curativo, pautadas pela obstinação terapêutica e diagnóstica, não privilegiando a dignidade da pessoa em situação de fim de vida.

O SMI é um serviço com tecnologia sofisticada e cada vez mais diferenciada, uma vez que os doentes admitidos apresentam índices de gravidade muito elevados com risco de morte. A rapidez na atuação, o discernimento e conhecimento técnico-científico específico são características importantes dos profissionais de saúde que trabalham em CI. A par deste tecnicismo, a componente humana da relação com o outro, o proporcionar conforto com alívio da dor e sofrimento, o controlo dos sintomas e a ajuda na última etapa da vida do doente de forma a proporcionar uma morte digna é fundamental na UCI, o que nos remete para a exigência de considerar a implementação de CP em contexto de CI.

Apesar da sofisticação técnica predominar nas UCI é possível humanizar o cuidado de Enfermagem através da interação efetiva com a família e de uma comunicação eficaz, permitindo a satisfação das suas necessidades, bem como a partilha das suas vivências, angústias, medos e inseguranças. De acordo com (Alves, 2015)

Em Cuidados Intensivos a capacidade de artificializar a vida, em nada significa aptidão para evitar mortes evitáveis; esta capacidade para salvar vidas, que de outra forma se perderiam, constitui o exaltante e compensador profissionalismo na área do intensivismo. Contudo, o preço pago por esta enaltecida capacidade é o risco de se poder prolongar artificialmente a vida, a agonia e o sofrimento de pessoas para quem a morte é inevitável (p.29).

A escolha da UCP do SESARAM para realizar um estágio de observação participativa, deveu-se ao facto de ser uma unidade especializada cuja atividade fundamental e única é a prestação de CP vocacionados para doentes mais complexos e que requer um nível elevado de diferenciação dos profissionais. A equipa interdisciplinar da UCP com elementos altamente qualificados foi fundamental neste processo de formação, possibilitando o conhecer de uma nova realidade, de forma a ser um contributo valioso para a implementação de CP no SMI.

A UCP a funcionar no Hospital Dr. João de Almada remonta a outubro de 2012. O Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M criou a Rede Regional de Cuidados Paliativos da RAM de acordo as normas da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos aprovada pela Lei

nº 52/2012. Esta unidade destina-se a doentes com necessidades complexas e que requerem cuidados específicos independentemente da sua esperança de vida, o que inclui: doentes que se encontram na fase inicial do percurso da sua doença em fase reabilitativa, mas que apresentam sintomas complexos, necessitando de internamento para a respetiva gestão sintomática, e doentes portadores de doença avançada e/ou na fase final da vida, conforme plasmado no Projeto Cuidados Paliativos do SESARAM 2012. Estes cuidados específicos são prestados por médicos e enfermeiros com formação avançada e experiência reconhecida em CP. Integram ainda esta equipa multidisciplinar o Fisioterapeuta, o Psicólogo, o Assistente Social, o Nutricionista, o Farmacêutico, e o Assistente Espiritual, que em Portugal geralmente é representado pelo Capelão. Todos estes profissionais de saúde deverão ter formação em CP, conforme as recomendações da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), descritas nos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento para os Cuidados Paliativos biénios 2019-2020 e 2021-2022. A equipa de enfermagem em janeiro de 2019 era constituída por 13 enfermeiros, embora na prática a funcionar com um número inferior de enfermeiros em função de situações de baixa prolongada de alguns profissionais. No que concerne à formação, em 2019 e com Formação Básica (18H) totalizavam seis enfermeiros e com Pós graduação em CP cinco enfermeiros. Ainda com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria havia dois enfermeiros.

Achei pertinente fazer este estágio de observação participativa durante duas semanas pois seria uma forma prática de conhecer uma realidade até então desconhecida. O objetivo geral foi desenvolver e aplicar competências no cuidar especializado à pessoa e família em situação paliativa, de forma a contribuir satisfatoriamente para o projeto de autoformação que me propus a realizar no SMI. Cuidar da pessoa com doença incurável ou grave em fase avançada e família aliviando o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e QV foi possível durante este período de observação participativa. Neto (2016a), alegando a definição da OMS adotada pelo Plano Nacional de CPAL 2010 (PNCP) relata que “os Cuidados Paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou de uma obstinação terapêutica desadequada” (p.3). Acrescenta ainda que o “objetivo central é a redução do sofrimento dos doentes e famílias e a promoção da máxima qualidade de vida possível, apesar da doença” (p.43).

Durante este período de estágio foi possível aperceber-me dos quatro pilares fundamentais que norteiam os CP, nomeadamente o Controlo Sintomático, o Trabalho em Equipa (equipa multidisciplinar), a Comunicação Adequada e o Apoio à família. Estes são

encarados com igual importância, não havendo primazia de um em detrimento do outro, estando de acordo com o que diz Neto (2016a), “não é possível praticar CP de qualidade se alguma delas for subestimada” (p.4). Ainda parafraseando Neto (2016a), “as situações decorrentes da valorização dos sintomas, de outros problemas do doente e família e da correta intervenção em cada caso, exigem que os profissionais de saúde recebam treino adequado e rigoroso nestas quatro áreas” (p.4). Saber reconhecer, os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussão direta no bem-estar do doente, assim como avaliar e tratar adequadamente estes sintomas é uma prioridade no cuidado ao doente com necessidades paliativas. Isto vai ao encontro das Competências EE em EMC, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, plasmado no Regulamento nº 429/2018:

- Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares;
- Avalia os sintomas do doente (...) utilizando ferramentas padronizadas;
- Valoriza o peso das variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;
- Antecipa em tempo útil, as situações de agudização;
- Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas. (OE,2018).

O descontrolo de sintomas é a causa mais frequente do internamento em CP. Contudo, e segundo Neto (2016a),

preocupar-se exclusivamente com o controlo dos sintomas- seja a dor, a dispneia, o *delirium*, ou outros- não garante que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento deste tipo de doentes. Não se podem ignorar necessidades nucleares dos doentes, (...) como a necessidade de ser respeitado, de receber reconhecimento e afeto, ser tratado com Dignidade e de manter esperanças realistas. (p.4)

O que se pretende com o controlo sintomático é um maior nível de conforto, sendo fundamental que seja monitorizado através das “chamadas constantes de conforto que dizem respeito à presença de sintomas, qualidade do sono e bem-estar psicológico” (Neto, 2016c, p.47).

Os instrumentos de avaliação específicos em uso na UCP têm por objetivo sistematizar e objetivar para cada doente em particular, fornecendo um contexto em que se pode perceber os sintomas e a evolução do doente (Projeto UCP SESARAM 2012). A avaliação dos sintomas faz-se através de ferramentas padronizadas no Serviço de CP do SESARAM, nomeadamente a escala de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). A ESAS é um instrumento que foi desenvolvido no Canadá, em 1991, pelo Professor Bruera

e colaboradores no Departamento de Investigação de Cuidados Paliativos. Foi construída para ajudar na avaliação dos sintomas mais frequentes em doentes oncológicos e posteriormente em todos os doentes paliativos, nomeadamente a dor, a náusea, o cansaço, a depressão, a ansiedade, a sonolência, o apetite, o bem-estar e a dispneia. É uma das escalas utilizadas em CP por todo o mundo, mas com maior incidência na Europa, Canadá e EUA. Em Portugal foi feita a adaptação e validação para português e é utilizada pelos vários serviços de CP, nomeadamente o do SESARAM. Esta escala fornece um perfil clínico da severidade dos sintomas e deve ser usada como parte de uma avaliação holística. Solicita-se ao doente que coloque um círculo em redor do nº da escala numérica de 0 a 10, em que 0 é ausência de sintomas e o 10 é a intensidade máxima que o doente pode vivenciar. O valor obtido é transcrito para o gráfico da avaliação de sintomas. A monitorização deverá ser diária, caso o doente se encontre internado, e idealmente preenchido pelo próprio; todavia poderá ser ajudado por um familiar ou profissional de saúde envolvido nos cuidados. Considerada uma ferramenta importante em CP, poder adaptá-la em contexto de CI não seria de toda uma medida descabida.

Por outro lado, a avaliação do grau de dependência e necessidade de cuidados faz-se através da Palliative Performance Scale (PPS), a avaliação do *delirium* através da Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC) e a avaliação da dor, através da Escala Numérica da Dor (END).

A escala PPS é da autoria de Victória Hospice Society e foi desenvolvida em 1996. Pode ser utilizada em diferentes propósitos e descreve rapidamente o estado funcional atual do doente, pois avalia o grau de dependência e por consequente a necessidade de cuidados. Envolve cinco dimensões, nomeadamente: a Capacidade para deambular, a Atividade e evidência da doença, o Autocuidado, a Ingestão oral, e o Estado de consciência.

Esta escala subdivide-se em onze níveis, sendo 100% para o doente independente e 0% para o doente morto

A NUDESC é a escala de avaliação de *delirium* que é composta por cinco itens preenchidos pelo enfermeiro, e é baseado na observação do doente ao longo do turno. Idealmente deverá ser preenchido no fim de cada turno de 8 horas. A pontuação vai de 0 a 2, sendo 0 a ausência de sintomas, 1 sintomas ocasionais ou ligeiros, e 2 moderados a severos. A pontuação total de 2 ou mais indica a hipótese de *delirium* e orienta para uma avaliação clínica mais exaustiva, passando a utilizar a Confusion Assessment Method (CAM) e esta deverá ser preenchida pelo Médico. O *delirium* é uma das complicações mais frequentes em contexto do doente paliativo (Lawlor et al., 2000; Breithart & Alici, 2008;

Caraceni & Simonetti, 2009; Moreira, 2012 e Barbosa et al., 2016). Todos os doentes paliativos deverão ser avaliados de uma forma regular, uma vez que cerca de 1/3 de episódios de *delirium* podem não ser diagnosticados, se não existir uma avaliação sistemática.

O doente crítico em contexto de MI também experiencia situações de *delirium*, que podem estar associadas a várias etiologias. Este pode ser perturbador para os doentes e família e estar associado a um pior resultado, traduzido no aumento do tempo de internamento e por consequência com acréscimo nos custos (Devlin, 2018). Neste serviço, a escala utilizada é a Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU).

A comunicação é outra vertente importante em CP, sendo considerada um dos pilares da Medicina Paliativa. Esta poderá funcionar como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal (Querido et al., 2016). Ainda de acordo com as mesmas autoras “as situações problemáticas mais frequentes na comunicação em CP com doentes/famílias são a comunicação do diagnóstico, do prognóstico e a transmissão das más notícias, e na equipa multidisciplinar são as tensões/conflitos não geridos por uma comunicação adequada.” (p.830). Já em 2003, Neto referia que é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo da maior importância na qualidade dos cuidados recebidos. Neste contexto da comunicação, a Conferência Familiar (CF) tem uma importância fundamental.

A CF é um instrumento de trabalho dos profissionais de saúde e destina-se a apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções (Neto, 2003). É muito utilizada em CP e recomendada por alguns autores, nomeadamente, Castelhão 2015, Taylor 2017, aquando da implementação de CP em MI. É uma forma estruturada de intervenção na família cujos múltiplos objetivos são:

- Conhecer os elementos da família (identificar o cuidador);
- Reconhecer a dinâmica familiar e identificar conflitos;
- Identificar e operacionalizar a rede de suporte;
- Identificar o ambiente socioeconómico e arquitetónico;
- Acompanhar o desenvolvimento do programa durante o internamento;
- Validar opções terapêuticas e de intervenção;
- Prevenir conflitos a vários níveis;
- Validação das expectativas da família e do doente;
- Negociar plano e objetivos viáveis;

- Explicitar o Plano Integrado de Cuidados (PIC);
- Desenvolver sinergias e objetivos comuns;
- Promover a continuidade dos Cuidados e a integração com as outras respostas;
- Programar o final do PIC e alta;
- Preparar o ambiente do domicílio.

Nelson et al. (2011) considera a CF como a “espinha dorsal da tomada de decisão informada e focada no paciente sobre as metas de cuidados apropriados e o plano de tratamento específico” (p.5). Através desta, a família é ajudada a compreender a situação e prognóstico do doente, a partilhar valores, preferências e desejos do doente assim como desmistificar conceitos, retirar dúvidas e até mesmo partilhar preocupações, ao mesmo tempo que recebe apoio emocional. Ainda, reconhece o papel relevante do enfermeiro na CF nas UCI, sendo este detentor de um conjunto de informações acerca do doente, obtida pela relação de proximidade que mantém com o mesmo, e por ser o profissional de saúde que normalmente tem um relacionamento mais forte com a família. Nem todas as famílias necessitam deste tipo de intervenção, estando particularmente indicadas em situações de agravamento clínico, a proximidade da morte/entrada em estado de agonia, famílias desmembradas e/ou agressivas, famílias com necessidades especiais (famílias com crianças, jovens, lutos repetidos e próximos, doentes jovens) e existência de conflitos entre familiares e a equipa (Neto, 2003).

Na UCP do SESARAM é agendada a primeira CF no início do internamento e de acordo com as disponibilidades dos intervenientes da mesma. É planeado com antecedência quais os intervenientes, nomeadamente o Médico, o Enfermeiro, o Psicólogo, o Sociólogo e o doente/familiar. É necessário averiguar se o doente pretende ou não estar presente, e caso não esteja presente, solicitar autorização do mesmo para realizar a reunião. No dia da conferência é importante fazer a apresentação de todos os participantes, agradecer a presença dos mesmos e identificar um representante familiar. Ainda Neto (2003) sugere a importância de “consensualizar e objetivar os propósitos da reunião, esclarecer detalhes e prestar informações (...), poderá ser útil colocar uma questão do tipo: como família o que é que neste momento vos preocupa?” (p.70). Estabelecer um plano de atuação consensual para o doente, família e equipa é deveras muito importante.

Durante este estágio, não tive oportunidade de participar nas CF, porém em janeiro de 2021, esta oportunidade surgiu aquando da transferência de um doente com internamento prolongado no SMI para a UCP. A transferência deste doente ficou marcada por um

processo de difícil aceitação por parte do mesmo e da família, já que tanto o doente como a esposa e filhas achavam que a transferência para uma UCP “significava que era para morrer”. Esta situação ocorreu em plena Pandemia *Covid19*, altura em que foram suspensas as visitas da família ao serviço, o que dificultou a comunicação para com estes. Assim, a minha intervenção passou por estabelecer uma conversa física com o doente e por via telefónica com a esposa, no sentido de desmitificar os receios e medos, falando dos princípios dos CP. Esta encontrava-se muito preocupada pois partilhava a opinião de que o marido iria para os CP para morrer. Demonstrei disponibilidade, mantive relação empática com a senhora e no fim da longa conversa, agradeceu a minha intervenção, pois sentia-se mais calma e elucidada, reconhecendo que a noção que tinha dos CP, nada se assemelhava com a realidade. Ao longo dos dias que antecederam a sua transferência, mantive “longas conversas” com o doente sobre os benefícios de um internamento naquelas condições e inclusivamente disponibilizei-me para ir visitá-lo. Manifestei o meu interesse em assistir à CF daquela família à Enfermeira Chefe do serviço da UCP, e assim que foi agendada, tive a permissão da equipa e da família. A conferência foi agendada com a esposa e a filha, que mantinha uma relação muito próxima com o pai, e sem a presença deste, a pedido do mesmo. Nesta conferência estiveram presentes a Médica, (Diretora do Serviço), a Enf.<sup>a</sup> Chefe, a Enfermeira de referência do doente, o Psicólogo, o Assistente Social e eu. A família manifestou agrado pela minha presença, e evidenciou uma proximidade/conforto emocional, visto que era uma profissional com quem tinham mantido uma relação de confiança durante o internamento do seu familiar no SMI, conhecendo a realidade vivenciada. Com esta conferência, a equipa da UCP pretendia aperceber-se das expectativas da família em relação ao futuro. E foi possível ao longo da conversa caminhar para um processo de desculpabilização da filha. Esta achava que “não tinha feito tudo o que poderia ter feito” no que diz respeito aos acompanhamentos médicos que antecederam o internamento em MI, faltando a Pneumologia, razão pela qual se sentia culpada. Este doente tinha antecedentes de DPOC, com agravamento progressivo da fibrose pulmonar e diminuição severa de reserva pulmonar, pelo que se manteve traqueostomizado e ventilado no SMI durante três meses, com avanços e recuos no desmame ventilatório. No decorrer da conversa, a filha e a esposa relataram que o doente no domicílio vinha a queixar-se de ansiedade há já algum tempo, condicionando a mobilidade, sendo obrigado a fazer pausas durante os percursos e para a qual estava medicado com ansiolítico. Complementei este relato com a descrição de um episódio presenciado por mim num turno em que o doente, conetado ao ventilador, iniciou um quadro de polipneia, acompanhado de alteração dos

valores de oximetria, e a tentar comunicar algo de forma não-verbal sem sucesso. Após várias tentativas, consegui entender o que o doente estava a tentar comunicar; ”*ansiedade*”. O doente apresentava um quadro de dificuldade respiratória, que identificava como ansiedade, e não como dificuldade respiratória. Procedi à aspiração das secreções traqueobrônquicas, e a situação reverteu completamente. Perante o relato desta situação na CF, concluímos em equipa que a dispneia já seria um sintoma revelador da doença, que passou despercebida uma vez que o doente atribuía esse sintoma à ansiedade. Esta situação foi reveladora da importância da interação entre o enfermeiro dos CI (que conhece bem o doente), e a equipa de CP, nomeadamente na primeira CF.

Com esta conferência foi possível escutar a família no sentido de averiguar a existência de questões pendentes importantes, nomeadamente as relacionadas com um empréstimo bancário e a casa, e que seriam possíveis de resolver com apoio/ intervenção do Assistente Social (equipa psicossocial). A equipa psicossocial da UCP constituída por Psicólogo e Assistente Social tem um papel fundamental na ajuda ao doente e família, no sentido de se adaptarem e a gerirem o impacto que a doença incurável causa nas suas vidas, assim como no proporcionar oportunidades a respostas e direitos sociais. Ainda, a possibilidade de uma ida a casa numa janela de oportunidade, assim como a visita dos netos pequenos (que não via há mais de três meses), foi também abordado.

Por fim, como prometido fiz a visita ao doente, e pude constatar a mudança refletida no seu rosto, fazendo transparecer um nível de bem-estar não presenciado até então. Eram bem notórios os “novos” interesses como a leitura do jornal. No final da visita, a minha intervenção na preparação do doente e família para a transferência, revelou-se imprescindível para a aceitação e continuação dos cuidados em CP, a qual foi reconhecida pela equipa, deixando-me satisfeita, pois para além do facto de estar sensibilizada para esta área, foi importante colocar em prática o que aprendi no decorrer do Curso de Mestrado na Unidade Curricular (UC) de CP, assim como no estágio na UCP, indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista.

Para além dos estágios já relatados, e da pesquisa bibliográfica efetuada ao longo de todo este percurso, senti necessidade de receber formação complementar, pelo que frequentei palestras, congressos e dois cursos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva, os primeiros realizados em Portugal Continental.

A palestra “Cuidados Paliativos e terapêutica da dor” realizou-se em abril de 2019, na Escola da APEL no Funchal. O palestrante foi o Dr. Paulo Reis Pina, Internista com competências em Medicina da Dor e Geriatria e Medicina Paliativa, e que desempenha

funções como Coordenador da Unidade de Reabilitação Global na Casa de Saúde Idanha Sintra e da UCP Domus Fraternitas, em Braga. Este defende que é urgente a formação mandatória em Medicina Paliativa, a alocação de recursos de modo proporcional e a criação de protocolos de controlo sintomático em doentes em situação de fim de vida, de forma a contribuir significativamente para uma morte digna.

Os temas abordados foram:

- 1- Os Princípios dos Cuidados Paliativos;
- 2- Como comunicar más notícias;
- 3- Quando referenciar doentes para Cuidados Paliativos;
- 4- Controlo da dor crónica;
- 5- Controlo da dor episódica;
- 6- A importância da atuação médica centrada no doente;

Todos estes temas foram importantes para consolidar os conhecimentos adquiridos.

Em maio de 2019, estive presente no XXII Congresso Nacional de Medicina Intensiva/VII Congresso de Medicina Intensiva Luso Brasileiro, em Lisboa. De realçar que foi uma estreia pessoal ouvir palestrantes nacionais e internacionais a abordarem uma temática tão pouco desenvolvida em Portugal no domínio dos CP em MI. Os temas debatidos foram de grande importância, dos quais destaco a futilidade terapêutica/diagnóstica, os cuidados em fim de vida em CI e as terapias de suporte de vida em CI (benefícios e inconvenientes).

No âmbito do XXII Congresso Nacional de Medicina Intensiva/VII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, realço ainda a participação no 1º Curso e *workshop* de Cuidados Intensivos em Medicina Intensiva. Este curso foi organizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), nomeadamente pelo Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva.

Os temas foram debatidos por pessoas de referência na área dos Cuidados Paliativos e Cuidados Intensivos em Portugal e no Estrangeiro e incidiram essencialmente sobre a Promoção da Dignidade do Doente ao longo da trajetória da doença e fim de vida, Planeamento Avançado de Cuidados, Prioridades para o Cuidado do moribundo/últimos dias e horas de vida – Avaliação e gestão de sintomas, Sedação Paliativa, Decisão de reanimar /não reanimar, Decisão de não iniciar e suspender tratamentos de suporte de vida, Conferências familiares e Efeitos do Luto.

Este curso foi oportuno e serviu mais uma vez de incentivo a continuar este trabalho a que me propus realizar. Novamente fomos confrontados com realidades distintas da realidade portuguesa.

Em setembro de 2019, frequentei o 2º curso de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva, no âmbito das Jornadas de Medicina Intensiva do Porto, organizado pela mesma equipa que organizou o primeiro. Achei pertinente participar neste segundo curso, para uma maior consolidação dos conteúdos intrínsecos a uma área que tanto me apaixona, contribuindo desta forma para um aprofundar dos conhecimentos adquiridos. A presença neste congresso foi mais um incentivo a continuar a trabalhar esta área tão nobre como a do cuidado ao doente com necessidades paliativas em CI.

A par da formação também procurei conhecer o projeto do Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva da SPCI, criado em 2018, e que tenho o privilégio de integrar desde 20 de Janeiro de 2020. Este grupo tem como Missão “a integração da Medicina Paliativa na Medicina Intensiva em todos os locais dos hospitais onde acodem doentes críticos, nomeadamente, serviços de Medicina Intensiva (SMI), Salas de Emergência/Serviços de Urgência e de Serviços de Internamento.”

Tive ainda oportunidade de contactar com algumas referências internacionais da área dos Paliativos em Cuidados Intensivos, nomeadamente o Professor Escocês, Dr. *Robin Taylo*, do *Department of Respiratory Medicine* da *University Hospital Wishaw*, que foi palestrante no 1º e 2º cursos de CP em Medicina Intensiva, assim como no XXII Congresso Nacional de Medicina Intensiva/VII Congresso de Medicina, Intensiva Luso-brasileiro. Passo a então a fundamentar a importância dos CP em MI.

## **2.1. Fundamento de Cuidados Paliativos no contexto da Medicina Intensiva (da necessidade de Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos)**

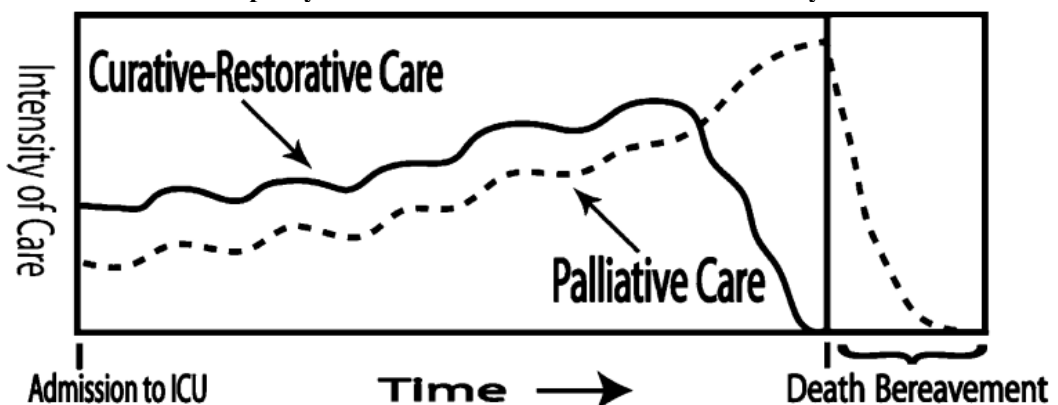
Hoje em dia assiste-se ao aumento da população portadora de doenças crónicas associado ao aumento da longevidade. Porém com a evolução da ciência e da tecnologia, a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente cuidados curativos (Modelo Médico) está a ser questionada relativamente à sua futilidade, submetendo o doente a tratamentos que geram desperdício de recursos e gastos desnecessários na saúde.

Nas UCI é frequente haver doentes que foram submetidos a múltiplas terapias e que não evoluem no sentido da cura. Estes doentes, quando sem perspectiva da mesma, têm indicação para os CP. No entanto, segundo Silva et al. (2013), ainda é complexo reconhecer que um tratamento é fútil e que a intervenção dita terapêutica, não atende ou não é coerente

com os objetivos estabelecidos na terapêutica de um determinado doente. Ou seja, é ainda um desafio nas UCI a definição dos cuidados, nomeadamente, que cuidados deverão ser mantidos e os que deverão ser suspensos na abordagem paliativista.

No entanto, alguns autores advogam que, independentemente do diagnóstico/prognóstico, todos os pacientes com doença crítica devem receber CP de alta qualidade, incluindo controlo de sintomas, comunicação sobre objetivos de cuidados adequados e apoio ao paciente e à família ao longo da trajetória da doença (Gay et al., 2012). Catalão (2015) alega que tanto os Cuidados Intensivos como os Paliativos abordam doentes com mau prognóstico mas com características complementares, preocupando-se os primeiros com a resolução e/ou estabilização dos problemas de saúde do doente crítico, enquanto os segundos, não se baseando em diagnósticos e prognósticos, preocupam-se com as necessidades do doente, nomeadamente no que diz respeito ao sofrimento resultante da situação clínica. De acordo com o autor, a identificação dos doentes com necessidades paliativas na UCI deve começar na admissão e continuar até à alta hospitalar. Para diminuir o sofrimento do doente, terapêuticas curativas/prolongadoras de vida devem ser concomitantemente administradas com abordagens paliativas, ponderando a futilidade de cada medida instituída (Catalão,2015).

**Figura 1 - Curative and Palliative Approaches to Care throughout a Critical Illness. Adapted from a policy statement of the American Thoracic Society**



*Fonte: (Cooke & Rocker,2014)*

O gráfico da Figura 1 ilustra a perspetiva do cuidar do doente em MI, cujos CP deverão ser iniciados logo na admissão do doente na UCI e que as terapias curativas e as paliativas deverão ser instituídas em simultâneo ao longo do internamento, ilustrado por Cook e Rocker em 2014 e corroborado por Catalão em 2015. A intensidade dos cuidados na vertente paliativa aumenta no final da vida, enquanto a terapia curativa cessa no momento da morte. Todavia, a terapia paliativa continua a ser instituída após a morte, no processo de apoio à família no luto. Esta visão dos CP em CI foi apresentada nos primeiros dois Cursos de Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos, organizados pelo Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva da SPCI em 2019. Esta perspetiva do Cuidado Paliativo continuar após a morte do doente, leva-me a pensar numa oportunidade de intervenção no SMI do SESARAM, dentro da sistematização do cuidado paliativo, tendo em atenção a família enlutada dos doentes que morrem na nosso Serviço uma vez que representa uma intervenção em falta e é fundamental na área do doente paliativo.

Lidar com a morte constitui um desafio para o profissional de saúde, na medida em que envolve dilemas éticos e paradigmáticos. Neto (2016) defende que o que se pretende com os CP é ultrapassar a dicotomia ainda em voga de que “uma vez terminadas as terapêuticas de índole curativa (...) se iniciaria o recurso aos Cuidados Paliativos.” (p.3), não sendo esta a atitude mais ajustada às necessidades dos doentes e famílias. Acrescenta ainda a necessidade da maximização da QV do doente e a introdução dos CP o mais precoce possível no curso de uma doença grave e/ou crónica.

Na minha prática diária em CI assisto ainda à célebre frase evocada pela comunidade médica: “já não temos mais nada a oferecer a este doente”. Ora, de acordo com Machado, Pina e Mota (2018), “a medicina não deve ter sempre um fulgor curativo, porém deve permanentemente cuidar, respeitando os valores culturais, clínicos e éticos” (p.286). Em Medicina Paliativa, há sempre alguma coisa a fazer pelo doente. Não sendo possível tratar a doença, a medicina atual deverá ser direcionada para o “tratamento da pessoa”, e assim ir ao encontro da QV da mesma. Conforme o descrito no Regulamento nº 707/2016 no artigo 66º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) “nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitam reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes.” (p. 22582). Também a OE (2015), no 108º artigo, faz alusão ao respeito pelo doente terminal, realçando a intervenção do enfermeiro, orientada “(...) por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de

acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa (...)” (p.125).

O doente paliativo ou a pessoa em situação paliativa é aquele com doença grave ou incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, que necessita de cuidados específicos para o alívio do sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e QV. A Lei nº 52/2012 define o mesmo como:

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e 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).

Iniciar CP implica, acima de tudo, a mudança de objetivos e a não desistência do tratamento no sentido de promover a QV ao doente, ou acrescentar qualidade à vida que resta ser vivida. E é reconhecido no Despacho n.º 14311-A/2016, publicado no Diário da República n.º 228/2016, que quando

aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares, reduzindo desta forma os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos Cuidados Intensivos e, conseqüentemente, os custos em saúde ( p. 35360-(2)).

A OMS definiu QV (Capelas, 2018) como a “perceção de satisfação dos indivíduos com a vida, considerando a sua situação cultural, social e ambiental. A QV é considerada como um importante outcome no fim de vida”.

Capelas (2016), referindo *Donabedian*, define os cuidados de qualidade como aqueles que “maximizam o bem-estar do doente, depois de se terem tido em conta os benefícios e riscos envolvidos no processo de cuidar”. Tal como anteriormente referido cuidados de qualidade estão inerentes “a um grau de excelência que compreende diferentes componentes tais como efetividade, aceitabilidade, eficiência, acessibilidade, equidade e relevância.” (p.939). Capelas (2016) acrescenta ainda que estes constituem “a ótima disponibilização de serviços de saúde com proficiência, evitando o sobre, sub ou má utilização das tecnologias e outros recursos e que obrigatoriamente incorporam as preferências do doente, num processo de tomada de decisão partilhada” (p.939).

Com os avanços da tecnologia e do conhecimento médico, beneficia-se a vida e a saúde daqueles que recorrem à medicina para serem curados. A cura da doença tem sido em grande parte o objetivo dos serviços de saúde, em que a incurabilidade e a realidade

inevitável da morte são ainda encaradas como fracasso da Medicina. A finitude humana deverá ser aceite por todos de forma digna, tendo em conta que devemos cuidar da pessoa e não da doença. A MI surge assim com um arsenal terapêutico e tecnológico, com meios avançados de monitorização e vigilância, para intervir na prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais iminentes ou estabelecidas, potencialmente reversíveis, conforme o definido pela RNEHR de Medicina Intensiva 2017. Todavia, será importante lembrar o que nos diz Taylor (2018) quando afirma que não está no objetivo da ciência salvar todas as pessoas do mundo.

Uma situação muito comum às UCI, que deriva da alta tecnicidade e avanços tecnológicos, é a obstinação terapêutica/diagnóstica. A substituição de funções vitais, utilizando estas tecnologias, pode algumas vezes condicionar um prolongamento da vida a qualquer custo, designando-se de tratamentos fúteis. O uso de tecnologia ou tratamentos, quando já não se perspetiva possibilidade terapêutica/cura, constitui um elemento potenciador de sofrimento e de uma morte lenta, ou seja, distanásia. A futilidade diagnóstica e terapêutica é definida pelo Plano Nacional de Cuidados Paliativos como procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que pode causar sofrimento acrescido ao doente e família (Neto, 2016).

Contudo, o conceito de futilidade não é unânime e é de difícil definição. Segundo Vaz Carneiro, citado no relatório do Conselho Nacional De Ética e Ciências da Vida (CNECV) e referenciado por Neto (2016a) “(...) a definição exata do que constitui um tratamento fútil é necessariamente moldada por conceitos valorativos e relativistas, sendo portanto impossível uma exata definição que se aplique universalmente a todos os casos (...)”, contudo “facilmente se reconhece quando ocorre na situações da prática clínica” (p.12).

Já autores como Beauchamp e Childress, referenciado por Freire (2015) alegam que o termo fútil refere-se a situações nas quais os doentes que estão num processo de irreversibilidade de morte, chegam a um ponto em que o tratamento não oferece nenhum benefício fisiológico ou possibilidade de cura e é opcional. Também Taylor e Lightbody, (2018), alegam que o termo futilidade é definido como tratamento que não oferece mais benefícios ao doente, ou que os encargos do tratamento superam os benefícios. No entanto, os mesmos autores defendem que o termo “fútil” é frequentemente interpretado como um julgamento de valor que implica “nada mais pode ser feito, ou “estamos a desistir”, provocando mal entendidos e angústia na família. Nesta senda, Taylor e Lightbody (2018),

defendem que apesar de ser utilizado este termo, existe um outro com menor conotação negativa o “Non Beneficial Treatments” (NBT), traduzindo para Português, “Tratamentos Não Benéficos”.

Todas as medidas terapêuticas e outras que possam revelar-se desadequadas e inapropriadas face ao objetivo que preside à prática de CP (o de proporcionar conforto), cabem no âmbito do que se designa por futilidade Neto (2016a). No regulamento nº 707/2016 de Deontologia Médica, no artigo 66º, está elucidado que:

Nas situações de doenças avançadas e progressivas, cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o Médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar do doente, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica, que podem por si só induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício (p.22582).

Desta forma, 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 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 Código Deontológico de Enfermagem e Médico, anteriormente mencionados.

No estágio de opção tive oportunidade de refletir, sobre uma situação clínica em ambiente de CI, que envolveu um doente diabético de 65 anos de idade, internado com diagnóstico de Sepsis, pós-cirurgia à ferida no pé e que evoluiu para um quadro de falência múltipla de órgãos, nomeadamente o respiratório, e o circulatório. O doente em questão já se encontrava internado há 30 dias, com oscilações do estado clínico, num quadro de melhorias e retrocessos sucessivos. A família teria sido informada da gravidade da situação clínica e do prognóstico e, conseqüentemente, preparada para um desfecho final que não o desejado pela mesma. Contudo, mantinham-se as medidas terapêuticas invasivas, nomeadamente a ventilação mecânica, o suporte vasopressor com drogas aminérgicas, antibioterapia múltipla, e tratamento com imunoglobulina humana. Ao fim destes trinta dias de internamento em UCI, era notória a perda de massa muscular e a conseqüente diminuição da força muscular dos quatro membros, típica da Polineuropatia dos Cuidados Intensivos, também conhecida por Polineuropatia do Paciente Crítico (PPC) (Hermans & Berghe, 2015; Vanhorebeek, et al. 2020). Este doente tinha como antecedentes uma neuropatia associada à diabetes tipo 2, já com electromiograma realizada anteriormente. Mantendo-se todo este quadro, foi solicitado pela equipa médica um novo exame. Submeter o doente a uma saída da UCI, para a execução do exame no Serviço de Consulta Externa, cujo espaço físico era independente do edifício da UCI, obrigava a utilização de um transporte em ambulância,

que não é de todo o mais confortável. Este exame iria confirmar o que era evidente, uma PPC, não acrescentando qualquer valor à situação clínica do doente. Estaríamos apenas a contribuir para intensificar o sofrimento do doente e da família, esta última já perplexa, tendo questionado a razão deste exame, uma vez que já tinha sido informada da gravidade do prognóstico. Concluindo, mediante esta situação e de acordo com as definições referidas anteriormente, considero que estivemos perante um caso de futilidade diagnóstica.

Segundo as estatísticas mundiais, a taxa de mortalidade nas UCI varia entre 17 a 24% (Mietkiewicz et al 2015). Nos EUA morre um doente em cada cinco, na UCI (Cook e Rocker, 2014). No SMI do SESARAM, a taxa de mortalidade entre os anos de 2015 a 2018 foi de cerca de 30% (SESARAM, 2019).

Morrer é um processo difícil não só para o doente e família, como também para a equipa que cuida dele. O cuidar em final de vida é um processo dinâmico e dependente da condição do doente e família. O atendimento deste doente deverá ter em atenção as necessidades biológicas/físicas, psíquicas, espirituais e sociais, de forma a garantir o conforto nos últimos momentos da vida (Mietkiewicz et al.,2015). Estes autores acrescentam ainda que “é mais importante o conforto adequado do que uma batalha heróica para cada minuto de vida” (p.55). Apesar de todo o desenvolvimento científico-tecnológico, a fragilidade e a vulnerabilidade provocada pela doença nunca irão terminar. De acordo com Cook e Rocker (2014), quando os objetivos do tratamento não estão a ser alcançados ou quando o suporte de vida não está de acordo com os valores do doente, deverá proceder-se à terapia da dignidade. A definição de “morrer com dignidade” reconhece a qualidade intrínseca e incondicional do valor humano, mas também qualidades externas de conforto físico, autonomia, significado, prontidão e conexão interpessoal.

A mnemónica da Terapia da Dignidade ABCD (*attitudes/behaviors/compassion and dialogue*) deverá ser respeitada de forma a manter a dignidade do doente (Cook & Rocker, 2014). Nesta mnemónica são tidos em conta os seguintes aspetos:

- *Attitudes* (Atitudes): refletir como as próprias experiências de vida que afetam o cuidado proporcionado;
- *Behaviors* (Comportamentos): disponibilizar tempo para explicar a situação numa linguagem simplificada, sem pressas ou interferências (telefone, por exemplo), tendo em atenção a linguagem verbal e não-verbal e empatia;
- *Compassion* (Compaixão): mostrar sensibilidade no sofrimento do outro, identificá-lo e ajudar no seu alívio. Tentar integrar a importância da doença na experiência de vida do doente;

- *Dialogue* (Diálogo): Questionar sobre valores pessoais, pessoas importantes na sua vida, encorajar a família a refletir e a reviver histórias de forma a reconhecer o doente para além da doença e delinear objetivos.

Preservar a dignidade dos pacientes, evitar danos e prevenir ou resolver conflitos são condições do privilégio e da responsabilidade dos profissionais de saúde ao cuidar do doente em fim de vida. É cuidar o doente de acordo com os seus valores, num momento de vulnerabilidade humana, quando na maioria dos casos não conseguem falar. Neste caso, a família ou o procurador de cuidados será o seu porta-voz. Isto vai ao encontro da perspetiva partilhada no 2º Curso de Cuidados Paliativos em Intensivos em 2019 pelo médico Intensivista António Carneiro, considerando a “Responsabilidade Profissional” e a condição da “Vulnerabilidade Humana” do doente em CI, como uma dupla inseparável na ação do profissional de saúde. Assim, partindo da premissa de que os CP são um direito do doente em situação de fim de vida, as metodologias a adotar para a prestação de ações/CP a doentes críticos deverão respeitar os princípios bioéticos, nomeadamente o Princípio da Beneficência/Não Maleficência, Justiça e Autonomia.

Em concordância com vários autores, Castelão (2015) alega que é necessário melhorar as competências das equipas das UCI, para que os profissionais de saúde possam prestar CP. Em função disso, foram criados três modelos para a integração da CP em UCI, nomeadamente:

- 1- Modelo Integrativo (primário): os princípios e processos dos CP são incluídos nas rotinas da UCI e da sua equipa, sendo aplicado desde a admissão;
- 2- Modelo de Consultadoria (secundário ou terciário): os Especialistas de CP providenciam cuidados ao doente (aqueles com pior prognóstico), controlando sintomas difíceis, dinâmicas familiares complexas e decisões sobre o tratamento como a manutenção de suporte de vida;
- 3- Modelo Misto: é combinação dos anteriores. Neste modelo o Intensivista integra os CP no seu cuidado ao doente, trabalhando com o Especialista em Paliativos nos casos mais complexos e refratários.

Existem estudos que reconhecem benefícios nos dois modelos, o de Consultadoria e o Integrativo, e a escolha depende da realidade da instituição, estrutura, profissionais de saúde e recursos disponíveis (Catalão, 2015). Contudo, Catalão (2015) acrescenta que independentemente da escolha, a educação/formação das equipas é essencial, e deverá incluir o treino na comunicação, educação sobre ética e resolução de conflitos, ações de

formação interdisciplinares sobre CP nas rotinas da UCI (reuniões com as famílias, comunicação precoce, apoio psicossocial estruturado). Tal vai ao encontro do que Alves (2015) descreve no seu estudo sobre o fim de vida em cuidados intensivos em uma UCI de um Hospital do Norte de Portugal, quando revela que a formação é “indubitavelmente uma necessidade sentida pela totalidade de profissionais” (p.207).

Desde 1989, a OMS considerou a formação, a disponibilidade de fármacos opioides e o aumento dos recursos em CP como os três pilares essenciais para o desenvolvimento de CP em qualquer país. Estes pressupostos assumidos nesse ano foram reafirmados na 67<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde de 2014 (APCP, 2016). A formação é reconhecida internacionalmente como elemento fundamental e determinante para a prática de CP. Em Portugal apesar de recomendada, a preparação dos profissionais de saúde ainda se resume muito ao interesse individual de cada um, nomeadamente no que diz respeito a formação pós-graduada. A nível pré-graduado, alguns estudos revelaram que as escolas/faculdades não continham nos seus Currículos conteúdos de CP, mas que atualmente incluem em UC de Opção, com exceção de algumas Escolas de Enfermagem que apresentam uma UC exclusiva de CP (APCP, 2016). Um estudo realizado em Portugal em 2016 revelou que a inclusão da UC específica dedicada aos CP nos planos de estudos era quase inexistente. No entanto destaca-se a vertente opcional nos cursos de Medicina e o cariz obrigatório nos cursos de Enfermagem (CNCP, 2017). Contudo, a atualidade traz-nos boas novas, espelhadas no Plano Estratégico de Cuidados Paliativos (PEDCP), 2021-2022 no que concerne à formação e capacitação dos profissionais de Saúde nomeadamente:

Continuar a promover a formação em cuidados paliativos, de nível básico, para todos os profissionais de saúde, assim como a formação avançada, para todos os profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos. Promover a formação nos níveis básico, intermédio e avançado e apostar na formação contínua. Investimento prioritário nas equipas com contacto com pessoas mais necessitadas de cuidados paliativos, nomeadamente doença oncológica, insuficiências de órgão, doenças neurológicas degenerativas e HIV-SIDA. Aproveitamento de recursos formativos baseados nas tecnologias de informação e comunicação já existentes, sempre que possível, a nível regional (p.15).

Existem três níveis de Formação acordados e atualmente adotados pela EAPC (Recomendações Europeias) emanados no PEDCP para o Biénio (2017-2018) e que se mantiveram no Biénio (2019-2020). Estes refletem o âmbito e o foco dos profissionais envolvidos na prestação dos CP.

- 1- Formação Básica (Nível A) -Formação com duração de 18 a 45 horas. Poderá ser lecionado em formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinam-se aos serviços que aplicam métodos e procedimentos de CP em

ambientes não especializados. Deverá ser disponibilizado aos profissionais de saúde em geral.

- 2- Formação Intermédia (Nível B) - Formação com duração de 90 a 180 horas. Poderá ser lecionada como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinam-se aos serviços que seguem com muita frequência doentes com necessidades paliativas, mas em que o foco principal não são os CP. Deverá ser disponibilizado aos serviços de Oncologia, Hematologia, Medicina Interna, e outros.
- 3- Formação Pós-graduada (avançada) (Nível C) - Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade, lecionado como pós graduação e reforçado por meio de desenvolvimento profissional. Destinam-se aos profissionais que exercem funções em serviços cuja atividade principal é a prestação de CP, cuidando de doentes com necessidades complexas. Está particularmente indicado para UCP, ECSCP e EIHS CP.

Ainda de acordo com o PEDCP 2021-2022, “a formação é fundamental para a constituição de novas equipas/ unidades, para o desenvolvimento de competências em CP das equipas multidisciplinares e para garantir os diferentes graus de complexidade das intervenções” (p.30). Defende ainda a importância da capacitação dos cidadãos, de forma a tomarem “decisões nos diversos contextos da doença”, com importante envolvimento da sociedade civil, nomeadamente nas comunidades escolares. As crianças, jovens e professores, deverão ser abonados de “conceito do ciclo de vida e conhecimento sobre doenças crónicas complexas e as suas implicações na vida” (p.30), combatendo assim a iliteracia em cuidados paliativos.

A formação para cuidadores formais e informais, consta também deste plano estratégico assim como a o ensino de CP na formação pré - graduada nos cursos de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia.

Sendo assim, nem todos os profissionais necessitam do mesmo nível de formação, diferenciando-se de acordo com o nível de exigência do serviço, frequência e intensidade de contacto de cada profissional com doentes com necessidades paliativas. É recomendado que todos os profissionais de saúde apresentem formação básica em CP, sendo que a CNCP afirma que os CP são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, que, no decorrer do seu trabalho, prestam cuidados aos doentes com doença potencialmente fatais e limitantes da vida.” (CNCP, 2017). A OMS, considera a “Prestação de cuidados paliativos

como dever ético para profissionais de saúde e Direito Humano e Social da pessoa e família”( PEDCP, 2021-2022, p.14).

Apesar dos CP constituírem uma intervenção interdisciplinar diferenciada e especializada, as ações paliativas básicas destinam-se à promoção do conforto, e, de acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), deverão ser oferecidas onde quer que este doente se encontre, mesmo tratando-se de um SMI. Esta perspetiva está bem elucidada no PEDCP (2021-2022) que perspetiva para Portugal continental “a integração dos princípios e filosofia dos CP em todos os serviços clínicos do SNS, prestados por todas as suas equipas, promovendo e garantindo que estas adquiram as necessárias competências básicas para uma abordagem paliativa de excelência” (p.12). Acrescenta ainda, que “estas equipas devem trabalhar em interligação próxima e com apoio das equipas especializadas, que serão necessariamente as detentoras de qualificações profissionais, formação teórica e prática e dimensionamento para permitir o aporte otimizado de cuidados centrados no doente e família” (p.12) Ainda de acordo com o PEDCP (2021-2022), o grande objetivo para Portugal, é de, nos próximos 10 anos “conseguir um estado de integração avançada dos Cuidados Paliativos em todo o sistema de saúde, tal como descrita pela OMS” (p.30).

Os cuidados em fim de vida representam uma componente significativa dos CP e podem ser aplicados nas últimas horas, dias e/ou semanas de vida, com o objetivo de aliviar o sofrimento. Contudo, para além dos cuidados em fim de vida, muitas outras situações são comuns ao doente crítico internado nos SMI, que exigem do Enfermeiro uma intervenção especializada/diferenciada.

Saber reconhecer os múltiplos sintomas que o doente apresenta e que têm repercussão direta no bem-estar do mesmo, assim como avaliar e tratar adequadamente estes sintomas é uma prioridade no cuidado ao doente com necessidades paliativas. Importa salientar que os CP poderão ser estabelecidos em fases mais precoces da evolução da doença e segundo Fonseca (2012), que referencia a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), “não são apenas os doentes incuráveis e avançados que poderão receber estes cuidados (...), a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção de CP, aqui numa perspetiva de suporte e não de fim de vida” (p.9), ou seja, recorre-se aos CP numa intenção de complementar ações curativas e de apoio, a fim de aliviar os sintomas e o sofrimento associado àquela situação de doença. Esta perspetiva coaduna-se com a admissão de um doente complexo e grave na UCI. Segundo Alves (2015) “a pessoa gravemente doente, internada em Cuidados Intensivos, é frágil e vive na

vulnerabilidade (...), está continuamente ameaçada por elementos externos e internos à sua condição de doente” (p.36).

Passo agora a explorar alguns dos problemas mais frequentes que podem requerer intervenção paliativa em MI.

A dor aguda na pessoa em situação crítica tem uma inquestionável importância, permitindo sinalizar uma lesão ou disfunção orgânica e, por ser um sinal vital e um sintoma limitado no tempo, deve ser controlado (DGS, 2013). Todavia os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor no doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade dos mesmos perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o internamento em CI. Esta constatação é partilhada por Puntillo et al. (2014; 2016), ao referir que doente crítico experiência dor, desconforto e ansiedade, sintomas estes que podem estar associados à própria doença ou advir dos cuidados ou procedimentos dos profissionais de saúde. Acrescentam ainda que há relatos de que a maioria daqueles que foram doentes críticos recorda experiências de dor. A literatura é unânime em identificar a dor como um dos sintomas identificados nos doentes em CI e de acordo com Carvalho (2018) “numa UCI estima-se que a grande maioria dos doentes experienciem o fenómeno doloroso e muitos, após a alta” (p.39). Relativamente a este sintoma, pude constatar através da análise dos dados inerentes ao questionário aplicado por mim, no SMI do SESARAM em 2019, que 100% da amostra identificou a dor como um dos sintomas mais frequente nos seus doentes.

Tal como anteriormente referido, o enfermeiro tem um papel fundamental no controlo da dor, devendo dar primazia ao processo de avaliação da mesma, utilizando escalas de avaliação da dor padronizadas, conforme se trate de doente comunicante ou não. Relativamente ao controlo da dor, Cardoso et al. (2017), defendem ser fulcral determinar outras estratégias para além das farmacológicas que possam “complementar o controlo da dor e serem geridas por Enfermeiros autonomamente” (p.91).

É fundamental que o enfermeiro selecione as intervenções não farmacológicas, tendo em atenção as preferências do doente e atendendo à evidência científica. Devlin et al. (2018); Martorella (2019); Nordness et al. (2021), entre outros, são defensores das terapias não farmacológicas no controlo da dor do doente crítico, nomeadamente a utilização da massagem terapêutica da região dorsal, dos pés e das mãos, a utilização de terapia com frio, a terapia de relaxamento e a musicoterapia, com resultados eficazes na redução do score em valores superiores a dois pontos na escala numérica da dor. Pelo que quando associadas à terapêutica farmacológica, condicionará uma menor dose de analgésico. Estes autores,

também abordam a importância da família ou pessoa significativa, na interação com o doente sedado, para que a voz seja familiar assim como o envolvimento da mesma na terapia de massagem de conforto.

Já em 2015, Hetland et al. referiam que a evidência aponta a musicoterapia como intervenção efetiva para minimizar alguns sintomas apresentados pelo doente internado em MI. Destacam a sua eficácia no processo de desmame ventilatório, promovendo o alívio da ansiedade, e considerada por isso uma intervenção potencial para reduzir custos e aumentar a satisfação do doente. Também Aktas e Karabulut (2015) demonstraram que a musicoterapia é uma prática com resultados na redução da dor, assim como no controlo dos níveis de sedação em doentes com ventilação mecânica, durante a técnica de aspiração de secreções endotraqueais. Ainda, consideram a musicoterapia uma intervenção de enfermagem não invasiva, sem gastos acrescidos e sem efeitos secundários.

No que diz respeito à realidade em Portugal, existem profissionais do mundo da música que atuam em algumas instituições de saúde, cujo objetivo perspetiva a melhoria da QV dos doentes internados. Estes profissionais de saúde pertencem à Associação Portuguesa De Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade (APMHIS). A Música nos Hospitais é um projeto de intervenção musical, inovador que incita a humanização e melhoria da QV em contexto de cuidados de saúde. A sua atividade remonta a abril de 2006, embora a associação sem fins lucrativos tenha dado os primeiros passos dois anos antes com a fundadora e Presidente da Associação de Música nos Hospitais a Dra. Ana Jorge, Pediatra de profissão. É constituída por um grupo de 22 músicos profissionais com formação própria para se poderem movimentar com segurança e competência em circuitos hospitalares, sejam eles serviços de Pediatria, Oncologia, Cuidados Intensivos Pediátricos, Maternidades e também a nível da Geriatria e de instituições Prisionais. Atuam em Lisboa, Almada, Santarém e Porto, num total de 11 instituições: sete Hospitais, uma Maternidade e três Lares. A intervenção destes músicos, que atuam sempre em grupos de duas pessoas, não está unicamente direcionada para a pessoa que está doente, mas também para todos aqueles que estão com ele, os pais das crianças, os familiares e também os profissionais de saúde.

Ana Jorge (2013), aquando de uma reportagem televisiva sobre a “Música nos Hospitais”, alegou que “a música oferece algum conforto, promove algum relaxamento e dentro dos espaços de intervenção da arte e da cultura é o mais completo, pois para além da parte recreativa, provoca boa disposição e desenvolve sensibilidades”. Envolve a capacidade para ouvir e de interagir com os outros e acrescenta ainda que “é muito

importante estes (profissionais de saúde) estarem emocionalmente disponíveis para ouvir os outros”.

Nas 23<sup>as</sup> Jornadas de Medicina Intensiva no Porto, que se realizaram de 26 a 27 Setembro de 2019, tive o privilégio de participar numa sessão interativa em colaboração com o Projeto Música nos Hospitais organizado por esta Associação. Foi possível experienciar um pouco do trabalho executado pelos mesmos e inclusivamente, foi discutida a viabilidade destas sessões se realizarem nas UCI de adultos. Sabemos que os ambientes de CI são muito ruidosos, pois para além dos ruídos próprios provenientes dos ventiladores, dos alarmes dos monitores, das bombas infusoras, da própria oxigenoterapia, acrescem ainda as vozes dos profissionais, dos familiares e também o toque do telefone. Com estes momentos musicais, é possível que os doentes se abstraiam dos ruídos da unidade e fiquem concentrados na música, com todo o efeito benéfico já referido e partilhado por Ana Jorge.

A ansiedade, a angústia, a agitação e o *delirium*, são sintomas muito comuns em doentes que se aproximam do fim da vida, mesmo em CI. Por outro lado, a agitação e o *delirium* são frequentes no doente ventilado. De acordo com Ramoo et al. (2018), que cita Michelle Treacy da *University of West London*, 30 a 80% dos doentes em UCI podem desenvolver *delirium*. Esta é uma disfunção cerebral caracterizada pela mudança do nível de cognição em que o doente pode exibir desatenção, desorientação, alteração da memória, nível de consciência reduzido e alterações emocionais (Ramoo et al., 2018). Reportando-se aos resultados obtidos com o questionário aplicado no SMI do SESARAM em 2019, a Ansiedade foi um dos sintomas identificados nos doentes, por 65.2% dos inquiridos.

Ainda Ramoo et al. (2018), alegam que a comunicação com estes doentes é de fulcral importância, de forma a promover a tranquilidade. É importante não descurar a informação sobre os procedimentos a serem realizados nomeadamente nos casos em que o doente se encontra vígil e, sempre que for oportuno, fazer uso do consentimento informado.

A presença da família junto ao doente poderá contribuir para o controlo/prevenção destes sintomas. Todavia no caso de tratar-se de doentes não comunicantes, estas abordagens poderão não ser bem sucedidas, pelo que a terapia ansiolítica e sedativa poderá ser considerada, após a exclusão das causas reversíveis (Bradt & Dileo, 2014). O uso de anti psicóticos poderá ser utilizado nomeadamente em doentes com angústia (Devlint et al., 2018).

Em Setembro de 2018, foram publicados *Guidelines* internacionais para a prevenção e tratamento da dor, agitação, sedação, *delirium* e perturbações do sono em doente adulto em UCI (Devlint et al., 2018; Martorella, 2019; Nordness et al., 2021). A

utilização da *Bundle* ABCDEF em UCI é recomendada dada a sua importante contribuição na redução do *delirium*. Assim, entende-se o ABCDEF do *delirium*: A-Avaliação, prevenção e gestão da dor, B-Treino de despertar e respiração espontânea, C- Escolha da sedação e analgesia, D- Avaliação, prevenção e gestão do *delirium*, E- Mobilização precoce e F- Envolvimento família. Ora, como podemos verificar ao analisar esta *Bundle* ABCDEF, o enfermeiro tem um papel fundamental, na operacionalização da mesma

Outro dos sintomas frequentes em CI é a dispneia, nomeadamente em situações de fim de vida, podendo provocar e/ou agravar a ansiedade (Devlint et al., 2018). Este sintoma, também foi identificado por 82.6% dos profissionais do SMI do SESARAM nos doentes internados, em 2019, estando em concordância com o que diz a literatura.

A utilização farmacológica de opioides poderá ser benéfica na medida em que vai atuar na diminuição da sensação de dispneia (Devlint et al., 2018). Por outro lado, alegam que, a presença de secreções nos doentes intubados poderá gerar desconforto, e a aspiração de secreções não está totalmente recomendada devido à sensação de angústia que poderá provocar. A utilização de anticolinérgicos como a escopolamina poderá ser um ótimo recurso nomeadamente se estivermos perante uma situação de fim de vida. A prescrição medicamentosa para prevenção da dispneia, poderá ser oportuna. Por outro lado a extubação e a suspensão da ventilação invasiva deverão ser ponderadas e avaliadas caso a caso, colocando em prática planos de assistência individualizados.

Dada a sua grande importância, reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispneia do doente crítico são fundamentais, pelo que a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) e a OPcare 9 (Projeto Europeu que pretende otimizar os cuidados em fim de vida), recomendam o recurso a grupos farmacológicos, nomeadamente os opioides, os neurolépticos, as benzodiazepinas e os anti muscarínicos (Machado et al., 2018).

A pele é um órgão em risco de lesão pela imobilidade a que o doente em UCI está sujeito. Por outro lado, o catabolismo aumentado, a administração de esteróides e de vasoconstritores ao doente crítico são fatores de risco de lesão da pele (Chaboyet et al., 2018). O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção das lesões da pele, (prevenção das lesões por pressão), assim como no controlo da infeção. Daí a recomendação de posicionamento de 2/2 horas, os cuidados de higiene bidários nos casos de prurido, uso de dispositivos cutâneos, aplicação de hidratante da pele, cuidados oculares frequentes com água e aplicação de lubrificante ou lágrimas artificiais, a aplicação de espumas nos calcâneos e região sagrada, a utilização de colchões apropriados, fototerapia, uso de

sistemas de continência fecal (Tayyib & Coyert, 2016; Coyert et al. 2017; Pather et al., 2017).

A sede, a xerostomia ou simplesmente a boca seca, foram considerados os sintomas mais angustiantes e intensos experimentados pelos doentes com alto risco de morrer (Puntillo et al. 2010; Oechsle et al. 2014). A sede e a xerostomia, também foram sintomas identificados, por 45.7% dos profissionais do SMI do SESARAM em 2019.

Reconheço que, a sede é um dos sintomas que o doente crítico poderá apresentar e para o qual os profissionais de saúde não estão despertos, nomeadamente no doente ventilado e não comunicante. O mesmo não acontecendo com a xerostomia, que, por ser um sinal visível a olho nu, não é descurado da prática diária dos enfermeiros do SMI do SESARAM. Estes, na sua prática diária, têm uma particular atenção à higiene oral do doente crítico, não só pelo conforto mas também por ser uma intervenção fulcral no “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção associada a intubação (PAI), e descrita na Norma 021/2015 da DGS.

Para a xerostomia existe um conjunto de intervenções, que envolvem os substitutos de saliva. Todavia para combater a sede poderá ser utilizado o gelo estéril, os *sprays* de água fria, esponjas com água, hidratação labial assim como a escovação suave (Puntillo et al. 2010).

A fome no doente crítico com alto risco de morrer, foi considerada uma preocupação maior que a dor de difícil gestão (Miller, 2017), contudo a supressão do peptídeo *Ghrelin*, em determinados doentes críticos pode diminuir o apetite. Por outro lado, a alimentação artificial poderá causar desconforto, pelo que a necessidade de nutrição deverá ser vista caso a caso. Muitas culturas e religiões atribuem um valor simbólico à nutrição e hidratação. No entanto, alguns autores defendem que em situações de fim de vida, manter a hidratação e a nutrição, pode ser um processo doloroso e angustiante, na medida em que é necessário a utilização de uma sonda naso ou orogástrica, podendo surgir situações de distensão abdominal, provocando desconforto e aumentar o sofrimento. A *Clinically Assisted Nutrition and Hydration* (CANH) poderá ser motivo de discórdia com a família, atendendo às culturas e religiões, como já referi. De acordo com Critical Medicine 2019, a Associação Médica Britânica (*British Medical Association*) e a *Royal College Physicians* (2018), alegam que a suspensão da CANH em situações de estado vegetativo não necessita de aprovação do tribunal. Em Portugal a literatura fala em Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação (CVAH), que citando Oliveira e Reis (2021) tem “sido referida com outras denominações, incluindo: recusa voluntária de alimentos e líquidos,

desidratação terminal voluntária, morte voluntária por desidratação, desidratação terminal, interrupção de comer e beber, recusa do doente em hidratação e nutrição e comportamento autodestrutivo indireto” (p.48). Os mesmos autores acrescentam que “em Portugal, do ponto de vista legal, não existe enquadramento da CVAH” (p.48), existindo porém “enquadramento legal sobre a recusa de nutrição e hidratação artificiais” (p. 48). Neste âmbito, o doente não só poderá recusar a nutrição e a hidratação artificiais, como também recusar a alimentação e a hidratação por via oral, caso se encontre capaz de decidir. De acordo com as orientações da The European Association for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) a CVAH “é uma decisão ética e legalmente aceitável” (p.51). De acordo com Rodrigues e Pina, o suporte nutricional no doente em CP “é aumentar a qualidade de vida do doente, minimizando os sintomas relacionados à desnutrição e adiar a perda de autonomia, tendo em conta as consequências psicológicas e sociais resultantes dos problemas associados à alimentação” (OM, 2020).

Em CP, o apoio à família e/ ou cuidadores é tido em atenção e considerada uma das quatro vertentes fundamentais dos CPAL, e encarada com a mesma perspetiva de importância como o controlo sintomático, a comunicação adequada e o trabalho em equipa (Neto, 2016c). Quando falamos em CP em MI, a atenção dispensada aos profissionais de saúde é reconhecida por alguns autores, com a mesma importância, com que é visto o apoio aos familiares e doente conforme descreverei de seguida.

É multifacetada a equipa de CI. O desgaste, a fadiga de compaixão, a lesão moral, a angústia, a dissonância com os cuidados em fim de vida, são factores de risco a ter em atenção nos profissionais que trabalham nas UCI (Panagioti et al., 2018). Os sintomas fisiológicos, como o cansaço/fadiga, as doenças cardiovasculares, gastrointestinais, a dor, a morte prematura, os sintomas psicológicos, a ansiedade e depressão, e o *stress* no trabalho, podem provocar o absentismo ou excesso de presentismo, do profissional de saúde das UCI, com implicações diretas na redução da qualidade do cuidado e aumento dos incidentes adversos, colocando em risco a segurança do doente assim como a satisfação do mesmo (Panagioti et al., 2018). Acompanhar doentes em fim de vida, foi considerado um processo desgastante por 75.6% da população do SMI do HNM, no questionário realizado em 2019, sendo revelador da importância do acompanhamento dos profissionais, nomeadamente o apoio emocional, para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente em fim de vida em UCI.

Um grupo de profissionais de saúde de cuidados críticos, da Fundação Robert Word Johnson em 2003, consideraram o apoio ao profissional de saúde como um indicador

de qualidade no cuidar em fim de vida em UCI, o que é corroborado por Salvagioni et al. (2017), ao alegar que o apoio ao profissional de saúde que trabalha em UCI, deverá ser visto com a mesma importância com que é visto o apoio da família e do doente em UCI, estando contemplado na visão dos CP.

Em situações de fim de vida em UCI, é importante minimizar as intervenções clínicas, para que a pessoa retome a um estado o mais natural possível. Assim e tendo em atenção as recomendações da The Faculty of Intensive Care Medicine (2019), no Reino Unido, a remoção de tecnologia desnecessária assim como desligar os alarmes dos monitores, são procedimentos a serem implementados nesta fase. São ainda recomendadas outras intervenções, nomeadamente a visita de animais de estimação, a iluminação subtil, a música e aromas preferidos do doente assim como a utilização de fotografias. Todavia estas não deverão ser partilhadas sem o consentimento do doente.

Em relação às visitas de animais de estimação, ilustro com uma situação que vivenciei no estágio de opção na unidade de CP do SESARAM. A doente hospitalizada apresentava uma doença fatal, em estado avançado, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), que a impedia de executar movimentos corporais. A única forma de comunicar era através do olhar. Um dia o marido levou o cão para visitar a sua dona, sendo que a reação da doente foi imediata, o seu olhar emanou um brilho de satisfação que não irei esquecer. De início esta cena impressionou-me, cheguei mesmo a sentir um certo desconforto ao ver um cão em cima de uma cama de hospital. Sendo Enfermeira de CI, tinha bem presente as regras inerentes à higiene e prevenção da infeção hospitalar. Contudo, neste ambiente de CP, a prioridade não seria de todo a prevenção da infeção mas a satisfação da doente. E esta satisfação foi comprovada através do olhar, que se modificou aquando da visualização do seu animal de estimação. Com um gesto tão peculiar e simples, conseguiu-se acrescentar um pouco de QV à vida que resta ser vivida por esta doente.

Outra situação a ter em linha de conta em casos de fim de vida em UCI relaciona-se com os medicamentos vasoativos assim como os dispositivos cardíacos sobretudo os cardioversores. A interrupção dos vasoativos não provoca desconforto ao doente. Todavia, deverá ser explicado aos familiares que a morte poderá surgir imediatamente (Cook & Rucker, 2014; Downar et al., 2016; The Faculty of Intensive Care Medicine, 2019). Quanto à desativação do implante cardíaco, é um procedimento a considerar pois impedirá o choque do mesmo, no caso de ritmo desfibrilhável, no fim da vida, constituindo uma recomendação da The Faculty of Intensive Care Medicine em 2019.

Nas decisões de retirada de suporte de vida temos como determinantes os casos de uma muito baixa probabilidade de sobrevivência, uma probabilidade muito elevada de função cognitiva gravemente comprometida e o reconhecimento de que o doente não gostaria de continuar com o suporte de vida se conseguisse falar (Cook & Rocker, 2014). Antes de dar início à interrupção das medidas de suporte de vida, é necessário ter em atenção um conjunto de medidas relacionadas com os intervenientes neste processo, nomeadamente no que diz respeito à equipa multidisciplinar, à logística, como o espaço físico onde se encontra o doente, e ao doente propriamente dito e à família. Não existe uma abordagem técnica universalmente aceite; no entanto, a maioria dos contextos inclui variações e combinações de não escalação das intervenções atuais, retenção de intervenções futuras e retirada de algumas ou de todas as intervenções, exceto aquelas necessárias para o conforto (Cook & Rocker, 2014). Ainda, estes autores defendem que o processo de retirada das medidas (se descontinuidade imediata ou gradual) deverá ser considerado com cuidado.

A ventilação mecânica é a medida de suporte a ser retirada na maioria dos casos; contudo, existem requisitos legais, religiosos, normas sociais e também as preferências médicas a interferir ou influenciar este processo de retirada. O recurso à VNI poderá ser uma atitude de conforto nos últimos dias de vida.

Um grupo de estudos no Canadá, em 2016, publicou diretrizes para orientar os clínicos nos aspetos práticos da retirada de terapias de suporte de vida, aos doentes cujo objetivo será o tratamento paliativo em situação de fim de vida (Downar et al., 2016). Estas diretrizes vão ao encontro do que Cook e Rocher já defendiam em 2014, ao referir que qualquer que seja a abordagem usada, a terapia farmacológica individualizada, irá depender dos níveis de analgesia e sedação no momento da decisão de renunciar ao suporte à vida. Assim sendo, urge garantir o alívio da dispneia, da dor, da ansiedade, e de outros sintomas angustiantes. A equipa multidisciplinar poderá atenuar o *stress* dos membros da família, discutindo o que provavelmente acontecerá durante o processo de morte, nomeadamente os ruídos respiratórios que o doente irá apresentar, a coloração da pele, assim como garantir que as medidas a instituir irão contribuir para o alívio do sofrimento confirmadas pela aplicação de escalas de avaliação (Downar et al., 2016).

Cook e Rocker (2014) e Hartwick e Lisa (2019), referem um estudo realizado pelo grupo de trabalho da Fundação Robert Wood Johnson e 15 equipas de Enfermeiros e Médicos da América do Norte em 2003, sobre as práticas de cuidados em fim de vida em UCI, que indicou sete domínios principais para a melhoria da qualidade dos cuidados, considerando-os como Indicadores de Qualidade, no cuidar em fim de vida em UCI:

- 1- A Tomada de Decisão, Centrada no Doente e na Família;
- 2- A Comunicação;
- 3- A Continuidade de Cuidados/Tratamentos;
- 4- O Suporte Emocional;
- 5- O controlo dos Sintomas e Cuidados de conforto;
- 6- O apoio Espiritual;
- 7- O Suporte Emocional e Organizacional para os profissionais de saúde das UCI.

Como podemos constatar, estes sete domínios comungam da filosofia dos cuidados paliativos.

Ainda Harttwick e Lisa (2019) acrescentam que quando os doentes e familiares foram questionados para definirem a qualidade de CP em UCI por palavras próprias, fizeram uma lista com cinco *itens*:

- 1- Comunicação atempada, clara e compassiva;
- 2- A tomada de decisão clínica baseada nas preferências, objetivos e valores dos doentes;
- 3- Cuidados aos doentes mantendo o conforto, a dignidade, e a personalidade;
- 4- Cuidados familiares com acesso aberto aos doentes, e apoio interdisciplinar na UCI;
- 5- Cuidados à família durante o luto.

Ainda no que concerne ao doente em situação de fim de vida em UCI, a transferência pode ser desejável para aquele cuja probabilidade de morte se situe entre 24 a 48h. Exige um planeamento antecipado e uma gestão cuidada para evitar a sensação de abandono. Segundo o Guia das Boas Práticas Discussion and Decision-Making in and around Critical Care, da The Faculty of Intensive Care Medicine ( 2019) (Faculdade de Medicina de Cuidados Intensivos do Reino Unido), aproximadamente 6% dos doentes internados em UCI no Reino Unido recebem alta para o domicílio, e uma pequena parte destes são transferidos para o domicílio para morrer. Contudo, uma grande parte deste grupo vai para casa para cuidados em fim de vida, com a particularidade de terem uma trajetória clara e esperada de morte, após a suspensão do tratamento. Estes doentes continuam a ter acompanhamento médico e de enfermagem dos CI. Esta não é de todo a realidade vivida nos nossos serviços de MI. Mas apraz-me acrescentar que não acho esta medida inapropriada e desfasada da realidade portuguesa, dado que, já estamos a dar os primeiros passos no internamento no domicílio, sendo uma medida a ser implementada em futuro

próximo na ilha da Madeira, quiçá do doente crítico em fase terminal com necessidades paliativas.

Os custos com a saúde são um dos principais problemas económicos dos países desenvolvidos. É essencial identificar estratégias de oportunidade para limitar os custos de assistência médica, enquanto, concomitantemente se promove uma melhoria da qualidade do cuidado. Os doentes mais caros do sistema de saúde são aqueles que têm longas estadias de internamento nas UCI. Estes têm uma probabilidade de sobrevivência baixa, conforme ditam os *scores* de gravidade: Simplified Acute Physiologic Scale (SAPS) II e Age, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II e também a Sequential Organ Failure Assessment (SOFA).

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Intensiva, os SMI/UCI são responsáveis por cerca de 13.4% do total de custos hospitalares, cerca de 4.1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0.56% do produto nacional bruto, nos países mais avançados (RNEHR, 2017). Já em 2012 Curtis et al., referiam que nos EUA mais de 25% dos custos em saúde são gastos no último ano de vida e aproximadamente 20% das mortes ocorrem na UCI ou logo após a sua permanência na unidade e a proporção de óbitos em CI vem aumentando na última década.

Das mortes que ocorrem em UCI, a maioria envolve decisões de interromper tratamentos de manutenção de vida, sugerindo que a qualidade dos CP e de fim de vida é criticamente importante no ambiente de CI, conforme confirmam Cook e Rocker (2014) e Hartwick e Lisa (2019). Todavia acrescentam que alguns Intensivistas acreditam que a vida deverá ser prolongada a todo o custo apesar da pouca probabilidade de sucesso, sendo difícil interromper os tratamentos curativos da doença sem que o doente tenha demonstrado antecipadamente essa vontade em Plano Antecipado de Cuidados (PAC) correspondendo às DAV.

Trata-se de um processo através do qual o adulto capaz, reflete e discute as suas crenças, valores e desejos, sobre os cuidados de saúde que deseja receber no fim da vida. Inclui o procurador de cuidados, que é a pessoa delegada pelo doente para o representar, caso não esteja capaz de o fazer, para fazer valer os seus desejos em fim de vida. Neste plano estão contemplados o consentimento para o tratamento e a suspensão do mesmo.

As diretrizes antecipadas de cuidados e discussões sobre cuidados em fim de vida, segundo alguns autores, resultam na qualidade dos cuidados prestados com custos reduzidos. Isto vai ao encontro do que afirmam Hua et al. (2013), de que a prática de CP nos EUA tem sido associada ao aumento das taxas de diretrizes avançadas formalizadas,

com repercussões na diminuição do tempo de internamento nas UCI, aumento da estratégia paliativas e diminuição das Terapias Não Benéficas.

De acordo com Hartwich e Fischer (2019), referindo-se a um estudo elaborado em 2013 pelo Canadian Hospice Palliative Care Association, 86% dos canadianos não possuíam PAC, 50% discutiram com um familiar ou amigos sobre os desejos em fim de vida e 10% falaram na possibilidade dos Cuidados Intensivos. Ainda, 70% dos canadianos inquiridos preferem cuidados em fim de vida no domicílio, contudo, estranhamente, 50% dos canadianos morrem no hospital. Em Portugal e de acordo com um estudo epidemiológico realizado em 2010, o local de morte preferido pela maioria da população estudada foi a casa própria ou de familiar ou amigo em cerca de 51.2% e a preferência em morrer no hospital foi manifestada por 8.2 %. Todavia faleceram nos hospitais e clínicas portuguesas 61.7% da população, contrariando as expectativas anteriormente manifestadas, já que só 8.2% manifestou preferência para morrer no hospital e 29,6% faleceram em domicílio muito aquém dos 51.2% que manifestaram querer o domicílio para local de morte (Gomes et al., 2013).

Em Portugal, o debate em torno da legislação das Diretivas Antecipadas de Vida (DAV) iniciou-se em 2006, na sequência de uma proposta da Lei elaborada pela Associação Portuguesa de Bioética (APB) e foi aprovada em Assembleia da República em Julho de 2012, Lei nº25/2012, de 16 Julho. Esta lei regula as DAV designadamente sob a forma de Testamento Vital e a nomeação de Procurador de Cuidados de Saúde, assim como cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Isto veio contribuir para que a pessoa enquanto capaz, possa definir os seus desejos de cuidados para o fim de vida.

Retomando a perspetiva da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em Medicina Intensiva/doente crítico, também a Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica & Unidades Coronarias (SEMICYUC, 2017) preocupada com o tema, em 2005 elaborou um conjunto de Indicadores de Qualidade para o doente crítico. As versões são atualizadas, e as últimas datam de 2017. Dos 120 Indicadores de Qualidade do doente crítico, apenas dois estão relacionados com o doente em fim de vida, nomeadamente o indicador 110 “Adequação dos cuidados em fim de vida “ e o 115 “ Limitação do Tratamento de Suporte Vital” (LTSV). Isto é revelador já de alguma preocupação com a importância dos CP em MI, nomeadamente, garantir a qualidade dos cuidados em situações de fim de vida (ver Anexo). Apesar do SMI onde exerço funções adotar alguns indicadores de qualidade do SEMICYUC, estes dois indicadores (110 e 115) ainda não são trabalhados, não havendo protocolos a adotar em situações de fim de vida.

Incrementar os CP em MI, é apontar o caminho de respeito pela vida humana, dado que, e citando Coelho et al. (2014) “os meios tecnológicos sofisticados, imprescindíveis para uns, tornam-se para outros, negação da morte e sofrimento” (p.42), sendo imprescindível esta parceria de forma a existir uma fusão e partilha de saberes cuja prioridade é sem dúvida o doente, a família e o seu bem estar (Alves, 2019).

Concluindo, considero pertinente a adoção da filosofia dos CP em contexto de MI, em concordância com o que o que relata (Gulini et al. 2017)

Torna-se necessário que o CP se integre ao ambiente de UTI e se consolide como uma filosofia de cuidado que busca prover o alívio da dor e de outros sintomas, e dar suporte espiritual e psicossocial ao fim da vida e no luto (p.2).

## **2.2. Caracterização da perceção da equipa Médica e de Enfermagem do SMI do SESARAM, sobre a necessidade dos CP em contexto de CI.**

Tal como referido anteriormente, foi meu objetivo, caracterizar a perceção dos profissionais de saúde do SMI do SESARAM, (Enfermeiros e Médicos) sobre a necessidade dos CP em contexto de CI, sendo esta etapa primordial para a consecução do projeto que me propus implementar no SMI do SESARAM, já como Enfermeira Especialista, cujos resultados aqui apresento de forma sucinta, sendo mais completos no Apêndice A.

Utilizei, como referência um questionário elaborado pela Diretora da UCP do SESARAM, que se disponha a conhecer o que representam os CP para os profissionais da RAM (Rede Regional de Cuidados Paliativos). Após o consentimento da autora, adequiei algumas questões à realidade da MI. Com o propósito de validar as questões tive a colaboração da Sra. Enfermeira Chefe da UCP e de uma Enfermeira com longa experiência em CP, detentora de um Curso de Pós graduação em CP a exercer funções na UCP.

Após este processo no dia 7 de maio de 2019 enviei aos enfermeiros e aos médicos do SMI um *email* a solicitar a colaboração de todos para responderem a um breve questionário, com a indicação para acederem ao link, que daria acesso ao respetivo questionário. A 3 de junho de 2019 dei por encerrada a recolha dos questionários, tendo obtido 70,5% da população alvo. A divulgação dos resultados deste estudo à equipa do SMI foi protelada para uma data futura em função do despoletar da pandemia Covid19. O objetivo da divulgação será efetivar a necessidade e a possibilidade de integração dos CP no SMI.

Os resultados obtidos através da aplicação do questionário – Necessidades paliativas em Cuidados Intensivos: qual a perceção dos Enfermeiros e dos Médicos do SMI

do SESARAM, foram analisados e interpretados, através de representações gráficas que constam no Apêndice A.

Caraterizando a amostra sócio demograficamente e quanto ao grupo etário, posso realçar que a maioria se encontra no grupo etário dos 30-39 anos de idade (52.2%), elucidando uma população jovem. Quanto ao género não se observa diferenciação, já que 50% são do sexo feminino e 50% do sexo masculino. No que concerne ao grupo profissional, a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros (80.4%), todavia seria expectável obter estes dados já que a equipa de enfermeiros em números relativos é superior à do grupo dos médicos. Relativamente à formação em CP, a maioria da amostra não possui formação (80.4%) e só 19.6% possui formação. Do grupo com formação, 44.4% têm Formação Básica (21H), 44.4% com Formação Pós Graduada e somente uma pessoa com Mestrado. Destaco na amostra um médico com Formação Básica, enquanto os restantes são enfermeiros.

À questão *na sua prática clinica utiliza a questão ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1ano, meses semanas e dias*. A maioria da população indagada, cerca de 41.9% não pensa nessa questão, contrastando com os 23.3% que não a considera aplicável. Apesar de não utilizarem a questão na sua prática clinica, 11.6% não ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1ano, 4.6% em 6 meses, 4.6% em 1mês e 14% aos 15 dias. Esta questão é muito importante e é considerada a pergunta surpresa integrada no The Gold Standarts Framework; “Ficaria surpreendido se o seu doente morresse nos próximos 12 meses?” Surgiu em 2011 no Reino Unido e é considerado um instrumento de identificação de doentes com necessidades paliativas. Foi reconhecida como fulcral para identificar os doentes com mau prognóstico e que beneficiariam de acompanhamento de cuidados paliativos.

Passando à questão *na sua prática clinica clinica com que frequência acompanha doentes com doença incurável, avançada, progressiva, ou em fim de vida, pensando nos últimos 3 meses*. Assim, cerca de 35.6% da amostra acompanhou entre 5 a 9 doentes, 24.4% acompanhou mais de 20 doentes, 17.8% entre 10 e 19 doentes e por último 13.3% da amostra estudada, acompanhou menos de 5 doentes. Estes dados são reveladores de que praticamente todos os profissionais acompanharam doentes com doença incurável avançada, progressiva e em fim de vida, sendo de realçar uma percentagem significativa, que acompanhou mais de 20 doentes num espaço de tempo de três meses. Isto leva-nos a pensar na pertinência dos cuidados paliativos em intensivos.

À questão *nos doentes que acompanha, quantos pensa terem sobrevida num período inferior a 1ano?* Em relação a esta questão, 30.4% pensa que entre 5 a 9 doentes terão sobrevida inferior a 1ano, 21.7 % menos de 5 doentes, 26.1% acha que entre 10 e 19 doentes e 13% da amostra acha que mais de 20 doentes terão sobrevida inferior a 1ano.

Esta questão está relacionada com a questão *ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1 ano, meses semanas ou dias.* Constatou-se que apesar de não utilizarem a questão surpresa na sua prática clínica, acompanham doentes que julgam ter uma sobrevida inferior a 1ano, e como tal encontram-se no grupo de doentes que tem indicação para CP. A identificação precoce destes doentes é importante em cuidados intensivos através de ferramentas já estudadas, de forma a permitir uma intervenção estruturada e centrada nas necessidades concretas do doente, evitando sofrimento e práticas que em nada contribuem para a sua estabilidade e conforto (Jorge, 2015).

Em relação à questão *já referenciou doentes para a equipa de cuidados Paliativos do SESARAM?* Constatou-se que 84.8% da amostra estudada nunca referenciou doentes para a equipa de CP e somente 15.2% já o fez. Isto vai ao encontro da minha apreciação da prática clínica no SMI, pois que só recentemente, tenho verificado a preocupação de alguns profissionais de saúde do SMI em transferir doentes para a unidade cuidados paliativos.

Em relação à questão *acha que a referenciação precoce para os cuidados paliativos, é benéfica para o doente /família e para os e serviços?* Respondeu afirmativamente a esta questão 100% da população estudada, porém, só 58.7% justificou a resposta, aludindo à importância do controlo sintomático, ao alívio do sofrimento, à promoção do conforto e da dignidade no fim de vida e à melhoria da qualidade de vida. Todas estas respostas vão ao encontro dos objetivos dos cuidados paliativos, conforme estão explanados no plano estratégico de cuidados paliativos biénio 2018-2019.

À questão *quais as barreiras que encontra no seu dia-a-dia para referenciar para cuidados paliativos;* a falta de formação específica, foi a resposta dada pela maioria da amostra (52.3%), um grupo considerável não apresentou dificuldades (20.5%), 7% não sabe como fazê-lo e 9.1% alega a ausência do serviço disponível.

Em relação à questão *considera que necessita de formação específica em CP para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes;* 95.7% dos profissionais de saúde do SMI, considera ter necessidade de formação específica em CP, para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes. Esta resposta está em sintonia com a questão anterior, ao relatarem a necessidade de formação específica para o processo de referenciação de doentes para os CP. Apercebemo-nos pois de que a formação nesta área é uma necessidade sentida pela maioria

dos profissionais de saúde do SMI que responderam ao questionário. Isto vai ao encontro da minha pretensão (possibilitar a formação), expressa numa das fases do projeto a ser implementado no SMI.

Em relação à questão, *no seu entender os CP fazem sentido numa Unidade de Cuidados Intensivos*; 89.1% da amostra afirmou que os CP fazem sentido numa UCI.

No que diz respeito à questão; *Neste preciso momento, ficaria surpreendido se algum doente ao seu cuidado falecesse dentro de dias, meses, 1 ano?* Da análise dos dados obtidos pude constatar que 93.5% da amostra não ficaria surpreendida se algum doente falecesse dentro de dias, meses, ou 1 ano, sendo revelador de que no SMI haveria doentes com “perfil” para serem transferidos para uma unidade de CP ou iniciar medidas paliativas, conforme o preconizado pela Sociedade Portuguesa de CP.

Em relação à questão *concorda com a afirmação: os CP devem ser uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde*; realço que 93.5% da amostra concorda com a afirmação. Esta afirmação é muito pertinente e reveladora da consciencialização dos profissionais de saúde do SMI sobre os cuidados paliativos. De acordo com a OMS, os CP são considerados um “dever ético para os profissionais de saúde e um Direito Humano e Social da Pessoa e Família” (PEDCP 2020-2022, p.14).

Em relação à questão *concorda com a afirmação: a identificação dos doentes com necessidades paliativas na UCI deve começar na admissão e continuar até a alta hospitalar*, pude verificar que 95.7% da amostra concorda com a afirmação supracitada. Estamos perante o novo paradigma no que diz respeito aos CP em CI. Vários autores recentes são defensores de que os CP devem iniciar ao mesmo tempo que os cuidados “ditos de cura” à admissão do doente nas UCI. Isto é revelador de que a equipa do SMI está disponível a caminhar neste novo paradigma, a integração da Medicina Paliativa na Medicina Intensiva, conforme é a pretensão do Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva da SPCI. De acordo com a OMS, “os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só melhorando a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, como reduzindo hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde” (PEDCP 2021/2022 p.4).

Em relação à questão *no seu entender acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente, no processo de decisão e gestão do plano terapêutico*; 100% da amostra acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente com necessidades paliativas no processo de decisão e gestão do plano terapêutico. Já em 2012, Fonseca defendia o envolvimento da família no processo de decisão, alega que

“não só porque esta é parte integrante e fundamental do doente, mas também, para que possa defender, compreender ou aceitar as atitudes tomadas pelo doente” (p.24).

Em relação à questão *Na sua Prática Clínica identifica nos seus doentes os seguintes sintomas*: A Dor foi o sintoma identificado por 100% da amostra estudada, seguindo-se a Tristeza e Depressão por 84.8% da amostra, a Dispneia por 82.6%, a Ansiedade por 65.2%, a Fadiga por 60.9%, o Medo por 56.5%, a Sede/xerostomia por 45.7% e por último as Náuseas e Vômitos, por 41.3% da amostra estudada. De realçar a dor como o sintoma identificado por 100% da amostra. Ferreira et al. (2014a) alegaram que num estudo prospetivo, 75% dos doentes internados em UCI reportaram dor severa, enquanto que em 2018, Devlin et al., referem que o doente crítico evidencia dor moderada a intensa mesmo em repouso e durante os procedimentos iniciais e subjacentes ao internamento em Medicina Intensiva. Perante os resultados apurados nesta questão, esmera-se a pertinência dos CP em MI.

Após análise destes dados, tiro algumas ilações que me levam a acreditar que os profissionais do SMI do SESARAM, estão disponíveis para caminhar nesta pretensão dos CP em MI, reconhecendo as necessidades formativas reveladas ao longo do questionário.

A formação consta de um eixo estratégico no PEPCP 20210-2022, sendo “fundamental para a constituição de novas equipas/ unidades, para o desenvolvimento de competências em CP das equipas multidisciplinares e para garantir os diferentes graus de complexidade das intervenções” (p.30).

### **2.3. Perspetivando o futuro**

Tal como elucidado na Introdução, no projeto elaborado no decorrer do Mestrado em EMC foram definidos vários objetivos, quatro dos quais para dar seguimento após o término do curso. Assim, implementaram-se os dois primeiros objetivos nomeadamente Fundamentar a Necessidade de CP em MI e caracterizar a perceção da equipa médica e de enfermagem do SMI do SESARAM sobre Cuidados Paliativos em contexto de CI. Ficam a faltar as seguintes etapas do projeto a serem realizadas já como Enfermeira Mestre:

- 1- Caracterizar o doente alvo de uma intervenção paliativa sistematizada no SMI, para o qual pretendo questionar a equipa do SMI, definir os critérios de inclusão dos doentes alvo de uma intervenção paliativa, fazer discussão na equipa, proceder à avaliação dos critérios do doente alvo dos cuidados e por último, fazer avaliação das necessidades da

equipa no que concerne aos Instrumentos de Avaliação/Escalas na admissão do doente crítico;

2- Identificar as necessidades formativas da equipa do SMI sobre Cuidados Paliativos. Através da análise dos dados obtidos com o questionário, ficou bem evidenciada a necessidade de formação sobre CP manifestada pela equipa do SMI. Contudo, pretendo aplicar uma ficha para avaliação das necessidades formativas específicas nesta área de CP utilizada na UCPaliativos do SESARAM., assim como elaborar um plano de formação de acordo com as necessidades;

3- Elaborar o protocolo para uma intervenção paliativa sistematizada no doente internado no SMI. Para concretizar este objetivo, pretendo elaborar um guia de atuação, promover o envolvimento de elementos chave da equipa do SMI (enfermeiros e médicos) e proceder à validação por peritos;

4- Solicitar a aprovação do Conselho de administração para testagem, análise e implementação acompanhada de monitorização.

## **CONCLUSÃO**

A elaboração deste relatório permitiu-me cumprir os objetivos propostos para o mesmo, evidenciando-se as Competências de Especialista e Mestre em EMC desenvolvidas e consolidadas em contexto de Estágio em SU, a análise crítica do desenvolvimento das mesmas no meu percurso profissional em contexto de CI e ainda no Estágio de Opção direcionado para o CP em CI. Sublinho neste relatório o meu envolvimento num projeto de Autoformação subordinado ao tema “ Os Cuidados Paliativos em contexto de Medicina Intensiva”, cujo objetivo será de, no futuro próximo, contribuir para a implementação da sistematização dos Cuidados Paliativos no SMI do SESARAM.

Com a evolução da Ciência e da tecnologia, somos confrontados com uma realidade diferente da dos nossos antepassados, o que nos colocam algumas questões do ponto vista ético. Reconheço que, não podemos agir de forma automatizada desprovidos de pensamento crítico, apesar do tecnicismo ao nosso dispor ser de grande utilidade, mas enaltecendo e incentivando uma prática profissional baseada na evidência científica, em que mesmo em CI, onde existem técnicas de alta complexidade, toda a equipa multidisciplinar deverá agir com intuito de, não só salvar vidas como também evitar o sofrimento do doente e família, zelando pela dignidade. Mesmo num ambiente altamente tecnológico, como é o dos CI, é possível humanizar os cuidados. E aprez-me citar Bermejo (2008): “a técnica é um meio que, mais que desumanizar, pode humanizar, dependendo de como é utilizada”, pois a minha experiência permite corroborar essa afirmação.

A promoção do conforto, o alívio da dor e o controlo sintomático, são intervenções cruciais, na otimização da qualidade de vida de qualquer doente crítico no SMI e não se destinam exclusivamente à última etapa da vida. Também a comunicação eficaz, a relação terapêutica e suporte emocional ao doente e família assim como a colaboração multidisciplinar, inerentes à filosofia dos C P, podem coadjuvar na área dos C I desde a admissão do doente crítico, como defendem Cook & Rocker (2014), Catalão (2015) e Coelho e Yankaska (2017) e outros. Ainda de acordo com Coelho e Yankaskas (2017) esta parceria entre Cuidados Paliativos e Intensivos, com a qual concordo na sua plenitude, é imprescindível para podermos caminhar na vertente do respeito pela vida humana.

Mesmo numa UCI tal como numa UCP, é possível proporcionar um tratamento com cuidados adequados, “deixar morrer no tempo certo, não retardar, nem acelerar a morte, dar uma resposta eficaz ao alívio dos sintomas, sem uma obsessão constante pela cura ou

prolongamento da vida” (Coelho et al 2014, p.41). A família deverá estar inserida na dinâmica dos cuidados, assim como “ privilegiar as decisões e opções do doente, visando sempre a qualidade e o bem-estar de cada pessoa” (Coelho et al, 2014, p. 41).

Nesta senda, foi surpreendente o conhecimento obtido com o questionário aplicado aos profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos do SMI do SESARAM, revelador da sensibilidade dos mesmos para a importância dos CP em MI, de forma a dar os primeiros passos, na implementação do projeto a que me propus ao longo do Mestrado em EMC.

Destaco a necessidade de formação específica em C P para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes, manifestada por 95.7% dos profissionais questionados, destaco ainda que 89.1% destes profissionais acham que os CP fazem sentido numa UCI; que 93.5% da amostra não ficaria surpreendida se algum doente falecesse dentro de dias, meses, ou 1 ano; que 95.7% da amostra concorda com a identificação dos doentes com necessidades paliativas no SMI na admissão e continuar até a alta hospitalar; que a Dor foi o sintoma identificado por 100% da amostra, a Tristeza e Depressão por 84.8%, a Dispneia por 82.6%, a Ansiedade por 65.2%, a Fadiga por 60.9%, o Medo por 56.5%, a Sede/xerostomia por 45.7% e as Náuseas e Vômitos por 41.3% da amostra estudada; e por último, que 100% da amostra acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente com necessidades paliativas no processo de decisão e gestão do plano terapêutico.

Ao longo do percurso formativo, algumas dificuldades foram surgindo, decorrentes na necessidade de conciliar as exigências profissionais, com as atividades formativas, e ainda a vida familiar, mas que foram sendo superadas com determinação e motivação. Talvez o maior obstáculo possa ter sido a inexistência no País, de um contexto de MI onde seja sistemática a intervenção paliativa, o que me desafiou a ser criativa neste percurso.

Em termos de perspetivas futuras, o objetivo proposto é o da continuidade da implementação e divulgação do projeto, e assim como poder ser considerada uma referência na equipa em termos de consultadoria e acompanhamento nesta área, em especial no cuidar no fim de vida. Pretendo também ser elo de ligação entre a equipa do SMI e a equipa do CP.

Entendo que o meu percurso no Desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC foi um *continuum*, e não está terminado, indo ao encontro de Nunes (2004) quando afirma que “os caminhos a percorrer dependem de todos nós, do que soubermos, pudermos e formos capazes de realizar a bem daqueles a quem prestamos cuidados, a bem da profissão, a bem de um agir refletido” (p.3).

Termino esse relatório com uma frase que ouvi recentemente e que faz mote ao tema: a vida é uma experiência que merece ser vivida com qualidade até ao fim.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktas, Y., & Karabulut, N. (2015). The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 21(1), 44-52. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12159>
- Almeida, A. G., Neves, A. L. D., Souza, C. L. B., Garcia, J. H., Lopes, J. L., & Barros, A. L. B. L. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: Complicações relacionadas à equipe, equipamentos e factores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471-476. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- Alves, C. P.L. (2019). *Intervenção especializada de enfermagem no fim de vida em cuidados intensivos* (Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37304/1/Carla%20Sofia%20Pereira%20Lopes%20Alves.pdf>
- Alves, C. S. P. L. (2019), *Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos* (Relatório Mestrado Área de Especialização Pessoa em situação crítica . Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Alves, M. M. R. (2015). *Fim de vida em cuidados intensivos: a(s) prática(s) dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior da Saúde). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1453>
- Amaral, P. M. (2017). *Qualidade da triagem de Manchester e fatores que a influenciam* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=46543&codigo=973#:~:text=A%20Triagem%20de%20Manchester%20\(TM,at%C3%A9%20%C3%A0%20primeira%20observa%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica.](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=46543&codigo=973#:~:text=A%20Triagem%20de%20Manchester%20(TM,at%C3%A9%20%C3%A0%20primeira%20observa%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica.)
- Barbosa, A. (2016). Luto em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 553-652). Faculdade da Faculdade da Universidade de Medicina de Lisboa

- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor manual de estudo: Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bento, V. C. (2017). Competências especializadas à pessoa em situação crítica: das situações urgentes aos cuidados intensivos coronários (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/24536>
- Bermejo, J. C. (2008). *Humanizar a saúde-cuidado, relações e valores*. Vozes
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M, Neto, I. G. (2017) Guia prático da abordagem da agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48-55. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/578>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288(6430), 1597–1599. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Camelo, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1). 192-200. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_abstract&tlng=es)
- Campos, S. F. B. (2014). Necessidades da família em cuidados intensivos: tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://hdl.handle.net/10216/77954>
- Capelas, L. M., Silva, A., Coelho, P., Afonso, T., Durão, S., & Teves, C. (2018) Observatório Português dos Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica.
- Capelas, M. L. (2016). Qualidade e cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 937-954). Faculdade da Faculdade da Universidade de Medicina de Lisboa.
- Cardoso, I. M. T. B. (2014). Cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de acidente multi-vítimas e/ ou catástrofe (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16362/1/Relatório%20de%20Estágio%20Enf.%20Ivo%20Cardoso\\_2º%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20na%20Área%20de%20Especialização%20PSC.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16362/1/Relatório%20de%20Estágio%20Enf.%20Ivo%20Cardoso_2º%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20na%20Área%20de%20Especialização%20PSC.pdf)

Cardoso, L., Salgueiro, D., Mota, L. & Príncipe, F. (2017). A musicoterapia como intervenção autónoma de enfermagem para controlo da dor em UCI: revisão integrativa. *Millenium*, 2(4), 89-97.  
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/12665/10132>

Carvalho, J. I. T (2018) *Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde).  
<http://hdl.handle.net/10174/23452>

Catalão, D. F. G. (2015). *Qual a importância dos cuidados paliativos nos cuidados intensivos?* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81721/2/37489.pdf>

Cicolo, E. A. (2017). Effectiveness of the Manchester Triage System on time to treatment in the emergency department: A systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 15(4), 889-898.  
[https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=4096181&Journal\\_ID=3425880&Issue\\_ID=4095961](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=4096181&Journal_ID=3425880&Issue_ID=4095961)

Coelho, S. P. F., Silva, A. C. R., Costa, T. F.S., Capelas, M.L.V. (2014). Dos intensivos aos paliativos: revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient care* .  
[https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Capelas/publication/279191644\\_Dos\\_intensivos\\_aos\\_paliativos\\_Revisao\\_integrativa\\_da\\_vivencia\\_de\\_um\\_caso/links/558d72c608ae1e1f9bab1680/Dos-intensivos-aos-paliativos-Revisao-integrativa-da-vivencia-de-um-caso.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Capelas/publication/279191644_Dos_intensivos_aos_paliativos_Revisao_integrativa_da_vivencia_de_um_caso/links/558d72c608ae1e1f9bab1680/Dos-intensivos-aos-paliativos-Revisao-integrativa-da-vivencia-de-um-caso.pdf)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIFE® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trans.)  
Ordem dos Enfermeiros

- Cook, D., & Rocker, G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit. *The New England journal of medicine*, 370, 2506-2514. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1208795>
- Costa, A. R. D. S (2018a). Cuidar da pessoa em situação crítica, prevenindo a lesão por pressão associada à ventilação não invasiva (Dissertação de mestrado, Escola Superior De Enfermagem de S. José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/25181>
- Costa, N. S. F. M. (2018b) Cuidados paliativos além-fronteiras: implementação de uma unidade de cuidados paliativos em França (Relatório de Mestrado, Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2202/1/Natalia\\_Costa.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2202/1/Natalia_Costa.pdf)
- D'arco, C., Ferrari, C. M. M., Priel, M. R., & Pereira, L. L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O mundo da Saúde*, 40(3). 382-389. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20164003382389>
- Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M. Diário da República Série I. 223 (19-11-2012). 6663-6664. [Consult. 2 fev. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/304812/decreto-legislativo-regional-35-2012-M-de-19-de-novembro>
- Decreto-Lei nº 10319/14. **Diário da República** Série II. 153 (11-08-2014) 20673-20678. [Consult. 2 fev.. 2021]. Disponível em WWW: <[https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)>.
- Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28- 2-10. [Consult. 02 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho nº 14311-A/2016. Diário da República II Série. 228 (28/11/2016). 2–6. [Consult. 12 mai 2021]. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14311-a-2016-105263926>
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103. [Consult. 12 jul 2021]. 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>-
- Dias, J. A., Suspiro, A. (2017). Queda de árvore provocou 13 mortos no Funchal. *Observador*. <https://observador.pt/2017/08/15/queda-de-arvore-mata-duas-pessoas>-
- DIREÇÃO -GERAL DA SAÚDE – Norma nº 07/DQS/DQCO Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. 2010. Acessível na DGS.
- DIREÇÃO -GERAL DA SAÚDE - Orientação nº 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. 2011. Acessível na DGS
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2017). Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira 2016: Em foco. <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-emfoco-gb/finish/312-saude-em-foco/8703-em-foco-2016.html>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017-02-08. Acessível na DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. 2017. Disponível na DGS.
- Direcção-Geral da Saúde - Circular normativa nº 015/2013. 03/10/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Atualizada a 04/11/2015. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 19/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 20/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 21/2015. 16/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal..
- Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 22/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal
- Downar, J., Barua, R., & Sinuff, T. (2014). The desirability of an Intensive Care Unit (ICU) Clinician-Led Bereavement Screening and Support Program for Family Members of ICU Decedents (ICU Bereave). *Journal of critical care*, 29(2), 311.e319-311.e316. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.11.024>
- Faculty of Intensive Care Medicine. (2019). *A guide to best practice, discussion and decision-making in and a round critical services*.
- Ferreira, A. B. (2019). 29 Mortos e 27 feridos no acidente com autocarro de turismo na Madeira. *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/pais/interior/varios-mortos-em-acidente-com-autocarro-de-turismo-na-madeira-10809120.html>.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014a). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM>.
- Ferreira, P. C., Machado, R. C., Vitor, A. F., Lira, A. L. B. de C., & Martins, Q. C. S. (2014b). Dimensionamento de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Evidências sobre o Nursing Activities Score. *Revista RENE*, 15(5), 888–897. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3267>
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, (5), 183-196.
- Fonseca, S. F. (2012) Cuidados paliativos em cuidados intensivos (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). <http://hdl.handle.net/10400.11/1733>

- Freire, E. R. (2015). Futilidade médica, da teoria à prática; artigo de revisão. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98-102.
- Gay, E. B., Weiss, S. P., & Nelson, J. E. (2012), Integrating palliative care with intensive care for critically ill patients with lung cancer. *Annals of intensive care*, 2(1),3. <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/2110-5820-2-3>
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., Higginson, I. J. (2013). Estudo Epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população Portuguesa. *Acta Medica Portuguesa*, 26(4), 327-334. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/429/3706>
- Gomes, L. F. J. (2019). Cuidar especializado à pessoa em situação crítica: um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca (Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/28848>
- Gómez, C. M. H. (2015). Clinical intensive care medicine. Imperial College Press.
- Gulini, J. E. H. M. B., Nascimento, E. R. P., Moritz, R. D., Rosa, L. M., Silveira, N. R., Vargas, M. A. O. (2017). Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 51, e03221. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>
- Hartwick, M. Fisher, L. (2019), Palliative care in critically ill patients. In D. Oliver, M. Hartwick., L. Fisher, L. Gwyther & M. L. Capelas. *Palliative Care in non-cancer patients: AIDS, critically illy & neurological diseases*, Universidade Católica Portuguesa.
- Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015) Clinical review: Intensive care unit acquired weakness *Critical Care*, 19, 274. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0993-7>
- Jones, A. (2013). Patient safety and gaps management by registered nurses. (Tese de doutoramento, Deakin University). <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30066360>
- Jorge, M. S. P. (2015), Doentes adultos com necessidades paliativas em serviços de internamento, num hospital distrital: Números de doentes e adequação dos cuidados

nos últimos dias de vida (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica). <http://hdl.handle.net/10400.14/20012>

Jorm, C., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: Critical communications. *The Medical Journal of Australia*, 190(11), 108-109. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02613.x>

Kool, D. R., & Blickman, J. G. (2007). Advanced Trauma Life Support®. ABCDE from a radiological point of view. *Emergency Radiology*, 14, 135-141. <http://doi.org/10.1007/s10140-007-0633-x>

Kornusky, J., & Balderrama, D. (2017). Patient admission: Admitting patients to intensive care units: Nursing practice & skill. Cinahl Information Systems.

Laje, M., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: Que ganhos podemos esperar?. *Tecno Hospital*, 22-27. <https://core.ac.uk/download/pdf/71738239.pdf>

Lei nº 15/2014. **Diário da República** 1ª Série. 157 (21-04-2014). [Consult. 23 ago 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>

Lei nº 31/2018. **Diário da República** I Série, 137 (18-07-2018). 3238 – 3239. Consult. 2 mai 2021]. 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. 23 ago 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/303335/lei-52-2012-de-5-de-setembro>>.

Lúcio, G. V. S. (2013). Trabalho de projeto para candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde). <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4358>

Macedo, A., Mendes, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L., & Lage, M. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>

- Macedo, R. P. A. (2017). Nursing activities score, NAS: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa (Relatório final, Instituto Politécnico de Viseu). <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Machado, S., Pina, P. R., Mota, A., Marques, R. (2018). Morrer num serviço de medicina interna: As últimas horas de vida. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina interna*, 25(4), 286-292. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/90/4/2018>
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patients handoffs at care transitions. *British Medical Journal*, 19(6), e44. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038430>
- Martins, F. C. S. (2020) Transporte do Doente Crítico: Construção e Validação de um Boletim de acompanhamento do doente no transporte secundário (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) Instituto Politécnico de Leiria. Leiria.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ªed.). Lippincott William & Wilkins..
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Mietkiewicz, S., Siczynska, B., Dyk, D. (2015). Selected aspects of end-of-life care in the intensive Therapy Unit. *Journal of Medical Science*, 1(84).
- Miller, I. (2017). Starving to death in medical care: Ethics, food, emotions and dying in Britain and America, 1970s–1990s. *BioSocieties*, 12(1), 89-108. <https://link.springer.com/article/10.1057/s41292-016-0034-z>
- Moreira, C.F.N.R. (2012). *Delirium* dimensão do problema num serviço de cuidados paliativos (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11406/1/Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20DELIRIUM%20DIMENS%C3%83O%20DO%20PROBLEMA.pdf>

- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Nelson, J. E., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., & Mulkerin, C. (2011). Integrating palliative care in the ICU: The nurse in a leading role. *Journal of hospice and palliative nursing. Journal of the Hospice and Palliative Nurses*, 13(2), 89-94. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318203d9ff>
- Neto, I. G. (2003). A conferencia familiar como instrumento de apoio á família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74. [https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9906/9644#:~:text=A%20confer%C3%A2ncia%20familiar%2C%20no%20contexto,internamento%2C%20ressuscita%C3%A7%C3%A3o%2C%20etc\)%20Explorar](https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9906/9644#:~:text=A%20confer%C3%A2ncia%20familiar%2C%20no%20contexto,internamento%2C%20ressuscita%C3%A7%C3%A3o%2C%20etc)%20Explorar)
- Neto, I. G. (2016a). Cuidados paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. *Manual de cuidados paliativos (3ª ed.)* (pp. 1-19). Faculdade da Faculdade da Universidade de Medicina de Lisboa
- Neto, I. G. (2016b). Cuidados na agonia, In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. *Manual de cuidados paliativos (3ª ed.)* (pp. 317-330). Faculdade da Faculdade da Universidade de Medicina de Lisboa
- Neto, I. G. (2016c). Modelos de controle sintomático. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. *Manual de cuidados paliativos (3ª ed.)* (pp. 43-47). Faculdade da Faculdade da Universidade de Medicina de Lisboa
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados paliativos: Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Nóbrega, T. (2005). Identificados os cinco turistas italianos mortos em acidente com autocarro na Madeira. *Público*. <https://www.publico.pt/2005/12/26/jornal/identificados-os-cinco-turistas-italianos--mortos-em-acidente-com-autocarro-na-madeira-55564>.
- Nunes, L. (2004). Palavras de apresentação. In V Seminário de Ética nº 15. *Ordem dos Enfermeiros*

- Nunes, M. V. F. (2018). Das competências especializadas em doente crítico às competências de mestre em contexto de neurotrauma cerebral (Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem são José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/25660>
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2018). Caracterização e satisfação dos Cuidadores informais: relatório de Outono 2018. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/c46b223a-ace5-4546-b8a7-b12928c428b8.pdf>
- Oliveira, M. L., & Reis, C. P. (2021) Morrer sem comer e beber: Um olhar sobre a cessação voluntária de alimentação e hidratação no fim de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 25, 48-53. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2509>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer nº 14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação: Posto de trabalho nos serviços de Urgência/Emergência. Disponível em WWW: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: guia orientador da boa prática. *Cadernos OE*, (1), 1-57
- Ordem dos enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem (p.13-14). Author
- Ornelas, S.C. (2017). Desenvolvimento de competências especializadas: A relevância do transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/21297>
- Osswald, W. (2013). Sobre a morte e o morrer. Relógio D' Água
- Osswald, W. (2014). Da vida à morte: Horizontes da bioética. Gradiva.
- Otero, D. P., Domínguez, D. V., Fernández, L. H., Magariño, A. S., González, V. J., Klepzing, J. G., ... Montesinos, J. B. (2017). Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. *Journal of Wound Care*, 26(3), 128-136. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.3.128>.

- Pacheco, S. (2014). Cuidar a pessoa em fase terminal: *Perspectiva ética*. Lusodidacta.
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M., Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*; 39(2), 229-33. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tBrxzB56MHnkqDjX4TrXrrx/?lang=pt#:~:text=O%20Therapeutic%20Intervention%20Scoring%20System,e%20estimar%20gravidade%20da%20doen%C3%A7a>.
- Paiva, A. (2004). O papel do enfermeiro. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Coords). *Para uma ética da enfermagem* (pp. 51-61). Gráfica de Coimbra.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>.
- Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: Uma visão histórica. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds.). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 3-8). Lusodidacta.
- Pereira, A. (2008). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Formasau.
- Ponce, P. (2015). Aspectos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536–544). Lidel.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde- Circular Normativa nº 8/DGCG 2003. A dor como 5º sinal Vital, Registo sistemático da Intensidade da dor. Lisboa, Portugal.
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., Roche-Campo, F., Mancebo, J., Divatia, J. V., Soares, M., Ionescu, D. C., Grintescu, I. M., Vasiliu, I. L., Maggiore, S. M., Rusinova, K., Owczuk, R., Egerod, I., Papathanassoglou, E. D., Kyranou, M., Joynt, G. M., ... Azoulay, E. (2013). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. *The Europain®*

study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(1), 39–47. <https://doi.org/10.1164/rccm.201306-1174OC>

Puntillo, K., Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., Gabriel, M., Hays, R., Lustbader, D., Mosenthal, A., Mulkerin, C., Ray, D., Bassett, R., Boss, R., Brasel, K., & Campbell, M. (2014). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst: a report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive care medicine*, 40(2), 235–248. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>

Querido, A., Salazar, H., Neto, I.G. (2016) Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 818-831). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Rabin, F. D. G. G. (2017). *Perspetiva especializada em enfermagem na abordagem do doente crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/20989>

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., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises *Pain*, 161(9), 1976-1982. [https://www.capedouleur.fr/app/uploads/2020/07/The\\_revised\\_International\\_Association\\_for\\_the.98346.pdf](https://www.capedouleur.fr/app/uploads/2020/07/The_revised_International_Association_for_the.98346.pdf)

Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Singh, S. K. S., Baharudin, A. A., Danaee, M. & Thinagaran, R. R. R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 4028-4039. <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>

Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por enfermeiro de Referência, promove a qualidade. *Revista Servir*, 59(5), 68-75. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/23469/17468/89889#:~:text=A%20presta%C3%A7%C3%A3o%20de%20cuidados%20baseada,o%20doente%20e%20a%20fam%C3%ADlia.>

Regulamento nº 122/2011. Diário da República II Série. 35 (18/02/2011). 8648-8653.  
[Consult. 2 mai. 2021] Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Regulamento nº 124/2011. Diário da República II Série. 35 (07/07/2011). 3966-3966.  
[Consult. 2 fev. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/670678/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA124%2F2011>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 2 fev 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 2 fev 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/->

Regulamento nº 506/2014. **Diário da República** 2º série. 217 (10/11/2014). 28259-28260.  
[Consult. 02 fev. 2021]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2014/11/2S217A0000S00.pdf>

Regulamento nº 707/2016. **Diário da República** 2ª Série. 139 (21-07-2016). 22575-2558.  
[Consult. 5 mai. 2021]. Disponível em WWW: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2649&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2649&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=)

Rodrigues, E. C. O., & Pina, P. R. (2020). *Suporte nutricional em cuidados paliativos*, Ordem dos Médicos.

Serviço de Urgência Hospital Dr. Nélio Mendonça. (2011). Política nº 1: Manual do serviço de urgência. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

Silva, A. M (2009) Triagem de prioridades; triagem de Manchester (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19983/2/Tese%20Mestrado%20%20Triagem%20Prioridades%20%20Triagem%20Manchester%20v.pdf>

Silva, J. A. C. (2014). O fim de vida: Uma questão de autonomia. *Nascer e Crescer*, (2), 100-105. <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/download/8608/6159/24303>

- Silva, J. B. P., Almeida, E. A. & Gomes, C. S.F. (2010). Enxurradas e inundações na Madeira. *Diário de Notícias*.  
<https://geomuseu.ist.utl.pt/MINGEO2010/Documentacao%20Complementar/Madeira%20DN.pdf>.
- Simões, J. F. F. L. (2020). Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde). <http://hdl.handle.net/10198/22672>
- Smith-Blair, N. (2010). Cuidados críticos. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trans.) (8ª ed.) (Vol 1, pp. 195-207). Lusociência
- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica & Unidades Coronarias. (2017). Indicadores de calidad del enfermo crítico: Actualización 2017. Author. [http://www.semicyuc.org/sites/default/files/indicadoresCalidad2017/INDICADORES DE CALIDAD2017\\_SEMICYUC](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/indicadoresCalidad2017/INDICADORES DE CALIDAD2017_SEMICYUC)
- Sousa, E. M. J. (2019) Cuidados de enfermagem especializados á pessoa vítima de Catástrofe /Emergência multivítimas; uma abordagem integrada (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/34059>
- Sousa, J. Meneses., Alves, D., Machado., & Mota, F. L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, (21). <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J. S. (2012). Dor torácica. In P. Ponce (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 23-29). Lidel.
- Sousa, P. J., Teles, R. C., Brito, J., Abecasis, J., Gonçalves, P. A., Calé, R., Leal, S., Dourado, R., Raposo, L., Silva, A., Almeida, M., & Mendes, M. (2012). ICP primária no enfarte de miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: tempo para intervenção e modos de referenciação. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(3), 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.006>

- Studer, R. K., Danuser, B., & Gomez, P. (2017). Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*, 120, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.06.006>.
- Taylor, D. R., & Lightbody, J. C. (2018). Futility and appropriateness: challenging words. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1110), 238-243. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135581>.
- Tayyib, N., & Coyer, F. (2016). Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: A systematic review. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 13(6), 432-444. <https://doi.org/10.1111/wvn.12177>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos (2ª ed.)*. Climepsi
- Vanhorebeek, I., Latronico, N., & Van den Berghe, G. (2020) ICU-acquired weakness. *Intensive Care Medicine*, 46(4), 637-653. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05944-4>.
- Venes, M. (2018). *Stop infeção hospitalar!: Um desafio Gulkenkian*. Fundação Calouste Gulbenkian. [http://www.chbm.min.saude.pt/attachments/article/532/desafio\\_infecoes.pdf](http://www.chbm.min.saude.pt/attachments/article/532/desafio_infecoes.pdf)
- Vilhena, R. R. V. S. M. (2013). *Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: Decisões em fim de vida (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa)*. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16391/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Author.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.)*. F. A. Davis Company.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DA EQUIPA MÉDICA E DE ENFERMAGEM DO SMI DO SESARAM, SOBRE A NECESSIDADE DOS CP EM CONTEXTO DE CI.**

Foi minha pretensão, caracterizar a percepção dos profissionais de saúde do SMI do SESARAM, (Enfermeiros e Médicos) sobre a necessidade dos CP em contexto de Cuidados Intensivos. Para isto, elaborei um questionário, utilizando como modelo o questionário elaborado pela Dra. Licínia da UCP do SESARAM (“Articulação CP e outros serviços, como podemos melhorar?”) que tinha como objetivo “conhecer o que representam os CP para os profissionais da RAM e melhorar esta prestação de cuidados”. Pedi autorização à Dra. Licínia que me disponibilizou o questionário, e procedi à alteração de algumas questões que achei serem pertinentes e adequadas à realidade dos Cuidados Intensivos. Tive a colaboração da Sra. Enfermeira Luísa Baeta (Chefe da UCP) e da Sra. Enfermeira Maria Gomes (com pós-graduação em CP), que se comprometeram a validar algumas questões.

No dia 7 de maio de 2019 enviei a todos os Enfermeiros e Médicos do SMI do SESARAM um *email* a solicitar a colaboração de todos para responderem a um breve questionário, com a indicação para acederem ao *link*, que daria acesso ao respetivo questionário. A 3 de junho de 2019 dei por encerrada a recolha dos questionários, tendo obtido 46 respostas para uma população alvo de 68 pessoas. A divulgação dos resultados deste estudo à equipa do SMI foi protelada para uma data futura em função do despoletar da pandemia *Covid19*. O objetivo da divulgação será efetivar a necessidade e a possibilidade de integração dos CP no serviço de Medicina Intensiva.

Com os dados obtidos através deste questionário, espero poder dar lugar à fase de operacionalização deste projeto, e assim contribuir para uma crescente aprendizagem e humanização dos cuidados no SMI do SESARAM.

## Análise crítica dos dados

### 1. Caracterização sociodemográfica

#### 1.1. Género

Tabela 1: Caracterização da amostra- género

Caracterização sociodemográfica: Género	
Feminino	23
Masculino	23
<b>Total</b>	
<b>Geral</b>	<b>46</b>

Como podemos analisar na tabela nº1, 50% da amostra é do sexo masculino.

#### 1.2. Grupo etário

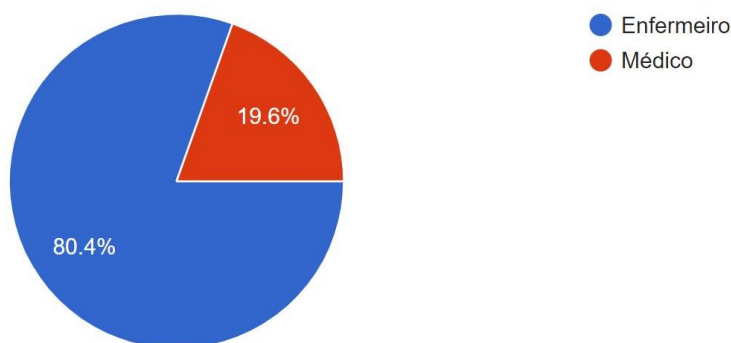
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica- Grupo Etário

Caracterização sociodemográfica:	
Idades	Grupo Etário
<30 anos	6
30 - 39 anos	24
40 - 49 anos	9
50 - 59 anos	6
≥60 anos	1
<b>Total</b>	
<b>Geral</b>	<b>46</b>

Conforme é possível observar na Tabela 2, a população estudada encontra-se maioritariamente no grupo etário entre os 30 e 39 anos (com 52.2%), seguindo-se o grupo

etário 40 e 49 anos de idade (com 19.6%), reveladores de que estamos perante uma população jovem.

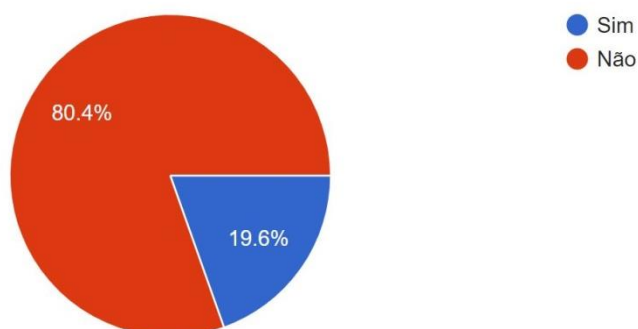
### 1.3. Em relação ao Grupo Profissional:



**Figura 2:** Caracterização sociodemográfica- Grupo Profissional

Como podemos verificar no gráfico da Figura 1, a amostra é maioritariamente constituída por Enfermeiros (80.4%). Seria expectável obter estes dados uma vez que a equipa de Enfermeiros apresenta um número superior de profissionais, relativamente à equipa dos Médicos.

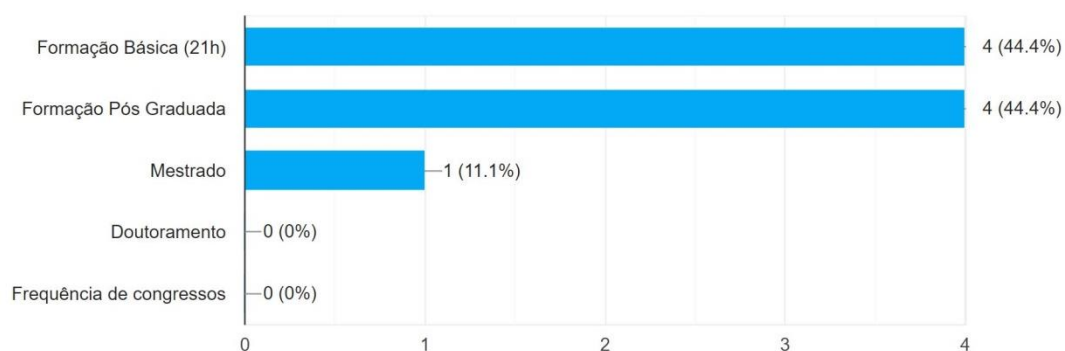
### 1.4. Em relação à formação em CP.



*Figura 3: Caracterização sociodemográfica- Tem formação em CP*

Como podemos verificar na Figura 2, a maioria dos profissionais de saúde do SMI que respondeu ao questionário não tem formação em CP (80.4%).

Relativamente ao grupo com formação em CP, 44.4% tem Formação Básica (21H), 44.4% tem formação Pós-graduada e somente 11.1% tem Mestrado.



*Figura 4: nível de formação em CP*

Desde 1989, a OMS considerou a formação um dos três pilares essenciais aos CP em qualquer país e os pressupostos assumidos nesse ano foram reafirmados na 67<sup>a</sup> Assembleia Mundial da saúde de 2014 (APCP, 2016). A formação é reconhecida internacionalmente como elemento fundamental e determinante para a prática de CP. É recomendado a Formação Básica a todos os profissionais de saúde, uma vez que “os CP são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde que no decorrer do seu trabalho, prestam cuidados aos doentes com doença potencialmente fatal e limitante da vida” (CNCP, 2017). Apraz-me acrescentar que no SMI, prestamos cuidados a doentes com doença potencialmente fatal e limitante da vida. Neto (2016) alegando o Plano Nacional de CP assegura que as ações paliativas básicas destinam-se à promoção do conforto e devem ser oferecidas onde quer que o doente se encontre.

Posso ainda complementar a informação de que desta amostra consta apenas um Médico com formação básica enquanto os restantes são Enfermeiros.

1. Em relação à questão “Na sua Prática Clínica utiliza a questão: “ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1 ano, meses, semanas ou dias?”

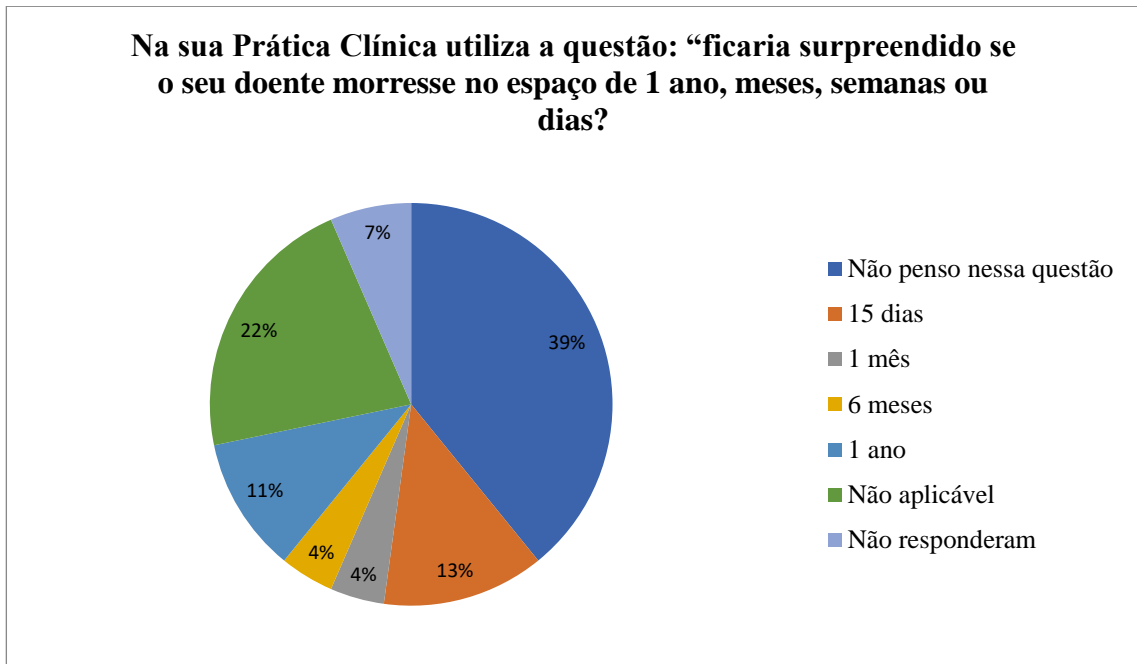


Figura 5: gráfico relativo à questão de na sua Prática Clínica utiliza a questão: “ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1 ano, meses, semanas ou dias?”

Como podemos verificar no gráfico da Figura 4, 39% da amostra não pensa nessa questão; e 22% não a considera aplicável. Apesar de não utilizarem a questão na sua prática clínica, 11 % não ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1ano, 4 % em 6 meses, 4% em 1 mês e 13% aos 15 dias. Esta questão é muito importante e é considerada a Pergunta Surpresa integrada no *The Gold Standards Framework* (“Ficaria surpreendido se o seu doente morresse nos próximos 12 meses?”). Surgiu em 2011 no Reino Unido sendo considerado um instrumento de identificação de doentes com necessidades paliativas e reconhecido como fulcral para identificar os doentes com mau prognóstico e que beneficiariam de acompanhamento de CP.

Este instrumento atestou que os “doentes em fim de vida, são doentes propensos a morrer dentro dos próximos 12 meses, assim como doentes cuja morte é iminente, com tempo de vida de dias ou horas” (Jorge, 2015). Ainda, a identificação precoce destes doentes permite uma intervenção estruturada e centrada nas suas necessidades, evitando sofrimento e práticas que em nada contribuem para a sua estabilidade e conforto. Por sua vez, a *The Gold Standarts Framework Prognostic Indicator Guidance* propõe 3 passos para uma melhor intervenção: a realização da Questão Surpresa, identificação de Indicadores Gerais de Declínio e Indicadores Específicos.

2. Se pensar nos últimos 3 meses, em média, quantos doentes acompanhou com doença incurável, avançada, progressiva, ou em fim de vida?

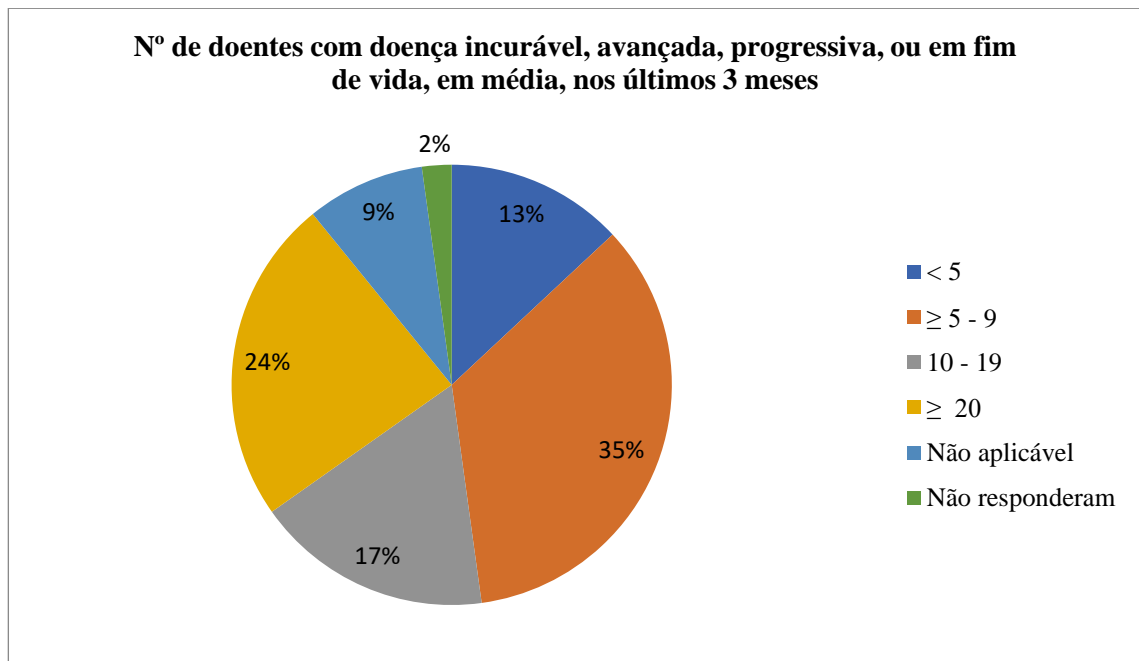


Figura 6: gráfico com a questão “nos últimos 3 meses, em média, quantos doentes acompanhou com doença incurável, avançada, progressiva, ou em fim de vida?”

Como podemos constatar através do gráfico da figura 5, 35% da amostra acompanhou nos últimos 3 meses entre 5 a 9 doentes, 24% acompanhou mais de 20 doentes, 17% entre 10 e 19 doentes e ainda 13% acompanhou menos de 5 doentes. Apenas 9% afirmou que não era aplicável e 2% não respondeu. Estes dados são reveladores de que a maioria dos profissionais acompanha doentes com doença incurável avançada, progressiva e em fim de vida, sendo de realçar uma percentagem significativa com mais de 20 doentes num espaço de tempo de três meses. Isto leva-nos a pensar na pertinência dos CP em intensivos.

3. Em relação à questão: “os doentes que acompanhou nos últimos 3 meses são doentes oncológicos ou não oncológicos?”

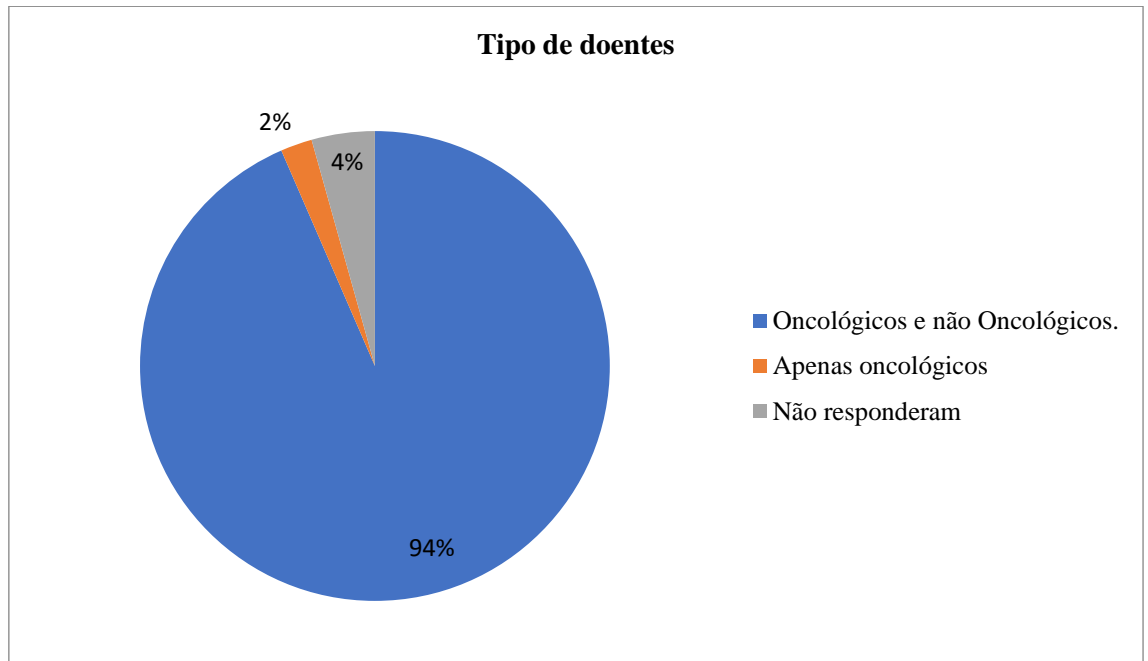


Figura 7: Tipo de doentes

Conforme se pode constatar através da análise do gráfico da Figura 6, só 2% da amostra acompanhou doentes apenas do foro oncológico, enquanto 94%, do foro oncológico e não oncológico.

4. Nos doentes que acompanhou nos últimos 3 meses, quantos pensa ter sobrevida num período inferior a um ano?

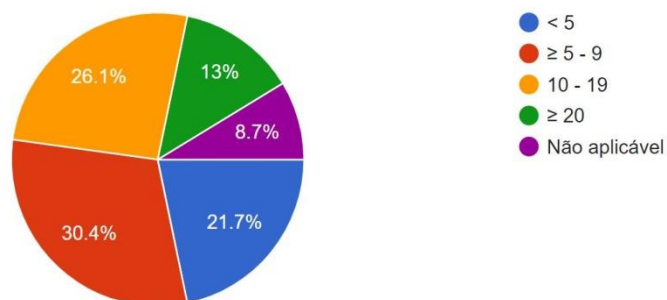


Figura 8: gráfico relativo ao número de doentes com sobrevida inferior a 1 ano

Conforme análise do gráfico da Figura 7, 13% da amostra acha que mais de 20 doentes terão sobrevida inferior a 1 ano, 26.1% acha que entre 10 e 19 doentes, 30.4% entre 5 e 9 doentes e 21.7 % só menos de 5 doentes.

Esta questão está relacionada com a questão nº 2 (“ficaria surpreendido se o seu doente morresse no espaço de 1 ano, meses semanas ou dias?”). Pode-se analisar que apesar de não utilizarem a questão surpresa na sua prática clinica, acompanham doentes que julgam ter uma sobrevida inferior a 1 ano, e como tal encontram-se no grupo de doentes que têm critérios para CP. A identificação precoce destes doentes é importante em Cuidados Intensivos através de ferramentas já estudadas, de forma a permitir uma intervenção estruturada e centrada nas necessidades concretas do doente, evitando sofrimento e práticas que em nada contribuem para a sua estabilidade e conforto. (Jorge,2015).

5. Em relação a questão “Já referenciou doentes para a equipa de CP do SESARAM?”

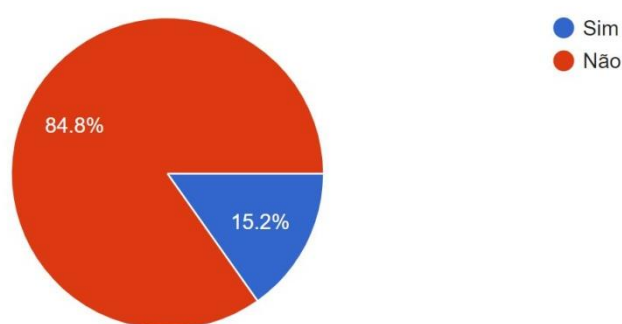


Figura 9: percentagem de profissionais que já referenciou doentes para a equipa de CP do SESARAM

Como podemos constatar pela análise da Figura 8, 84.8% da amostra nunca referenciou doentes para os CP. Isto vai ao encontro da minha constatação ao longo minha prática clínica no SMI, em que só recentemente tenho verificado alguma preocupação de alguns profissionais de saúde do SMI em transferir doentes para a unidade CP.

6.1. Se “sim”, com que frequência?

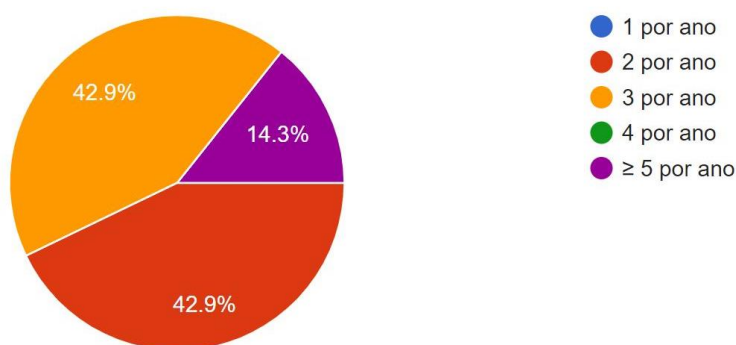


Figura 10: frequência com que os profissionais de saúde do SMI transferem doentes para a unidade CP

Conforme a análise da figura 9, podemos constatar que relativamente aos profissionais que referenciam para a unidade de CP (7 profissionais desta amostra), 42.9% referencia 3 vezes por ano, assim como outros 42.9% referencia 2 doentes por ano. Posso complementar a informação de que neste grupo 1 é Enfermeiro, enquanto os restantes são Médicos.

6. Em relação a questão “Quando referencia esses doentes, a maioria encontra-se nos seus últimos dias, semanas ou meses de vida?”

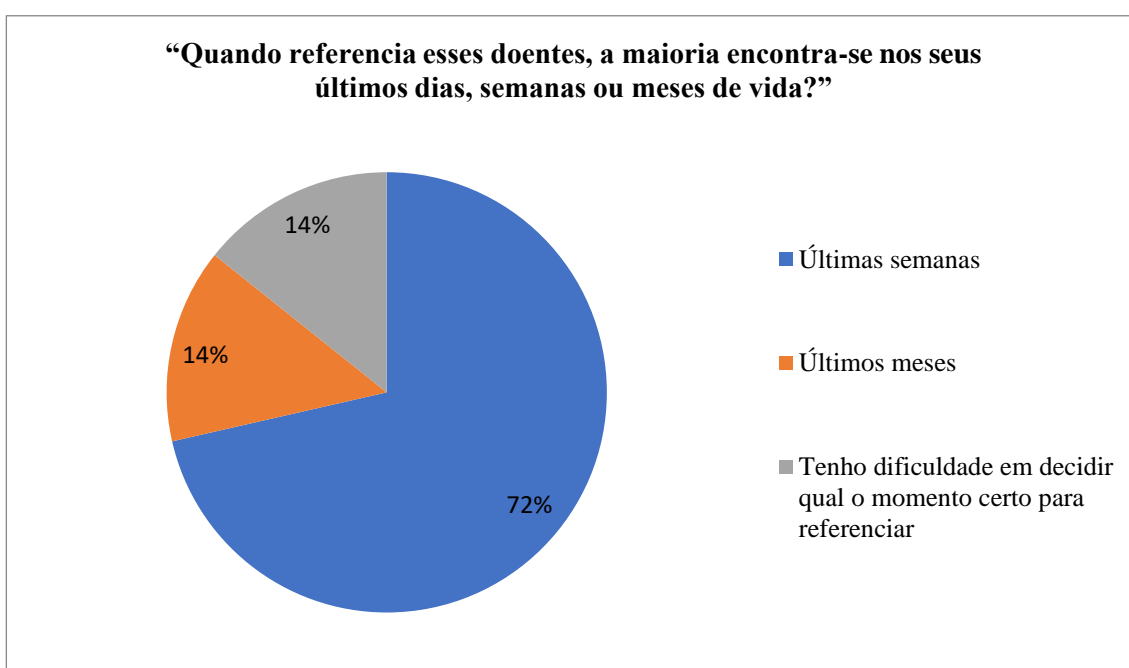


Figura 11: gráfico relativo à fase de vida dos doentes referenciados

Conforme se poderá analisar no gráfico da Figura 10, ninguém referenciou doentes nos últimos dias de vida. Todavia o maior grupo, cerca de 72% referenciou nas últimas semanas de vida. Em ex aequo com 14% temos aqueles que referenciaram nos últimos meses e aqueles que responderam ter dificuldade em decidir qual o momento certo para referenciar. A introdução de CP no momento apropriado garante uma melhor qualidade de vida ao doente e à sua família, tal como enunciado no Plano Estratégico de CP do Biénio 2018/2019. Neto (2016), referenciando *David Jeffrey* que por sua vez cita vários autores num capítulo intitulado “*care versus cure*”, sobre ética em CP, afirma que “nos cuidados em fim de vida, a saúde poderá ser entendida não como ausência de doença mas como a possibilidade de encerrar a existência de forma apropriada, dando um sentido à vida que resta ser vivida”(p.13). Por seu lado, *Twycroos* citando *Byock*, refere que para que tal possa

acontecer, o individuo com doença terminal deve ser capaz de expressar 5 coisas importantes: "gosto muito de ti, desculpa-me, eu desculpo-te, obrigada e adeus" (Neto, 2016 p.13).

7. Relativamente à questão: "Acha que a referência precoce para os CP, no curso da doença crónica e irreversível e não apenas nos últimos dias de vida é benéfica para os doentes/família e para os serviços?"

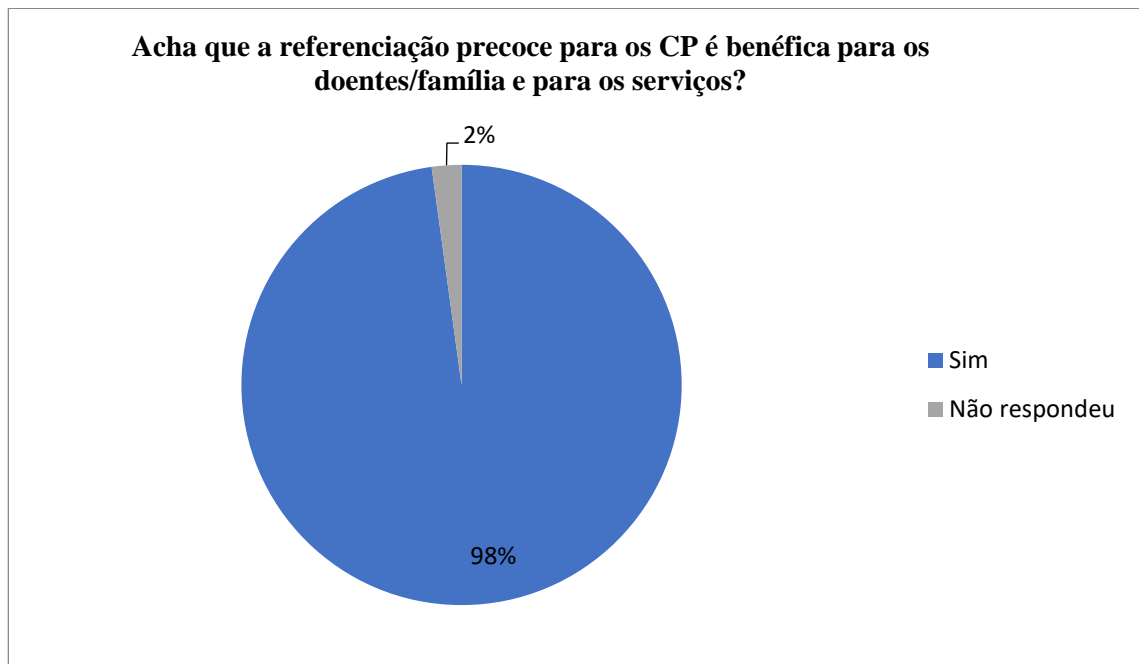
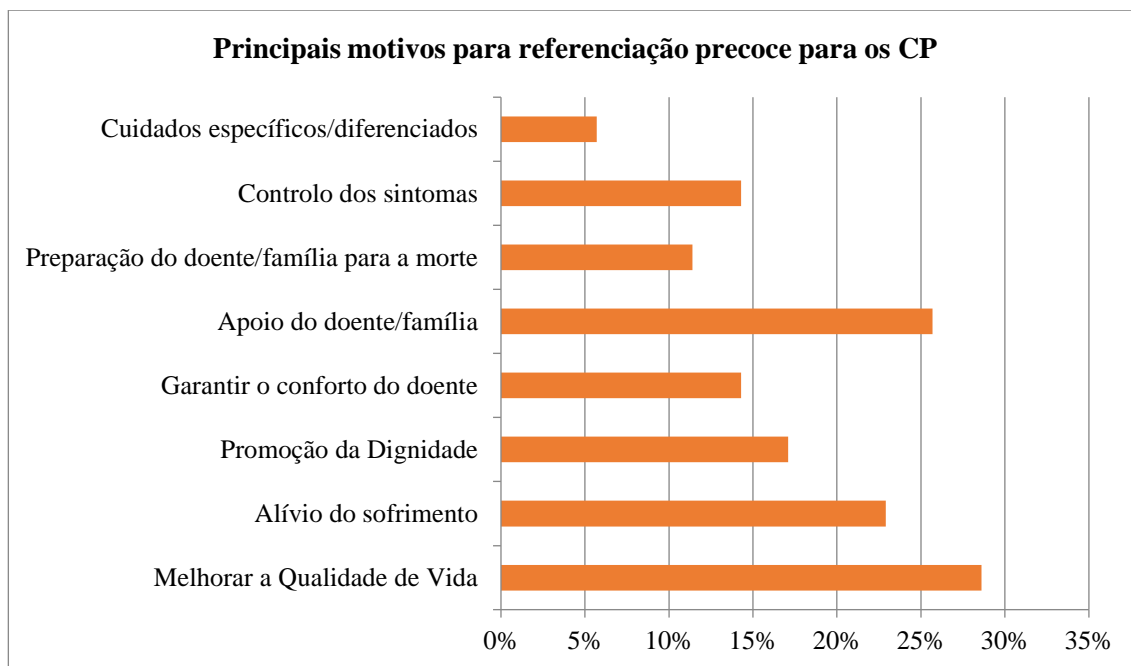


Figura 12: gráfico relativo à percepção dos benefícios de referência precoce para os CP

Como podemos verificar na Figura 11, 98% da amostra respondeu afirmativamente a esta questão. Contudo, dessa percentagem apenas 77.8% justificaram os principais motivos para referenciar precocemente para os CP, cujo conteúdo está maioritariamente relacionado com a humanização dos cuidados, com o controlo sintomático promovendo alívio do sofrimento e conforto, com a promoção da dignidade no fim de vida, e com a melhoria da qualidade de vida, conforme se comprova no gráfico da Figura 12.



*Figura 13: gráfico relativo aos principais motivos para referência precoce para os CP*

Todas estas respostas vão ao encontro dos objetivos dos CP, conforme estão indicados no plano estratégico de CP biénio (2018-2019). Internacionalmente reconhecido, quando aplicados precocemente, os CP trazem benefícios para os doentes e as suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares. Assim, os CP de acordo com o Plano estratégico de CP para o biénio (2018-2019):

- 1- Promovem o alívio da dor e de outros sintomas disruptivos;
- 2- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural que nem antecipam nem atrasam;
- 3- Integram os aspetos psicológicos e espirituais do doente no cuidar;
- 4- Ajudam o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- 5- Ajudam a família a lidar com a doença e acompanham-na no luto;
- 6- Trabalham em equipa para atender às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo seguimento no luto;
- 7- Promovem a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o curso da doença;
- 8- Podem intervir precocemente no curso da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida, como por exemplo a quimioterapia ou a radioterapia e quando necessário recorrem a exames para melhor compreender e tratar os problemas do doente.

9. Em relação à questão “Acha que referenciar doentes para os CP é perder o seu doente e que as outras especialidades deixam de poder dar o seu contributo?”.

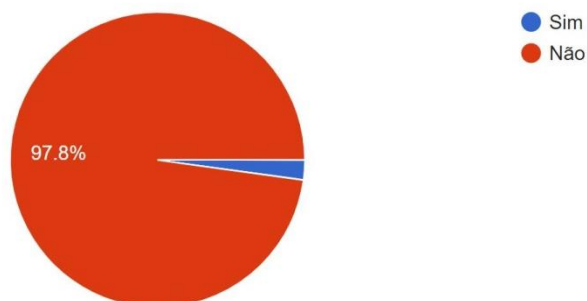


Figura 14: gráfico relativo à questão “Acha que referenciar doentes para os CP é perder o seu doente e que as outras especialidades deixam de poder dar o seu contributo?”

Como podemos verificar no gráfico da Figura 13, 97.8% da amostra respondeu na negativa, todavia só 15 pessoas justificaram a resposta conforme a tabela 3.

Tabela 3: Justificação da resposta à questão “Acha que referenciar doentes para os CP é perder o seu doente e que as outras especialidades deixam de poder dar o seu contributo?”

O doente não só pode como deve continuar a ser acompanhado pela equipa interdisciplinar e as várias especialidades.
Porque é necessário atender às necessidades do nosso paciente.
Cuidar do doente implica uma equipa multidisciplinar.
Porque o bem-estar do doente está em primeiro lugar.
Desde que todos trabalhem em equipa, não existe problema.
O trabalho da equipa de CP pode coexistir com e todos as outras especialidades.
Estes profissionais possuem competências e experiência ímpar nestes contextos de cuidados.
Equipa multidisciplinar é a mais adequada e eficaz.
Acho que significa trabalho de equipa.
É fazer apenas o melhor para o doente.
Permite sim uma abordagem integrada e verdadeiramente holística do doente.
O doente continua a necessitar de uma abordagem multidisciplinar.
Desde que seja o que o doente precisa para manter alguma dignidade e qualidade de vida.
O doente necessita de objectividade terapêutica de acordo com as suas particularidades. Não é de nenhuma especialidade.
A medicina é multidisciplinar e necessariamente complementar.

10. Em relação à questão “Que dificuldades/barreiras encontra no seu dia-a-dia para referenciação para os CP?”.

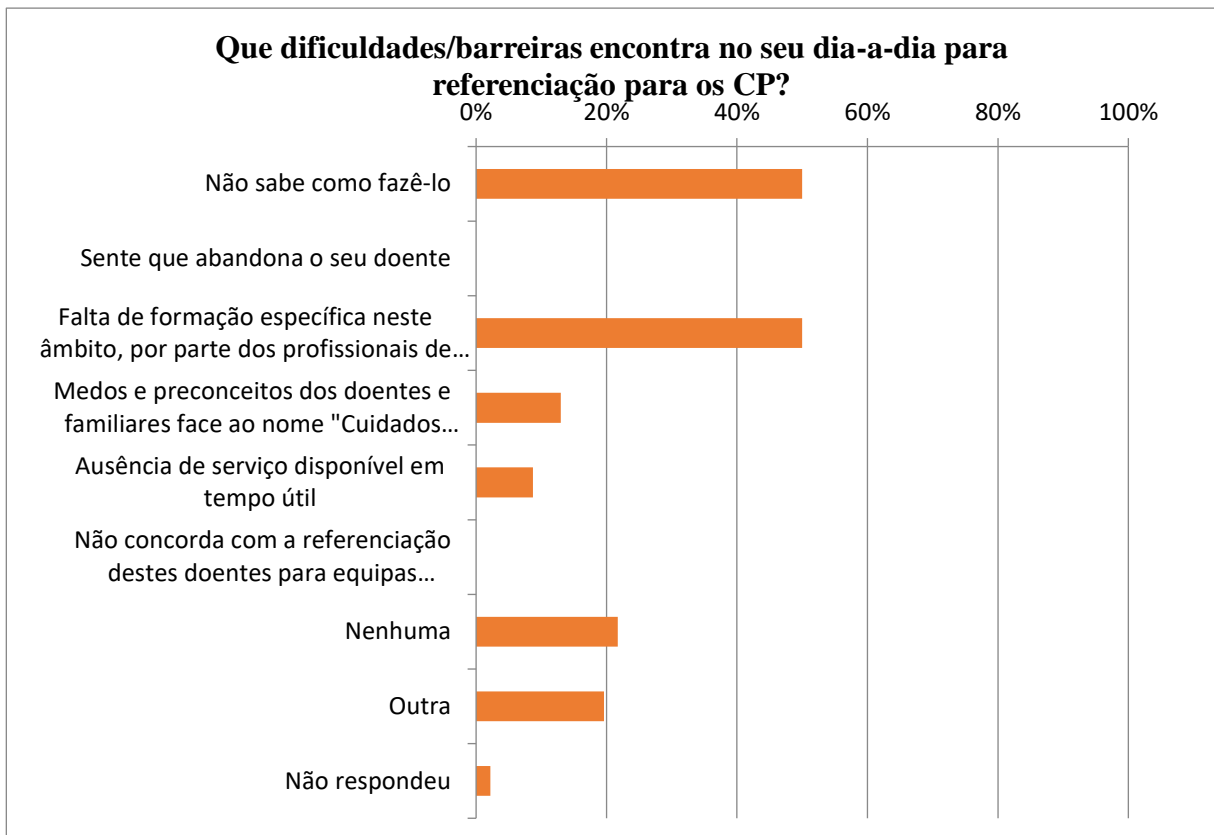


Figura 15: gráfico relativo à questão “Que dificuldades/barreiras encontra no seu dia-a-dia para referenciação para os CP?”

Como podemos verificar através do gráfico da Figura 14, 50% da amostra assinalou a falta de formação nesta área, assim como não saber como o fazer. Ainda, 19.6% afirma não encontrar dificuldades/barreiras para referenciar os doentes para os CP.

Na resposta “Outras”, segue na tabela abaixo as justificações descritas por 10 indivíduos da amostra (21.7%):

Tabela 4: Justificação da resposta à questão “Que dificuldades/barreiras encontra no seu dia-a-dia para referenciação para os CP?”

Habitualmente a referenciação tem de partir da equipa médica (apesar de saber que a referenciação também poderá ser feita por um profissional de enfermagem).
A falta de comunicação é discussão dos casos em equipa. Muitas vezes ou quase sempre a equipa médica não pede a opinião do enfermeiro. O facto de não referenciar deve se essencialmente a este aspecto. Referenciar sem o consentimento médico. Não por poder ter problemas mas sim porque considero que este é um problema de todos, de toda a equipa. Ainda ontem sugeri que se pedisse a colaboração da equipa de cuidados paliativos. Mas a resposta é sempre contrária. Gostava de que pelo menos se Conseguisse envolver a equipa

dos paliativos nas reuniões de discussão dos doentes. Nem que fosse uma vez por semana apenas.
Falta de autonomia para referenciar.
Não aplicável.
Sem autorização dos superiores para fazer.
Vagas limitadas no serviço.
Não referencio.
Não é prática no serviço.
Mesmo sugerindo a referência a decisão última é médica.
Não é prática no serviço e receio de represálias.

Com estes dados posso inferir a necessidade de formação específica em CP no SMI onde trabalho e apliquei o questionário. Será meu propósito, na sequência deste trabalho, já como Enfermeira Especialista e Mestre, proporcionar à equipa um momento de formação no qual abordarei os resultados do questionário, assim como apresentarei a importância da temática “CP em Cuidados Intensivos”.

11. Em relação a questão “Acompanhar doentes em fim de vida é um processo desgastante?”

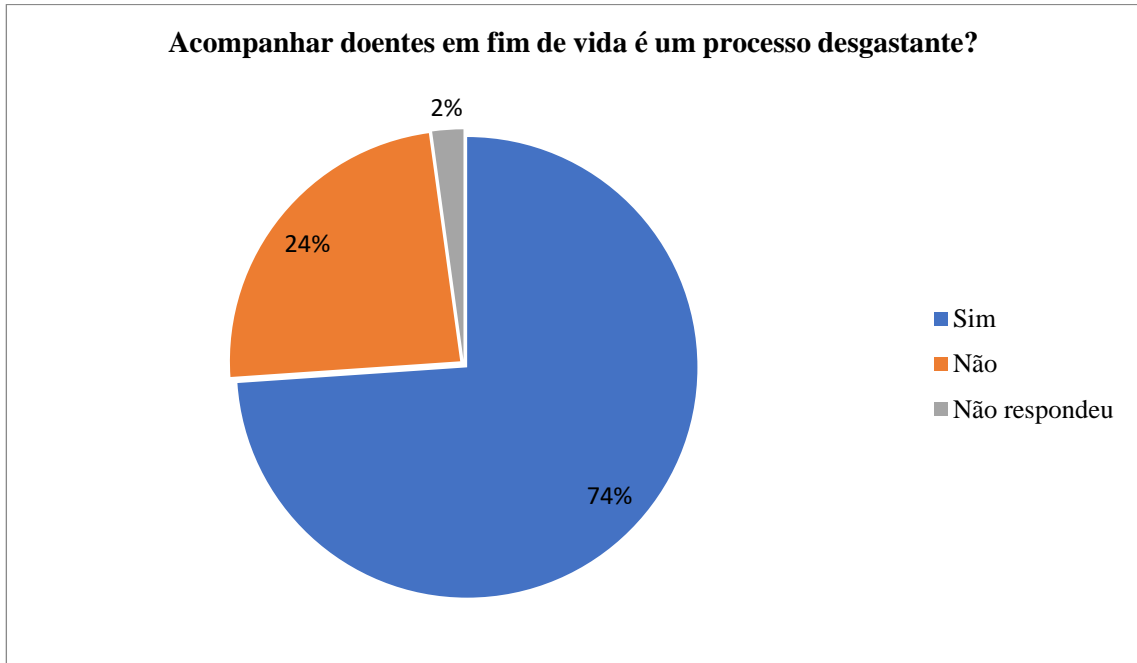


Figura 16: gráfico relativo à questão "Acompanhar doentes em fim de vida é um processo desgastante?"

Conforme análise da Figura 15, 74% da amostra considera ser desgastante acompanhar doentes em fim de vida. Estes dados estão de acordo com o que alguns autores defendem, nomeadamente (Cook, Rocker, 2014). Cuidar de doentes em fim de vida e lidar com a morte acarreta grande desgaste psicológico para os profissionais de saúde. O sofrimento não se restringe à família e poderá se estender aos profissionais. A deteção da dor física ou psicológica, assim como as decisões de fim de vida e o trauma resultante da perda do doente, podem ser fonte de *stress* moral e psicológico.

A síndrome de *burnout* pode surgir em resposta ao *stress* crónico no trabalho, apenas relacionado com o contexto laboral, manifestado por irritabilidade, cefaleias alterações do sono e apetite entre outros. Assim, o apoio ao profissional de saúde que trabalha em UCI deverá ser visto com a mesma importância com que é visto o apoio da família e doente em UCI (Salvagioni et al., 2017).

13. No que diz respeito à questão “ Na presença de um doente com necessidade paliativas...”

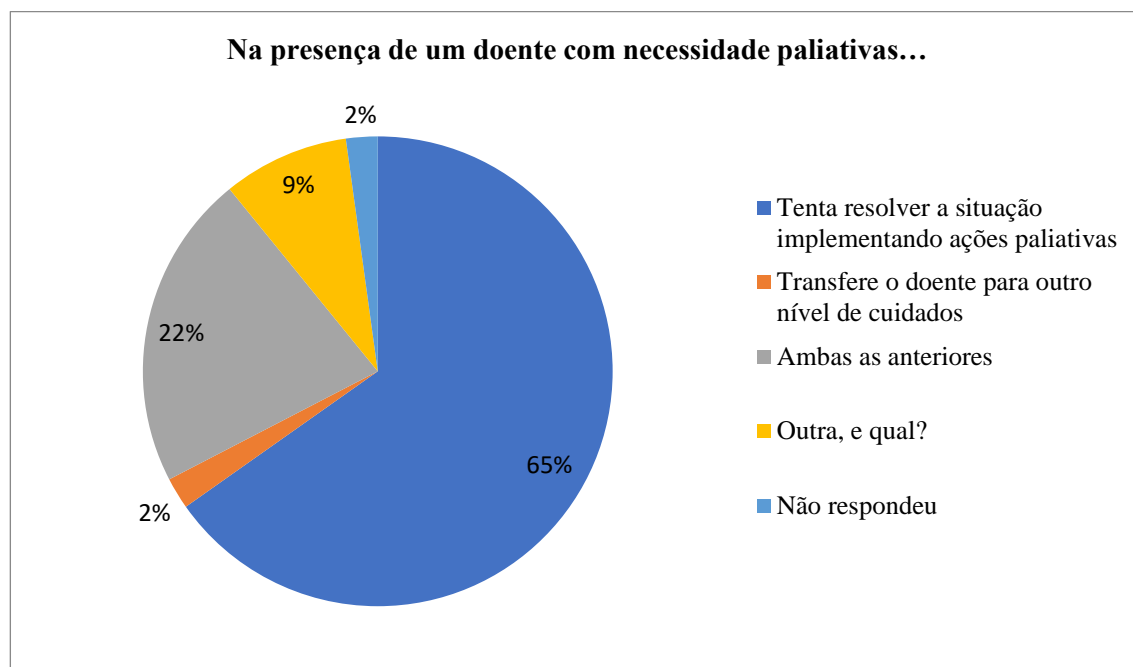


Figura 17: gráfico relativo à questão "Na presença de um doente com necessidade paliativas..."

Ao analisar o gráfico da Figura 16, podemos verificar que 65% tenta resolver a situação do doente com necessidades paliativas implementando ações paliativas, enquanto apenas 2% transfere o doente para outro nível de cuidados. Ainda, 22% respondeu que opta pelas duas opções.

Em relação à questão aberta sobre que outra resposta; obteve-se três respostas que constam no seguinte quadro:

Tabela 5: Justificação da resposta à questão “Na presença de um doente com necessidade paliativas...”

1-Ações paliativas só pelos Enfermeiros não chegam. A decisão é de que a filosofia dos cuidados deve ser conjunta. Ainda que possa procurar incentivar ações paliativas por parte da equipa médica e tenho consciência de que o faço, isso não chega. Nos intensivos tem de ser uma atitude conjunta. Além de que não chega colocar morfina e esperar que o doente morra. Não são só estes doentes que já estão em fim de vida devem ser referenciados. Temos muitos outros doentes com perspetiva curativa num internamento mas que podem e devem ser referenciados para o tempo de vida que se seguirá. Paliativos não devem ser só para as fases terminais.
2- Opino mas não faz parte do meu âmbito profissional o encaminhamento.
3- Simplesmente fico impotente, porque não posso decidir ou influenciar essa decisão (isto no mundo real, porque em termos éticos e deontológicos deveria até não compactuar com essas decisões).

14. Em relação à questão “A referência de um doente para CP pode ser feita por...”

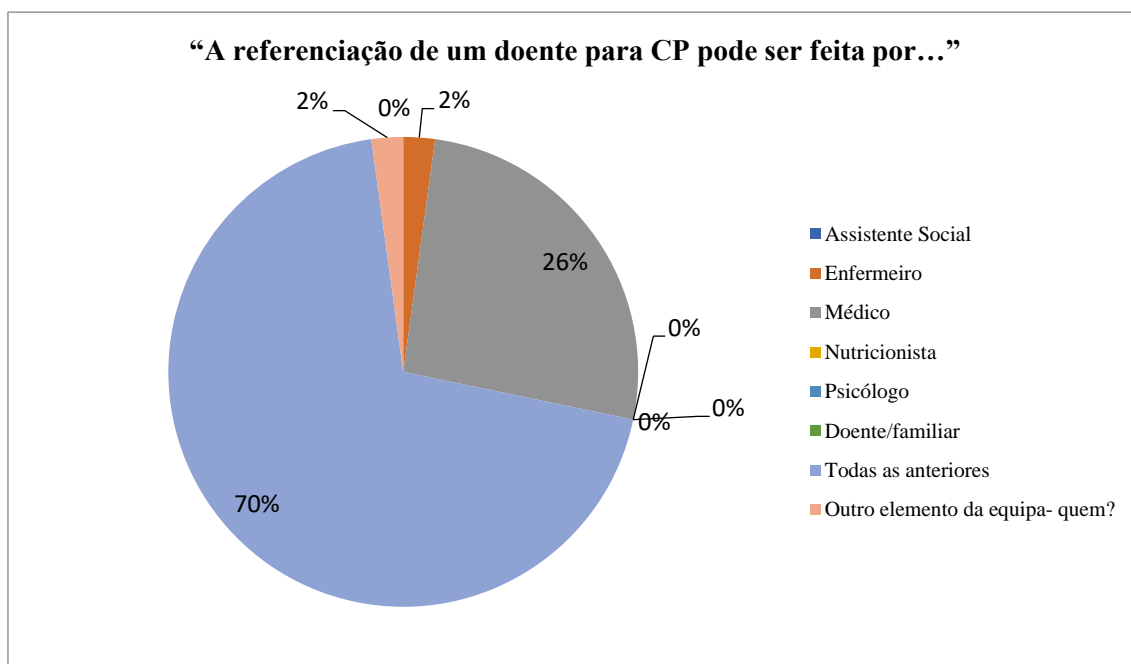


Figura 18: gráfico relativo à questão “A referência de um doente para CP pode ser feita por...”

De acordo com o gráfico da Figura 17, verifica-se que 26% acha que a referência pode ser feita pelo Médico. No entanto é de realçar que 70% considera que pode ser referenciado por todos os profissionais de saúde: Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Nutricionista, Psicólogo, o próprio doente e familiar. Esta resposta vai de encontro ao que está preconizado.

15. Em relação à questão “No seu entender os CP fazem sentido numa Unidade de Cuidados Intensivos?”

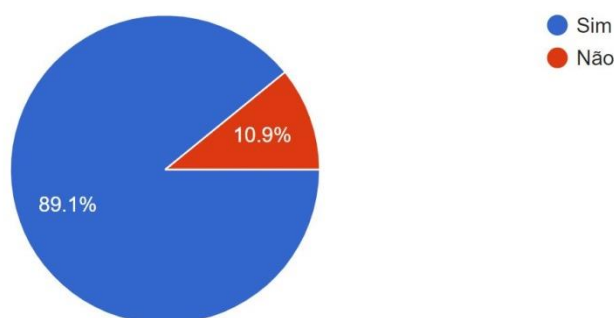
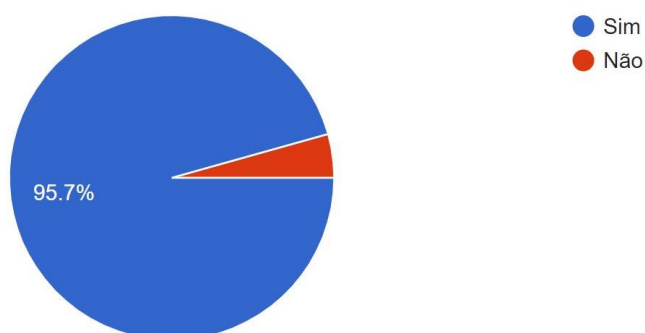


Figura 19: gráfico relativo à questão “No seu entender os CP fazem sentido numa Unidade de Cuidados Intensivos?”

De acordo com o gráfico da Figura 18, podemos verificar que 89.1% afirmam que os CP fazem sentido numa UCI.

16. Em relação à questão “Considera que necessita de formação específica em CP para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes?”.



*Figura 20: gráfico relativo à questão “Considera que necessita de formação específica em CP para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes?”*

Como podemos constatar, de acordo com a análise do gráfico da Figura 19, 95.7% dos profissionais de saúde do SMI, considera ter necessidade de formação específica em CP, para acompanhar de forma eficaz este tipo de doentes.

Esta resposta está em sintonia com a questão nº 11, ao relatarem a necessidade de formação específica para o processo de referenciação de doentes para os CP. Apercebemo-nos pois de que a formação nesta área é uma necessidade sentida pela maioria dos profissionais de saúde do SMI que responderam ao questionário. Isto vai ao encontro da minha pretensão (possibilitar a formação), expressa numa das fases do projeto a ser implementado no SMI.

17. No que diz respeito à questão “Neste preciso momento, ficaria surpreendido se algum doente ao seu cuidado falecesse dentro de dias, meses, 1 ano?”.

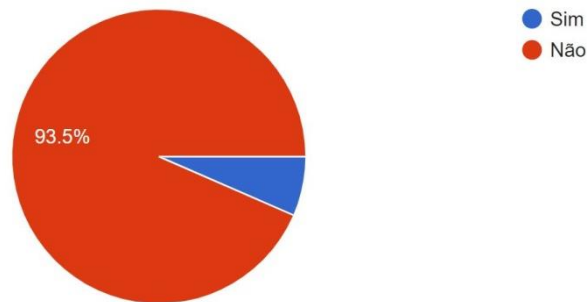


Figura 21: gráfico relativo à questão “Neste preciso momento, ficaria surpreendido se algum doente ao seu cuidado falecesse dentro de dias, meses, 1 ano?”

De acordo com o gráfico da Figura 20, 93.5% da amostra não ficaria surpreendida se algum doente falecesse dentro de dias, meses, ou 1 ano. Através da análise deste gráfico podemos deduzir que no SMI haveria doentes com “perfil” para serem transferidos para uma unidade de CP ou iniciar medidas paliativas, conforme o preconizado pela Sociedade Portuguesa de CP.

16. Em relação à questão “Concorda com a afirmação: os CP devem ser uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde?”.

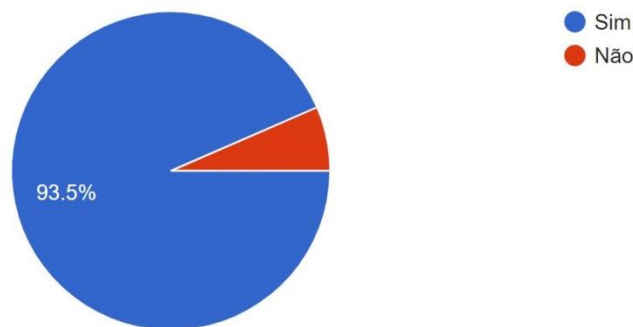
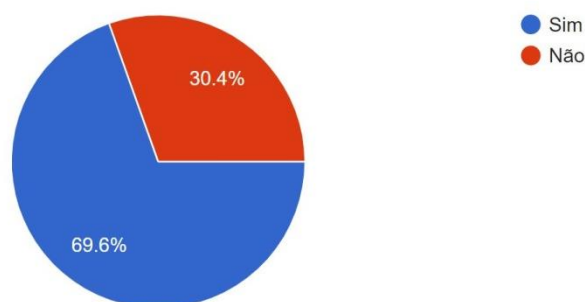


Figura 22: gráfico relativo à questão “Concorda com a afirmação: os CP devem ser uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde?”

Conforme análise ao gráfico da Figura 21, podemos constatar que 93.5% da amostra concorda com a afirmação. Esta afirmação é muito pertinente e reveladora da consciencialização dos profissionais de saúde do SMI sobre os cuidados paliativos. De

acordo com a OMS, os CP são considerados um “dever ético para os profissionais de saúde e um Direito Humano e Social da Pessoa e Família”p.14. (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2020-2022 PEDCP)

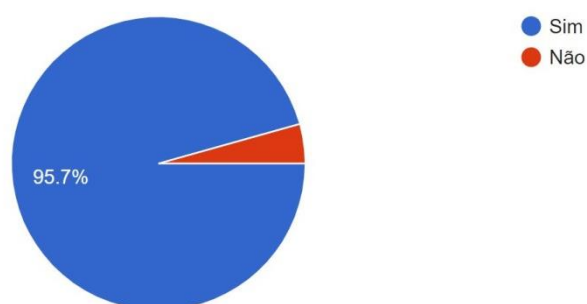
17. Ainda em relação à questão “Concorda com a seguinte afirmação: os peritos em Cuidado Paliativos devem concentrar os seus esforços na gestão e tratamento das situações complexas?”.



*Figura 23: gráfico relativo à questão “Concorda com a seguinte afirmação: os peritos em Cuidado Paliativos devem concentrar os seus esforços na gestão e tratamento das situações complexas?”*

Conforme análise a gráfico da Figura 22, podemos verificar que 69.6% da amostra concorda com a afirmação.

18. Em relação à questão “Concorda com a afirmação: a identificação dos doentes com necessidades paliativas na UCI deve começar na admissão e continuar até a alta hospitalar?”.



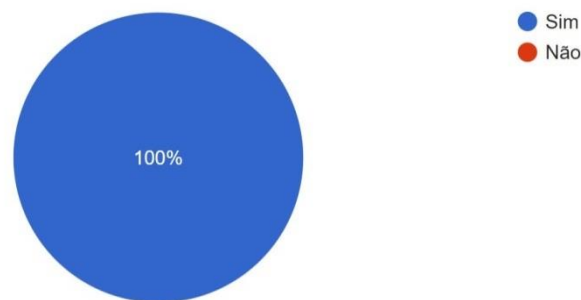
Após a análise da Figura 23, podemos verificar que 95.7% da amostra concorda

*Figura 24: gráfico relativo à questão “Concorda com a afirmação: a identificação dos doentes com necessidades paliativas na UCI deve começar na admissão e continuar até a alta hospitalar?”*

com a afirmação supra citada. Estamos perante o novo paradigma no que diz respeito aos CP em Cuidados Intensivos. Vários autores recentes são defensores de que os CP devem iniciar ao mesmo tempo que os cuidados “ditos de cura” à admissão do doente nas UCI.

Isto é revelador de que a equipa do SMI está disponível a caminhar neste novo paradigma, a integração da Medicina Paliativa na Medicina Intensiva, conforme a pretensão do Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). De acordo com a OMS, “os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só melhorando a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, como reduzindo hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde” p.4 (PEDCP 2021/2022).

19. Em relação à questão “no seu entender acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente, no processo de decisão e gestão do plano terapêutico?”.



*Figura 25: gráfico relativo à questão “no seu entender acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente, no processo de decisão e gestão do plano terapêutico?”*

Conforme podemos verificar ao analisar o gráfico da Figura 23, 100% da amostra acha pertinente envolver a família/procurador de cuidados e o doente com necessidades paliativas no processo de decisão e gestão do plano terapêutico.

2.2. Em relação à questão “Na sua Prática Clínica identifica nos seus doentes os seguintes sintomas?”.

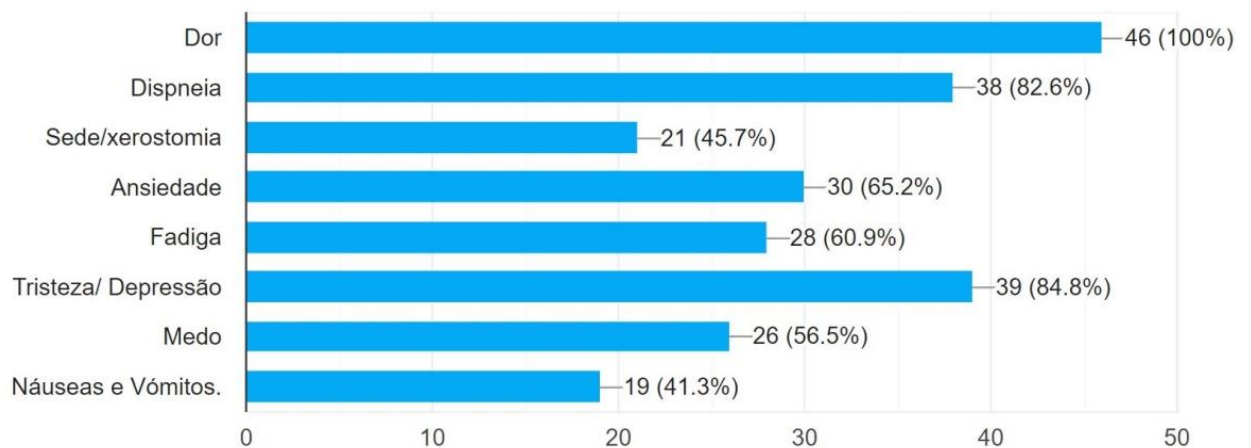


Figura 26: gráfico relativo à questão “Na sua Prática Clínica identifica nos seus doentes os seguintes sintomas?”

Conforme se pode constatar com análise do gráfico da Figura 25, a Dor é o sintoma mais identificado pela amostra (100%), seguindo-se: a Tristeza e Depressão (84.8%), a Dispneia (82.6%), a Ansiedade (65.2%), a Fadiga (60.9%), o Medo (56.5%), a Sede/xerostomia (45.7%) e por último as Náuseas e Vômitos (41.3). De realçar a dor como o sintoma identificado por 100% da amostra. Em 2014, Ferreira et al. alegaram que num estudo prospectivo, 75% dos doentes internados em UCI reportaram dor severa, enquanto que em 2018 (Devlin et al.), referem que o doente crítico evidencia dor moderada a intensa mesmo em repouso e durante os procedimentos iniciais e subjacentes ao internamento em Medicina Intensiva. Perante os resultados apurados nesta questão, esmera-se a pertinência dos CP em MI.