Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

SIGNIFICADO DAS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA EM UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS

Por:
Marlene Susana Alves Canhoto

Lisboa 2023

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

SIGNIFICADO DAS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA EM UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS

MEANING OF END-OF-LIFE CARE EXPERIENCES IN INTENSIVE CARE UNITS

Por:
Marlene Susana Alves Canhoto

Sob orientação da Prof. Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram a realizar este caminho, família, professores, pessoas que cuidei, em particular ao meu marido pelo apoio e resiliência.

A todos…

Muito Obrigada

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e tem como objetivo principal descrever através de uma análise crítica e reflexiva, o desenvolvimento de competências científicas, relacionais, técnicas e éticas para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família definidas pela Ordem do Enfermeiros, bem como as competências de Mestre de acordo com o artigo 15º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Assim pretende-se evidenciar a importância da aprendizagem desenvolvida e consequente pensamento crítico, para a tomada de decisão que contribuem para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Objetivou-se através de uma revisão de literatura de evidência de significado suportado pelo método de Joanna Briggs Institute (JBI), oferecer a melhor evidência sobre a experiência de cuidados dos enfermeiros de cuidados intensivos, na prestação de cuidados em fim de vida ao doente aí internado e sua família, este intento foi também subsidiário ao desenvolvimento de competências de mestre.

Assim e com o intuito de desenvolvimento de competências, escolhi dois campos de estágio que me proporcionaram a aquisição de conhecimentos e de habilitações como enfermeira especialista no âmbito de prestação de cuidados ao doente crítico, sendo estes em contexto de serviço do Extra-Hospitalar- Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT).

O estágio no Extra-Hospitalar permitiu-me cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, no segundo consegui observar e participar no complexo e minucioso processo de colheita de órgãos, para a sua posterior transplantação.

Este percurso e processo de aprendizagem foi muito suportado na teoria do Cuidado Humano de Jean Watson onde esta destaca aspetos como a alma, ser espiritual, cuidado transpessoal, metafísica e campo fenomenológico, sendo estes fatores determinantes no auxiliar os enfermeiros a prestar um cuidado holístico conseguindo participar em todas as necessidade

do paciente (Watson, J., 2012). Estas dimensões aplicadas na prática promovem um cuidado focado não apenas na cura.

O enfermeiro Mestre em Enfermagem tem uma especial relevância no interesse do crescimento da enfermagem enquanto ciência do cuidar. A valorização social da profissão é algo que se encontra em permanente atualização o que revela a importância da formação contínua, por parte de todos aqueles que acreditam na melhoria do cuidar e do saber em enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista, doente crítico, competências, cuidados de enfermagem em fim de vida, unidade de cuidados intensivos

ABSTRACT

This report comes within the scope of the Master's course in Medical-Surgical Nursing, at the Health Sciences Institute of the Catholic University of Lisbon, and its main objective is to describe, through a critical and reflective analysis, the development of scientific, relational, technical skills and ethics for providing specialized care to people in critical situations and their families defined by the Order of Nurses, as well as Master's skills in accordance with article 15 of the legal regime for higher education degrees and diplomas.

Thus, it is intended to highlight the importance of the learning developed and consequent critical thinking, for decision-making that contribute to the continuous improvement of the quality of care.

The objective, through a literature review of the evidence of significance supported by the Joanna Briggs Institute (JBI) method, is to offer the best evidence on the experience of intensive care nurses' care in providing end-of-life care to the patient there. interned and his family, this attempt was also subsidiary to the development of master's skills.

Thus, with the aim of developing skills, I chose two fields of internship that provided me with the acquisition of knowledge and qualifications as a specialist nurse in the context of providing care to critically ill patients, these being in the context of Extra-Hospital- Vehicle service Emergency and Resuscitation Physician (VMER) and the Collection and Transplantation Coordinating Office (GCCT).

The internship at the Extra-Hospital allowed me to take care of the person in a critical situation and their family, in the second I was able to observe and participate in the complex and meticulous process of organ harvesting, for their subsequent transplantation.

This journey and learning process was strongly supported by Jean Watson's theory of Human Care, which highlights aspects such as the soul, spiritual being, transpersonal care, metaphysics and the phenomenological field, these being key factors in helping nurses to provide holistic care, achieving participate in all patient needs (Watson, J. 2018). These dimensions applied in practice promote care focused not only on healing.

The Master Nurse in Nursing has a special relevance in the interest of the growth of nursing as a care science. The social appreciation of the profession is something that is constantly being updated, which reveals the importance of continuous training on the part of all those who believe in improving care and knowledge in nursing.

Keywords: Specialist nurse, critically ill, Skills, end-of-life nursing care, intensive care unit

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- BT: Banco de tecidos
- CAPIC: Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
- CCT: Coordenador de colheita e transplantação
- CHULC: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
- CHD: Coordenador hospitalar de doação
- CNT: Coordenador Nacional de Transplantação
- CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CP: Coração parado
- CSTL-AS: Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Área do Sangue
- CSTL-AT: Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Área de Transplantação
- CST: Centro de Sangue e Transplantação
- ECMO: Extracorporal membrane oxigenation
- ECG: Eletrocardiograma
- EEEMC: Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica
- EPI`s: Equipamentos de proteção individual
- GCCT: Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
- IJB: Instituto Joanna Briggs
- HSJ: Hospital de São José
- INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica
- IPST: Instituto Português do Sangue e Transplantação
- MC: Morte cerebral
- OE: Ordem do Enfermeiros
- PCC: Paragem cardiocirculatória
- PCR: Paragem cardiorrespiratória
- PNS: Plano Nacional de Saúde
- RCEEEMC: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

- RCCEE: Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas
- RPT: Registo Português de Transplantação
- UCI: Unidade de cuidados intensivos
- UCP: Universidade Católica Portuguesa
- UT: Unidade de Transplante
- UUM: Unidade de Emergência Médica
- VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

0.Introdução……..……13
1.Experiências de cuidados em Fim de Vida, dos Enfermeiros em Unidade de Cuidados Intensivos - Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Significado…….…….……17
1.1-Enquadramento da Problemática ……18
1.2-Materiais e Métodos.……....19
1.3-Resultados……..…..22
1.4-Discussão……..28
1.5-Conclusão……...……..36
2.Descrição e análise crítica das atividades e competências desenvolvidas em estágio……..……...39
2.1-Estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação……..……..41
2.2-Estágio no Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação……....59
3.Conclusão…….……...75
4.ReferênciasBibliográficas…….…….……79
ANEXOS
ANEXOI
"Documento de Avaliação da Qualidade Metodológica do Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020).....90
ANEXO II
Certificado do primeiro prémio do Poster:"V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO".....……..92
APÊNDICE
APÊNDICE I - "Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave…….....96
APÊNDICE II
Resumo e Poster apresentado nas Jornadas de Enfermagem da UCP: "V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO"….…….……111

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, onde se expõe todo o percurso de formação, pensamento crítico e análise reflexiva.

Sendo enfermeira em unidade de cuidados intensivos há 16 anos e após a realização no ano de 2019/2020 da Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, esta formação constituiu-se muito motivadora no querer continuar a investir na área de cuidados intensivos bem como na formação contínua e desenvolvimento de competências, daí ter surgido a necessidade de atualizar e aprofundar conhecimentos, objetivando com isso um melhor desempenho, sendo este concorrente para a melhoria contínua de cuidados aos doentes e sua família.

A pessoa em situação crítica e família, são o alvo dos meus cuidados a nível profissional, que de acordo com a Ordem do Enfermeiros (OE), é definida como aquela que tem a sua vida ameaçada devido à doença, o que condiciona a necessidade de meios avançados para monitorização e vigilância contínua (Regulamento nº429 de Julho, 2018).

A oportunidade de diariamente prestar cuidados numa unidade de cuidados intensivos, mais especificamente ao doente neuro crítico e neurocirúrgico proporcionou-me o privilégio de perceber a importância dos cuidados de enfermagem, nomeadamente cuidados especializados capazes de responder e intervir junto de doentes com situações cada vez mais exigentes do ponto de vista profissional.

Consegui, neste percurso formativo, desenvolver competências relacionais, emocionais, espirituais no contacto contínuo da comunicação de más notícias, bem como adquiri competências técnicas, éticas e culturais na prestação de cuidados "o que cada um guarda dentro de si, mediante aquilo que viveu" (Honoré, 2004, p.166), contribuiu para evoluir num desejo permanente de atualização e desenvolvimento de competências.

A prática de cuidados não vive sem a atualização e o aprofundar de conhecimentos teóricos e vice-versa demonstrando assim, que um mestre deve estar em permanente simbiose entre estas realidades. Os enfermeiros peritos são aqueles que conseguem ter uma

perspetiva, uma antevisão do problema, são aqueles cujos elevados níveis de adaptabilidade e capacidade de resolução do problema proporcionado pela experiência da prática, o torna capaz de prestar cuidados ao mais alto nível (Benner,2001).

A enfermagem como ciência tem sentido uma evolução contínua na prestação de cuidados baseados na evidência científica. Perante situações cada vez mais complexas no percurso da profissão, tornou-se emergente aumentar e aprofundar a minha bagagem formativa, os conhecimentos e habilidades, pois o enfermeiro deve manter-se em formação e atualização contínua com o objetivo de melhor cuidar o outro (Lei nº.156/2015, de 16 de setembro).

A aquisição de novos conhecimentos é sempre algo inerente a um percurso formativo sendo, por isso importante, estar disponível para aprender e desenvolver uma prática reflexiva e crítica, baseada na investigação em enfermagem com o intuito de alicerçar e consolidar o meu conhecimento ao nível do saber, tal como referem vários autores entre eles (Martins, 2015).

Assim, este relatório tem como objetivo principal espelhar todo o percurso formativo, onde se evidencia o conhecimento, a capacidade de realizar raciocínio crítico, o pensamento crítico, e raciocínio estruturado concorrente para o desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, cuja discussão em prova pública aprovará a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A realização destes dois estágios permitiu o desenvolvimento de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, Ética e Legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos Cuidados e por fim do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

O trabalho agora apresentado construiu-se norteado fundamentalmente pela Teoria do Cuidado Humano, iniciado por Jean Watson, teórica de enfermagem que defende um dos pilares máximos do cuidar, a humanização, onde o respeito pela dignidade humana é a premissa que destaca, seja em que fase de saúde ou doença o indivíduo se encontre.

Ao longo do relatório irei analisar de forma crítica os objetivos de aprendizagem delineados para cada contexto de estágio, bem como espelharei as atividades concorrentes para consecução dos mesmos, com a perceção de que foram atingidos de forma global.

Este relatório está estruturado da seguinte forma, no primeiro capítulo encontra-se a revisão da literatura de evidência de significado, realizada em colaboração com uma mestranda colega de curso, cujo tema versa a experiência de cuidados dos enfermeiros na prestação de cuidados em fim de vida, em unidades de cuidados intensivos.

O segundo capítulo passa por descrever os diferentes estágios, explicitando os objetivos definidos, bem como as competências desenvolvidas, onde construi projetos de aprendizagem

individual e reflexões críticas, bem como um diário de atividades onde sublinhei os momentos marcantes e impactantes para o meu desenvolvimento, que muito contribuiu para a minha aprendizagem, os quais acabaram por nortear a redação deste documento.

O primeiro estágio teve a duração de 180h e decorreu na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), de um Hospital Central de Lisboa. O segundo local de estágio foi num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) de um Hospital em Lisboa, também com duração de 180 horas.

Na conclusão pretendo evidenciar a importância do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados de qualidade à população. Assim, e de acordo com Benner (2001), quando o enfermeiro decide colocar-se em situações da prática real, é que desenvolve um elevado grau de perícia e expertise capaz de o tornar perito numa determinada área e como tal prestar cuidados de elevada qualidade.

A referenciação bibliográfica está de acordo com a norma American Psychological Association (APA, 7ª edição,2020). Por último, são apresentados os anexos e apêndices.

1.EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO

No último século, com o desenvolvimento tecnológico surgiu a oportunidade para melhores cuidados de saúde centrados na cura. Assim, foi possível prolongar o tempo de vida das pessoas, proporcionando um claro aumento da longevidade. Por consequência, desenvolveram-se novas patologias que se tornaram crónicas e sem perspetiva de cura (Capelas *et al*., 2016).

Surgiu a despersonalização dos cuidados de saúde prestados aos doentes crónicos, o que permitiu o desenvolvimento do modelo de cuidados paliativos, chamando a atenção para o sofrimento do doente com doença incurável e para a desadequação dos cuidados prestados (Capelas *et al*., 2016).

Foram desenvolvidos vários modelos de cuidados ao doente paliativo, contudo o modelo cooperativo com intervenção nas crises, adaptado de Gómez-Batiste e seus colaboradores (2005), é o mais adequado para o que se preconiza atualmente para os cuidados paliativos. Este modelo refere que deverá existir uma permanente colaboração, com acessibilidade a intervenções curativas e paliativas, desde o início do processo de doença (Capelas *et al*., 2016)

Deste modo, considerando este modelo, um doente pode carecer de cuidados paliativos e não estar em fase de doença terminal. Por conseguinte, poderá haver a necessidade de intervenção em momentos de crise, como por exemplo em fase de doença aguda e/ou grave.

No que toca à pessoa em situação crítica internada em UCI, nem sempre a temática da necessidade de cuidados paliativos e/ou em fim de vida é mencionada ou perspetivada. Assim, para melhor compreender esta problemática, optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado, apenas com estudos qualitativos primários, com a premissa de compreender o significado das experiências de cuidados em fim de vida, da equipa de enfermagem em UCI, e assim poder levar para a prática conhecimentos baseados em evidência científica, bem como continuar a realizar investigação nesta área.

De forma a divulgar os resultados obtidos, realizou-se um *poster (*Apêndice II) apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP que foi premiado com o 1º lugar na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, apresentando-se o certificado em anexo (ANEXO II)**.**

1.1 ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida, previne e alivia o sofrimento do doente e família que enfrenta problemas associados a doenças que ameaçam a vida. A identificação precoce, avaliação correta e tratamento de problemas quer sejam físicos, psicossociais e espirituais são intervenções mencionadas pela OMS (2020) para um cuidado paliativo de excelência.

Os cuidados paliativos são precisamente uma abordagem multidisciplinar, cujo objetivo é manter e melhorar a qualidade de vida dos doentes em qualquer estádio de doença, prevenindo e aliviando o sofrimento precocemente (Metaxa *et al*, 2021), numa abordagem global e holística, havendo necessidade de formação nas diferentes áreas de atuação – física, psicológica, social e espiritual (Neto, 2016).

A ausência de resposta a um tratamento com intuito curativo, determina a progressão inexorável da doença e consequente agravamento do estado de saúde da pessoa. Os cuidados em fim de vida são considerados como o cuidado ativo e total para com este indivíduo (Attia et al., 2013) tendo como principal objetivo ajudar o doente a morrer em paz, com conforto e dignidade. (Xu *et al.*, 2022).

Por outro lado, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é vista como um ambiente técnico, objetivo e continuo (Martins *et al.*, 2015) e tem como principal objetivo ajudar a pessoa a sobreviver a uma crise de saúde aguda (Akgun *et al.,* 2019) causada por eventos de doença grave. Devido a estas características, os cuidados realizados são sustentados em um modelo biomédico, linear, baseado em tarefas, fragmentado e mecanizado, que não cuida das outras dimensões do ser humano (Martins *et al.*, 2015). A admissão de um doente na UCI é a afirmação da intenção de salvar uma vida, o que pode levar a uma despersonalização da pessoa e o mesmo é observado em função da doença, não se valorizando a pessoa que é, com dignidade e merecedora de respeito, independentemente da situação que vive (Rosário, 2009).

Na sociedade ocidental contemporânea, a morte ocorre predominantemente em ambiente hospitalar (Porock *et al*., 2009), sendo que um em cada cinco morre na UCI. (Mani & Ibrahim, 2017). A morte do doente nestas unidades, resulta muitas vezes da incapacidade de recuperação

de uma doença crítica, portanto são tomadas decisões para mudar o objetivo de cuidados (Wong *et al.*, 2020). Assim, os enfermeiros de cuidados intensivos têm que mudar frequentemente o foco dos seus cuidados de medidas curativas para cuidados em fim de vida (Attia *et al*., 2013), melhorando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento do doente.

No entanto, os membros da equipa multidisciplinar das UCI's ficam ansiosos perante as dúvidas sobre o real significado da vida e da morte, questionando-se até quando avançar com os procedimentos de suporte vital e quando será o momento para parar. Por não estarem preparados para essa questão, a medicina moderna passa a subestimar o conforto do doente terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte (Moritz *et al.,* 2008).

As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente para a qualidade de cuidados nas UCI`s e, nesse sentido, a enfermagem deve estar apta a promover alívio do sofrimento daqueles que sentem dor e desconforto durante o processo de morte (Aquino *et al.*, 2016).

Neste sentido, foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado com o objetivo de **sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI.** Pretende-se então, realizar uma síntese sobre a visão dos enfermeiros sobre esta temática, procurando compreender o que pode facilitar ou dificultar a prestação de cuidados em fim de vida, à pessoa em situação crítica.

Foi escolhido este tipo de revisão pois o fenómeno a ser estudado são as experiências dos enfermeiros que trabalham em UCI e uma investigação qualitativa contribui para a apreensão das mesmas, através de uma compreensão profunda dos pensamentos e emoções dos participantes, sendo necessários métodos rigorosos para garantir que as perspetivas dos participantes sejam descritas com precisão (Gray & Grove, 2021). Assim, uma vez que as experiências destes enfermeiros são algo subjetivo, ou seja, variam da ótica de cada um, a revisão de unicamente estudos qualitativos, permitiu compreender de forma mais profunda e real a visão destes enfermeiros sobre o fenómeno, dando significado às experiências e emoções vividas.

Por fim, esta revisão, para além da presente introdução, irá dividir-se em mais quatro subcapítulos: materiais e métodos, resultados, discussão e por último termina com uma breve conclusão da revisão da literatura.

1.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão caracteriza-se por ser uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Significado e encontra-se organizada de acordo com o método de revisão proposto por Joana Briggs Institute (JBI) segundo o Manual JBI, para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020).

Esta revisão tem como objetivo dar resposta à questão de investigação: **Quais são as experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI?**. Esta foi formulada a partir da estrutura "PICo" (Tabela 1) tendo sido utilizados única e exclusivamente estudos primários e de metodologia qualitativa, tais como fenomenologia, *grounded theory* e etnografia. Também foram considerados estudos qualitativos descritivos e exploratórios que descrevam a experiência ou os efeitos da experiência. Foram incluídos estudos com os idiomas Português, Inglês e Espanhol. Não existiu nenhum critério temporal para uma maior abrangência nos estudos encontrados. Foram excluídos todos os estudos duplicados, todos os que não cumpriram os critérios estabelecidos ou que não se encontravam disponíveis na sua versão integral à data da pesquisa.

Tabela 1 – Estrutura "PICo" para formulação da questão de investigação

P	População	Enfermeiros
I	Fenómeno de Interesse	Experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI
Co	Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos

A realização do processo de busca e posterior seleção e avaliação de artigos científicos passou por dois revisores independentes. Durante o processo foram discutidas as divergências com toda a equipa de investigação para atingir consensos.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas, como está previsto no Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020). A primeira etapa passou por realizar uma pesquisa inicial nos motores de busca *Google Scholar*, *B-On* e *Mendeley*, de forma a realizar-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos tal como os descritores utilizados, para que posteriormente se pudesse construir a equação da pesquisa. Foi então realizada nova pesquisa através do motor de busca *EBSCO*, nas bases de dados *CINAHL complete*, *MEDLINE complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers*. A equação da pesquisa utilizada foi: [Nurs* (TI) OR Nurs* (AB)] AND [Terminal care

(TI) OR Terminal care (AB) OR Palliative care (TI) OR Palliative care (AB) OR End of life care (TI) OR End of life care (AB) OR Dying care (TI) OR Dying care (AB)] AND [Intensive care uint (TI) OR Intensive care uint (AB) OR Critical care unit (TI) OR Critical care unit (AB) OR ICU (TI) OR ICU (AB)] AND [Qualitative study (AB) OR Qualitative study (TX) OR Grounded theory (AB) OR Grounded theory (TX) OR Phenomenological study (AB) OR Phenomenological study (TX) OR Case study research (AB) OR Case study research (TX)]. Finalmente, na terceira etapa procedeu-se à verificação das listas de referências dos artigos para possíveis estudos adicionais, sendo que neste caso não foram encontrados estudos que respeitassem os critérios de inclusão. Toda a pesquisa foi realizada no decorrer do mês de janeiro de 2022.

A seleção dos artigos foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Após a seleção das publicações, foi efetuada a avaliação da qualidade metodológica consoante o instrumento apresentado no Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020) intitulado JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Aromataris & Munn, 2020). Todas as avaliações efetuadas foram agrupadas numa tabela (Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica) que será apresentada no subcapítulo "1.3 Resultados". Caso a existência de limitações metodológicas, os artigos poderão ser excluídos.

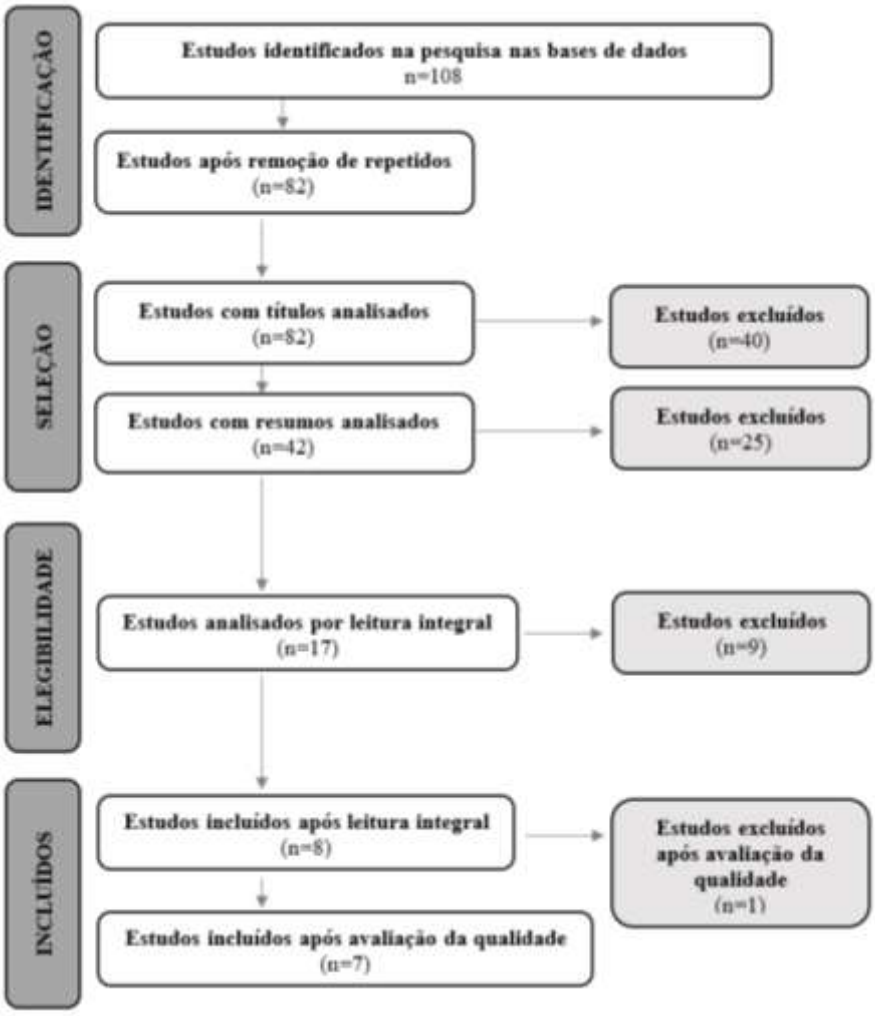
A extração dos dados foi realizada a partir da utilização de dois instrumentos de recolha de dados referenciados no Manual da JBI acima descrito, sendo os dados agrupados nesses mesmos instrumentos. O primeiro é referente à caracterização dos artigos incluídos nesta revisão (Tabela 3 – Caracterização das publicações) que será apresentada no próximo subcapítulo "1.3 Resultados". O segundo é referente à extração de ideias-chave e à respetiva avaliação de credibilidade, fazendo parte de um processo de três etapas de síntese de dados. O mesmo encontra-se representado numa tabela (Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave), que foi remetida para Apêndice I pela sua extensão.

A síntese de dados decorreu por processo de categorização com base na semelhança de significado e de agregação tendo sido procedida num processo de três etapas. A primeira consistiu na extração de ideias-chave de todos os artigos incluídos, através de uma leitura repetida dos mesmos e selecionando temas importantes para a resposta do objetivo da revisão através das vozes dos participantes e da análise temática realizada pelos autores. De seguida, foram desenvolvidas categorias baseadas na semelhança de palavras/conceitos ou temáticas. Por fim, numa terceira fase, as várias categorias foram agrupadas em dois tópicos major. Para melhor compreensão dos leitores foi ainda realizada uma tabela (Tabela 4 – Síntese de Resultados), onde são demonstrados os resultados e respetivas categorias, que será igualmente apresentado no próximo subcapítulo.

1.3 RESULTADOS

O processo de seleção dos artigos incluídos foi realizado através da estratégia de pesquisa acima descrita e encontra-se ilustrado no diagrama de fluxo (Figura 1 – Fluxograma de Resultados), tendo tido por base as recomendações metodológicas para revisões sistemáticas qualitativas do Manual do JBI (Aromataris & Munn, 2020).

Figura 1 – Fluxograma de Resultados



Com base na estratégia de pesquisa acima referida obtiveram-se num total 108 resultados. Após a remoção das publicações repetidas, ficaram 82 artigos para análise por parte de dois revisores de forma independente, sendo que no final foram discutidos os resultados chegando a um consenso. Após leitura dos títulos foram analisados 42 resumos de publicações, ficando com 17 artigos para leitura integral. Após a chegada de consenso, através dos critérios estabelecidos, foram selecionadas 8 publicações. Dessas 8 publicações, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica, tendo por base o instrumento padrão de avaliação crítica da JBI, sendo que se encontra sintetizada na Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica. Para melhor

compreensão do quadro apresentado, o instrumento utilizado denominado JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Aromataris & Munn, 2020) foi remetido para anexo (ANEXO I).

Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica.

Artigos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Aquino *et al*. (2016)	S	S	S	N	N	N	NA	N	N	N
Holms *et al*. (2014)	S	S	S	S	S	N	NA	S	N	S
Vaughn & Salas (2022)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Alasiry *et al*. (2012)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S
McCallum & McConigley (2013)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
McKeown *et al*. (2010)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Silva *et al*. (2020)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Jordan *et al*. (2014)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S

S – Sim; N – Não; NC – Não está claro; NA – Não se aplica

Após a avaliação metodológica, o artigo de Aquino *et al*., (2016) foi excluído por limitações metodológicas. Apesar de a forma de colheita de dados ser congruente com a metodologia utilizada, tendo sido através de entrevistas semiestruturadas, não houve demonstração dos resultados nem representação das vozes dos participantes, havendo unicamente uma descrição global dos resultados obtidos.

Em todos os outros artigos, a questão sobre a influência do pesquisador na pesquisa (Q7) foi colocada com "Não se aplica", pois, os objetivos das publicações escolhidas era explorar perspetivas, não havendo influência do pesquisador sobre os resultados obtidos.

Sendo assim, após avaliação da qualidade metodológica, obteve-se um total de 7 artigos com datas de publicação compreendidas entre 2010 e 2022, havendo pelo menos uma publicação em cada continente, excluindo a Antártica. As publicações que constituem esta revisão da literatura encontram-se caracterizadas na Tabela 3 – Caracterização das publicações, incluindo as datas de publicação, país, objetivo do artigo, população e metodologia utilizada.

Tabela 3 – Caracterização das publicações

Autores	Ano	País	Objetivos	População	Metodologia
Holms *et al.*	2014	Escócia	Explorar as experiências dos enfermeiros de UCI que prestaram cuidados de fim-de-vida a doente e à sua família	5 enfermeiros registados de "*Band* 5" e "*Band* 6", podendo trabalhar em *part-time* ou a tempo inteiro e que tenham prestado cuidados a doentes em fim-de-vida nos últimos 2 anos.	Fenomenologia
Vaughn & Salas	2022	Canadá	1) Explorar as barreiras na prestação de cuidados paliativos em cuidados intensivos na perspetiva dos enfermeiros de cuidados intensivos 2) Examinar os facilitadores na prestação de cuidados paliativos em cuidados intensivos na perspetiva dos enfermeiros de cuidados intensivos	11 enfermeiros com experiência em cuidados intensivos entre 1 e 15 anos.	Qualitativa descritiva
Alasiry *et al.*	2012	Arábia Saudita	Explorar as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados paliativos a doentes críticos numa unidade de cuidados intensivos na Arábia Saudita	9 enfermeiros (4 mulheres e 5 homens; 4 falavam Árabe e 5 não falavam Árabe), com experiência de pelo menos 3 anos.	Qualitativa
McCallum & McConigley	2013	Austrália	Ganhar mais informação sobre as experiências dos enfermeiros que proporcionam uma experiência de fim de vida digna numa UCI	5 enfermeiras, com média de idades de 36 anos, havendo uma diferença de 20 anos da enfermeira mais nova e a mais velha. Apresentavam uma média de anos de experiência de 10 anos e uma média de anos de experiência na unidade de 8 anos	Qualitativa descritiva e exploratória

McKeown *et al.*	2010	Escócia	Explorar em profundidade as visões e experiências da equipa da UCI sobre as dificuldades na prestação de cuidados paliativos na UCI *Stirling Royal Infirmary*	Um total de 25 profissionais de saúde sendo 10 enfermeiros	Qualitativa
Silva *et al*.	2020	Brasil	Identificar a perceção da equipa de enfermagem sobre cuidados paliativos na UCI	30 profissionais da equipa de enfermagem, sendo 18 enfermeiros e 12 técnicos em enfermagem. As idades dos participantes estão compreendidas entre 30 e 59 anos, sendo que a maioria se concentra nas idades entre 30 e 39 anos. 22 eram do sexo feminino 23 enfermeiros apresentavam mais de 10 anos de experiência, contudo o tempo de atuação em cuidados intensivos era menor do que 4 anos	Qualitativa
Jordan *et al*.	2014	África do Sul	Explorar e descrever as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente a questões de fim de vida em uma UCI	20 enfermeiras registados, sendo que só realizaram entrevistas semiestruturadas a 9 enfermeiras, por saturação dos dados (4 com qualificações adicionais em enfermagem de cuidados intensivos, 5 com experiência em enfermagem de cuidados intensivos)	Qualitativa, descritiva, exploratória e contextual

Foram realizadas leituras sucessivas dos 7 artigos com extração das ideias - chave e respetivos níveis de credibilidade, constituindo assim a Tabela 5 – Apresentação de

Resultados: Ideias – Chave, que foi remetida para apêndice pela sua extensão (APÊNDICE I).

Tabela 4 – Síntese de Resultados

Autores (ano)	Facilidades				Dificuldades				
	Comunicação	Conforto	Envolvimento da família	Padronização de cuidados	Comunicação	Ambiente da UCI	Paradigma curativo em UCI	Défice de formação	Experiência de *stress*
Holms *et al.* (2014)	x			X	X	X		x	x
Vaughn & Salas (2022)	x		X		X	X	x	x	
Alasiry *et al.* (2012)	x	X		X	X				x
McCallum & McConigley (2013)		X				X	x		
McKeown *et al.* (2010)					X		x		
Silva *et al*. (2020)	x	X	X						
Jordan *et al*. (2014)			X					x	x

A tabela acima (Tabela 4 – Síntese de Resultados) corresponde a uma síntese de todos os resultados obtidos agrupados em diferentes categorias e pode compreender-se quais as categorias mais referenciadas.

Conseguiu-se identificar um total de nove categorias que foram agrupadas em dois grandes temas: facilidades e dificuldades, que, na visão dos enfermeiros, influenciavam os cuidados com intuito paliativo à pessoa internada em UCI. Foram identificadas quatro facilidades: (1) Comunicação; (2) Conforto; (3) Envolvimento da família; (4) Padronização de cuidados; e encontrou-se cinco dificuldades: (1) Comunicação; (2) Ambiente da UCI; (3) Paradigma curativo em UCI; (4) Défice de formação; (5) Experiência de Stress.

O fenómeno da comunicação foi o mais abordado nas publicações incluídas, tendo sido referenciado num total de 5 artigos. Foi dividido em duas categorias distintas por ser apresentado tanto como facilidade como dificuldade dependendo se a comunicação era ou não eficaz.

1.4 DISCUSSÃO

Esta revisão demonstra as várias experiências dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados em fim de vida na UCI. Foram identificadas facilidades que influenciam estes cuidados, mas sobretudo destacaram-se as dificuldades. De seguida irão ser abordadas as várias categorias já anteriormente referidas de forma a compreender melhor o significado das experiências dos vários participantes dos estudos incluídos.

Assim, os estudos utilizados para a realização desta revisão foram norteados por diversos países (Escócia, Canadá, Arabia Saudita, Austrália, Brasil e Africa do Sul), o que permitiu ter uma visão mais abrangente sobre o tema em estudo. Os artigos utilizados para o estudo encontram-se entre o ano de 2010 do autor McKeown *et al*., (2010) e 2022 com o artigo de Vaughn & Salas (2022).

Facilidades

Comunicação

A comunicação como facilidade é um dos fenómenos mais referenciados, pois foi focada em quatro dos sete artigos utilizados para a elaboração da revisão.

No estudo de Holms *et al*., (2014) foi destacada a importância de uma boa comunicação entre a equipa, sendo determinante envolver a equipa multidisciplinar na comunicação com a família e doente durante todo o processo da prestação de cuidados em fim de vida.

Por outro lado, segundo Vaughn & Salas (2022) uma comunicação honesta, aberta, adequada e centrada no doente é fundamental para uma correta prestação de cuidados em fim de vida em contexto de UCI. Este processo facilita a promoção de cuidados de qualidade focados no doente.

De acordo com os autores supracitados, perceber o que o doente moribundo gostaria de fazer na fase final da sua vida é algo possível em ambiente de UCI, pois esta comunicação entre o enfermeiro/doente conduz à boa prática de cuidados em fim de vida, dando importância à vontade do outro. (Vaughn, L. & Salas, AS., 2022).

Noutra perspetiva, Alasiry *et al*. (2012) evidencia a importância da partilha de informação entre equipa, principalmente aquando da discussão de quais as intervenções médicas que o doente necessita. Sempre que a equipa discute quais os cuidados mais adequados a realizar ao doente, melhor serão as intervenções realizadas (Alasiry *et al*.**,** 2012). É de destacar a importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados em fim de vida, na medida em que, é este profissional que a equipa multidisciplinar aborda em primeira linha. Esta vê o enfermeiro como elemento da equipa que é detentor de maior conhecimento do doente, portanto é neste profissional que a equipa vai procurar mais informação com o objetivo de personalizar cuidados (Alasiry *et al*.**,** 2012).

Por último Silva *et al*. (2020), entende como comunicação eficaz quando a informação que a equipa de saúde detém é passada de forma uniformizada e clara ao doente, bem como à família que é vista como parceira de cuidados. De acordo com os mesmos autores, a família e o doente têm o direito fundamental de participar nas decisões tomadas e isso só é possível se estes estiverem sempre envolvidos no processo (Silva *et al*., 2020).

Os diferentes artigos enfatizam a importância de uma comunicação eficaz como estratégia para uma melhoria na prática de cuidados paliativos ao doente da UCI. Segundo Holms *et al*. (2014) em concordância com Alasiry *et al*. (2012) a comunicação entre a equipa é algo fundamental na boa prática. No entanto, Vaughn & Salas (2022) e Silva *et al*. (2020) focam o seu estudo na importância da informação passada à família/doente enquanto aliados na prestação de cuidados mais específicos e adequados à pessoa que necessita de cuidados em fim de vida, de qualidade.

Conforto

A temática do conforto foi destacada de forma explícita em três dos sete artigos analisados. Para Kolcaba (2003) existem três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) em

quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Assim, achou-se pertinente incluir o fenómeno da espiritualidade, na categoria do conforto.

O tema da espiritualidade centrada no conforto espiritual caracteriza-se de acordo com Alasiry *et al*., (2012) como algo inerente ao bem-estar do doente em fim de vida, ou seja, um elemento fulcral no bem-estar do doente. De acordo com Alasiry *et al*., (2012), para garantir o bem-estar do doente em final de vida, o enfermeiro deve estar preocupado em conhecer e compreender o meio onde este cresceu e quais os seus valores e crenças. Desta forma, consegue estabelecer uma relação terapêutica e adequada ao outro, onde proporciona cuidados paliativos individualizados independentemente de a pessoa, se encontrar internada em contexto de UCI.

Alasiry *et al*., (2012) referem igualmente que as diferenças culturais podem afetar a prestação de cuidados. O facto de o profissional saber falar a mesma língua, partilhar a mesma cultura e crenças facilita todo o processo de prestação de cuidados paliativos à pessoa em situação crítica em UCI, pois desta forma a mensagem obtida através da comunicação é corretamente valorizada (Alasiry, S. *et al*., 2012).

Silva *et al*., (2020) e McCallum & McConigley (2013) consideram que o conforto físico e espiritual são indissociáveis. Os segundos autores referem que o enfermeiro tem o papel de proteger o doente de todos os cuidados invasivos desnecessários e que são apenas geradores de sofrimento.

De acordo com McCallum & McConigley (2013), o controlo de sintomas é fulcral para proporcionar conforto (físico) e assim garantir a dignidade do doente. É destacado pelos participantes deste estudo o alívio da dor no sentido de proporcionar qualidade de vida ao doente que recebe cuidados paliativos. Os cuidados em fim de vida são vistos como o cuidar humanizado, quando todas as tentativas de tratamento já foram esgotadas.

Na vertente do conforto espiritual, McCallum & McConigley (2013) descrevem a importância de respeitar a espiritualidade e os últimos desejos do doente e da família, de forma a manter a sua dignidade durante todo o internamente vivenciado na UCI.

Por outro lado, o estudo relata que todo indivíduo tem a sua religião, crenças e valores que nesta fase do cuidar deve ser totalmente garantida por parte do enfermeiro, pois o doente vai agarrar-se à sua espiritualidade para conseguir viver esta etapa com a garantia de qualidade de vida (McCallum & McConigley, 2013).

Os três artigos são perentórios na importância de proporcionar cuidados em fim de vida em UCI, onde o conforto é considerado como um elemento fulcral na boa prática, bem como na qualidade de cuidados prestados.

Envolvimento da família

O tema associado ao envolvimento da família, com o intuito de melhorar ou facilitar os cuidados em fim de vida ao doente internado na UCI, tem um particular destaque em três dos artigos envolvidos para a realização desta revisão. A realçar que um dos artigos onde este tema está mencionado é do ano de 2022, o que nos demonstra a atualidade e pertinência do fenómeno.

No artigo de Vaughn & Salas (2022) a família aparece como um elemento chave no conhecimento do doente e das suas vontades. Este artigo destaca a realização de um plano de cuidados antecipado tendo o envolvimento da família de forma personalizar os cuidados prestados. No momento da tomada de decisão para prestação de cuidados em fim de vida estes autores consideram igualmente importante a participação da família.

Tal como no artigo anterior, o estudo de Silva *et al*., (2020) e o artigo de Jordan *et al*. (2014) enfatizam a família como um elo de ligação entre a vontade do doente e a planificação de cuidados em fim de vida.

De acordo com Silva *et al*., (2020), a família para além da participação no plano de cuidados, tem um destaque especial na tomada de decisão. Jordan *et al.,* (2014) corrobora esta afirmação, pois para os autores, a família deve estar presente na reunião da equipa multidisciplinar e é entre todos que a decisão para iniciar cuidados em fim de vida dirigidos ao indivíduo é tomada, pois a família sabe quais os cuidados de saúde que o doente gostaria de receber.

Os três estudos encontram-se direcionados ao envolvimento da família e à importância da mesma no ciclo vital do indivíduo. A família é vista pelos três artigos como a ponte entre a vontade do doente e a prestação de cuidados em fim de vida mais personalizados.

Padronização de cuidados

A existência de protocolos orientadores na prestação de cuidados é uma área em permanente desenvolvimento através da realização de procedimentos, normativas, etc., sendo que pretendesse padronizar ideias e formas de trabalhar perante um determinado diagnóstico.

Quando surgiu nos estudos a ideia de padronização de cuidados, percebeu-se que o objetivo da existência destes documentos na área dos cuidados em fim de vida em ambiente de UCI, tinha uma especial importância devido à dificuldade em perceber os *timings*, formas de atuar e intervenções específicas na abordagem ao doente que deixa de receber intervenções médicas do foro intensivo e inicia intervenções específicas a nível paliativo.

No mapeamento dos estudos percebeu-se que apenas dois dos sete artigos diferenciavam a existência de um protocolo que norteasse a prestação de cuidados.

No artigo de Holms *et al*., (2014) percebe-se que a existência de um protocolo específico dentro do hospital, proporciona aos profissionais uma maior confiança na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, na UCI. Através da utilização de um sistema integrado de cuidados (Liverpool Care Pathway), os enfermeiros conseguem ter um guião para trabalhar e neste obter orientações mais claras, menos papelada e cuidados em fim de vida mais estruturados (Holms *et al*., 2014).

Outra perspetiva sobre a vantagem do uso de procedimentos específicos nesta área, em ambiente de UCI prende-se, tal como diz Alasiry *et al*., (2012), à existência de protocolos para cada ação de enfermagem, pois facilita o controlo de sintomas, o que permite ao enfermeiro prestar cuidados mais céleres e por consequência mais específicos. Assim, os enfermeiros enfatizam a importância de falarem todos a mesma linguagem, através da existência de protocolos onde pode haver uma padronização de cuidados (Alasiry *et al*., 2012).

Através dos estudos acima citados, a padronização de cuidados emerge da necessidade de ter um apoio no momento de iniciar e prestar cuidados o mais rápido e eficazes possíveis, aos doentes que iniciam cuidados em fim de vida, em contexto de UCI, enquanto doente crítico.

Dificuldades

Comunicação

A comunicação como dificuldade, tanto entre a equipa multidisciplinar como para com o doente e a família, foi mencionada em quatro artigos, revelando-se das dificuldades mais referenciadas pelos enfermeiros.

Segundo Holms *et al*., (2014) os enfermeiros referem a existência de falhas na comunicação entre a equipa multidisciplinar, o doente e família, gerando mensagens contraditórias e inconscientes, principalmente quando se trata de decisões sobre suspender os cuidados curativos. Quando a comunicação entre a equipa não é clara e não existe consenso nas tomadas de decisão, pode gerar mensagens contraditórias para o doente e família. Esta questão é corroborada por Vaughn & Salas (2022), pois os enfermeiros referem que o tema cuidados em fim de vida é muitas vezes evitado na UCI, sendo abordado tardiamente no processo de cuidados. Referem igualmente que esta abordagem é feita de forma incorreta por parte da equipa, levando a mensagens

conflituosas quando posteriormente é abordado à família o tema de suspender os cuidados curativos ao doente.

Este tema é mencionado por McKeown *et al*., (2010) de forma subtil, pois este artigo fala sobre a rotação frequente dos médicos levando a interrupções e alterações do planeamento dos cuidados, demonstrando assim falhas de comunicação entre a equipa, pois não há consenso na tomada de decisões. Foi referenciado pelos enfermeiros entrevistados que doentes passam de cuidados paliativos para cuidados com intuito curativo e vice-versa dependendo do médico que presta cuidados, não existindo assim, uma continuidade linear, podendo desenvolver sentimentos conflituosos na família.

Por outro lado, na publicação de Alasiry *et al*., (2012), a comunicação enquanto dificuldade é referida noutra perspetiva. A barreira linguística é vista como a principal barreira na comunicação entre o enfermeiro e o doente, pois muitos dos enfermeiros que prestam cuidados na Arabia Saudita não sabem falar árabe, levando a que por vezes as mensagens que querem ser transmitidas possam ser ambíguas.

Na grande maioria das vezes, os enfermeiros que trabalham em UCI, tal como o resto da equipa multidisciplinar, não estão preparados para falar sobre a possibilidade de os tratamentos serem suspensos e iniciar cuidados de conforto e de fim de vida, pois ainda existe um paradigma curativo dentro da unidade, ou seja, o objetivo dos cuidados ainda está muito direcionado para salvar vidas e não para ajudar a morrer, tal como será discutido de seguida.

Paradigma curativo em UCI

O paradigma curativo da equipa da UCI foi referenciado em três das publicações, tendo sido incluída nesta categoria a questão da tomada de decisão, pois as decisões tomadas pela equipa são influenciadas por esta cultura e pensamento.

Segundo Vaughn & Salas (2022), as UCI's estão enraizadas numa cultura e mentalidade para salvar vidas, o que por vezes pode dificultar a decisão médica para prestação de cuidados em fim de vida, em exclusivo. De acordo com estes autores, por vezes não é tomada uma decisão definitiva e os cuidados ficam num "limbo" entre a perspetiva de salvar a vida ou de dar conforto até à morte, o que é visto como uma dificuldade para os enfermeiros, pois muitas das vezes não sabem como hão de proceder.

McCallum & McConigley (2013) afirmam que os cuidados em fim de vida muitas vezes são negligenciados pois a mentalidade da equipa está direcionada para salvar vidas. O fenómeno dos cuidados paliativos não é visto como tão importante para os membros mais velhos da equipa

médica, muitas vezes alterando o plano de cuidados de uma perspetiva paliativa para uma perspetiva curativa (McKeown *et al*., 2010). Estes autores, confirmam igualmente a dificuldade sentida pelos enfermeiros quando se veem a prestar cuidados a doentes com o intuito curativo, por decisão médica, utilizando métodos invasivos, percebendo que estão só a aumentar o sofrimento do doente e da família. Desta forma, tentam fazer ver à equipa médica que tais decisões podem causar sofrimento desnecessário.

Por outro lado, quando a decisão para prestação de cuidados em fim de vida é tomada, os doentes acabam por deixar de ser uma prioridade sendo rapidamente transferidos da UCI para dar primazia aos doentes com necessidade de cuidados emergentes. Assim, é gerado um conflito interno nos enfermeiros entre a necessidade de espaço para um doente crítico e proporcionar uma morte tranquila sem que o doente passe por uma transferência de serviço nos últimos momentos de vida (Vaughn & Salas, 2022).

Ambiente da UCI

Dos sete artigos utilizados para esta revisão, três referenciaram o ambiente da UCI como sendo uma dificuldade para a prestação de cuidados paliativos e/ou cuidados em fim de vida.

Os enfermeiros do estudo de McCallum & McConigley (2013) referem que existe falta de espaço na unidade e que o espaço entre as camas é pequeno o que leva à inexistência de privacidade entre os doentes. Holms *et al*. (2014) e Vaughn & Salas (2022) concordam com a falta de privacidade existente na UCI e referem também que o ambiente da UCI é um ambiente ocupado e barulhento, sendo considerado pelos enfermeiros uma dificuldade aquando da prestação de cuidados em fim de vida, com o objetivo de proporcionar uma morte digna e em paz. Vaughn & Salas (2022) ainda se referem à alta utilização de tecnologia como uma barreira para a prestação de cuidados em fim de vida.

Apesar de os três artigos concordarem que o ambiente da UCI não é ideal para prestar cuidados paliativos, Holms *et al*. (2014) e Vaughn & Salas (2022) dão destaque ao rácio enfermeiro/doente ser de um para um, o que facilita o cuidado ao doente em fim de vida, pois a atenção do enfermeiro é totalmente direcionada para o doente e para a sua família.

Défice de formação

A existência de pouca formação sobre a prestação de cuidados em fim de vida foi referenciada em três das publicações utilizadas para a revisão. Os enfermeiros entrevistados

identificaram um acesso mínimo à formação sobre cuidados paliativos e/ou em fim de vida como sendo uma barreira para o cuidado (Vaughn & Salas, 2022). Segundo Holms *et al*., (2014) e Jordan *et al*., (2014) todos os enfermeiros entrevistados referenciaram que receberam pouca formação sobre os cuidados em fim de vida, principalmente em ambiente de UCI.

Holms *et al*., (2014) referem que ensinar sobre cuidados paliativos e/ou em fim de vida pode ser um tema complexo e que muitas vezes é expectável que os enfermeiros saibam como prestar cuidados em fim de vida, contudo não é o caso, pois muitos dos enfermeiros têm o desejo de ter mais formação sobre como comunicar com o doente e família sobre doenças graves (Vaughn & Salas, 2022).

Jordan *et al*., (2014) reconhecem a necessidade de formação e acompanhamento dos enfermeiros ao iniciar funções em uma UCI. Contudo, os enfermeiros nos estudos de Holms *et al*., (2014) e Vaughn & Salas (2022) concordam que as suas competências no cuidado em fim de vida foram desenvolvidas através da prestação direta de cuidados com boas e más experiências e através da observação dos elementos mais experientes.

Desta forma, os três artigos concordam que existe necessidade de uma maior formação sobre cuidados paliativos e/ou em fim de vida, para uma melhor prestação de cuidados na UCI.

Experiência de *Stress*

Os fenómenos de *stress* (tanto psicológico, como desgaste físico) e falta de suporte na equipa foram agrupadas em uma única categoria pois estão diretamente relacionadas, porque a falta de suporte na equipa pode agravar o stress da mesma, tal como a existência de *stress* na equipa, pode ser melhorado quando há um apoio entre os membros da equipa multidisciplinar. Estas temáticas foram referenciadas em três dos artigos utilizados.

Segundo Holms *et al*., (2014), os enfermeiros entrevistados referem sentimentos de angústia, frustração, raiva e tristeza aquando a prestação de cuidados em fim de vida, principalmente quando existe alguma das barreiras anteriormente referidas como a comunicação não eficaz, o ambiente não ideal e défice na formação. Os mesmos autores também referem que os enfermeiros que não participam nas decisões do plano de cuidados desenvolvem sentimentos de angústia e *stress.* Por outro lado, apesar de Jordan *et al*., (2014) concordarem que a prestação de cuidados em fim de vida causa sentimentos de angústia, impotência, frustração, tristeza e raiva, a principal causa referida pelos enfermeiros entrevistados para o desenvolvimento destes sentimentos é participarem no término do tratamento curativo e sentirem que não conseguem fazer mais nada para salvarem os doentes.

É igualmente importante referir que os enfermeiros desenvolvem sentimentos de frustração, aumentando o seu s*tress* psicológico, por não serem capazes de defender efetivamente o doente em fim de vida e diminuir o seu sofrimento. Os enfermeiros justificam esta dificuldade através da existência de um conflito hierárquico vivido entre enfermeiros e médicos (Jordan *et al*., 2014).

Segundo Alasiry *et al*., (2012), para trabalhar na UCI é necessário ter muita tolerância e paciência devido à morte de pessoas muito jovens, o que causa muita tristeza aos enfermeiros. Estes autores referem igualmente que a relação criada com a família, quando muito próxima, afeta psicologicamente os enfermeiros quando a situação clínica do doente não é favorável (Alasiry *et al*., 2012).

Alasiry *et al*., (2012) também dão ênfase ao desgaste físico, pois os doentes internados em UCI requerem cuidados redobrados, principalmente os que têm maus prognósticos. Segundo os enfermeiros deste artigo, existe uma carga física intensa pela necessidade de prestação de cuidados até ao último momento.

Neste sentido, é importante uma rede de suporte estável e forte, contudo é referido pelos enfermeiros que os outros membros da equipa multidisciplinar e os membros da chefia oferecem pouco suporte nestas situações (Holms *et al*., 2014). Jordan *et al*., (2014) concordam com a falta de suporte por parte da gestão hospitalar, principalmente com os membros mais novos da equipa.

No entanto, os enfermeiros da publicação de Jordan *et al*., (2014) referem a existência de suporte entre os membros da equipa de enfermagem, o que se torna benéfico na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, diminuindo, assim, os sentimentos acima referidos.

1.5 CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos em UCI é um tema pouco estudado em Portugal, no entanto acaba por ser algo atual e merecedor de estudo científico, pois os enfermeiros de UCI encontram-se em contacto permanente com a pessoa em situação critica, em todas as suas vertentes. Quando deparados com o doente cuja doença grave se torna irreversível, estes devem prestar cuidados direcionados ao sofrimento da pessoa e sua família, com o objetivo de garantir o máximo de conforto.

Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidados dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades

De acordo com os artigos incluídos, os fenómenos facilitadores para este processo, como a comunicação, o conforto, o envolvimento da família e a padronização de cuidados, são fundamentais para poder proporcionar ao doente/família cuidados de qualidade. No entanto, verificou-se que são mais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que as facilidades, o que nos demonstra uma lacuna nesta área da saúde.

O ambiente em UCI encontra-se associado a uma vertente curativa e tecnológica, onde os tratamentos são rápidos e contínuos, sendo marcados pela falta de espaço, pouca privacidade e ruido, o que pode condicionar a vertente mais humana do cuidar. Desta forma é importante estudar estratégias para abrir horizontes.

O paradigma curativo existente na UCI é igualmente um dos obstáculos que pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados, mais precisamente no que toca aos cuidados em fim de vida. Este pensamento enraizado influencia a comunicação entre doente, família e a equipa de saúde, pois muitas das vezes o tema cuidados paliativos é visto como "tabu". Este fenómeno como barreira tem um contorno complexo quando não se consegue chegar a consensos durante a tomada de decisão, o que pode levar a mensagens contraditórias e desta forma comprometer o início e posterior plano de cuidados.

Constatou-se que o fenómeno mais abordado nos diferentes artigos está relacionado com a importância da comunicação, quer como elemento facilitador quer como elemento dificultador, associado à importância da mensagem passada na equipa multidisciplinar, bem como a informação prestada ao doente/família.

Repetidamente é expectável que os enfermeiros saibam como prestar cuidados em fim de vida, contudo o défice de formação sobre esta área está muito presente, sendo que os enfermeiros acabam por aprender através da observação dos pares ou pelas próprias experiências.

Para além da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida per si, todos estes obstáculos causam sentimentos de tristeza, angústia e frustração perante a equipa de enfermagem, podendo ser geradores de *stress* na maioria dos casos. Portanto, a necessidade constante de apoio entre membros da equipa ou até mesmo apoio especializado é fulcral, contudo, apesar de na equipa de enfermagem existir suporte contínuo, é verificado um défice deste, perante outros membros da equipa e até profissional.

Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente em desenvolvimento de competências dos Enfermeiros em UCI. Compreender o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI, enfatizando as facilidades, no entanto, debruçando-nos essencialmente nas dificuldades, demonstra a necessidade e a pertinência do tema em estudo.

A realçar como limitação major na presente revisão, o não se ter tido acesso integral a determinados artigos, que poderiam ser importantes na abordagem da temática.

Como consideração final, o facto de os estudos incluídos não terem sido realizados em Portugal, demonstra não existir evidência suficiente sobre o significado das experiências de cuidado em fim de vida dos enfermeiros portugueses. A enfermagem Portuguesa destaca-se no mundo pelo domínio do saber cuidar, portanto torna-se importante fomentar a investigação nesta área, para poder aplicar na prática e assim implementar estratégias que garantam a contínua melhoria de cuidados prestados à população.

2.DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

A enfermagem sofreu uma grande evolução ao longo dos anos, é notório a importância do desenvolvimento da profissão enquanto ciência, dependente da investigação e da teoria.

De acordo com Watson (2002), a enfermagem ao longo dos tempos mudou "formas de pensar" fixadas num modelo apenas médico e ultrapassou marcos, através do progresso na educação, investigação e nas práticas, onde demonstra ser aquela que mais contribui no mundo para os cuidados de saúde.

Assim, evolui ao longo dos tempos com base na investigação científica, com articulação do desenvolvimento teórico para a aplicabilidade na prática. De acordo com Hesbeen (2000), a enfermagem é descrita como a profissão do cuidar, que combina conhecimento, intuição, destreza para poder cuidar de alguém de forma única.

Sem a teoria que advém do desenvolvimento do conhecimento científico, a prática tem tendência a desaparecer, o que segundo Brandão (2018) demonstra que as teorias conseguem passar a mensagem de explicações e descrições consistentes, que acabam por ser uteis para a população, compreender conceitos e princípios associados ao conhecimento científico do cuidar em enfermagem.

No sentido de nortear este relatório, e no âmbito da teoria para explicar a ciência do cuidar, cabe dar enfase à Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, inserida na Escola do Cuidar. Esta realça a importância do ser humano como algo único com necessidades individuais e subjetivas, sendo maior que a soma das suas partes, onde este não se consegue in dissociar do universo que se encontra inserido, as intervenções de enfermagem enfatizam as vivências das pessoas, onde as mesmas têm um papel ativo, poder de decisão perante o caminho que pretendem percorrer ao longo do seu ciclo de vida (Watson,2012).

Nesta escola de pensamento, o seu valor primordial associa-se ao respeito pela dignidade humana, onde o conceito de ouro é o cuidar do outro, de forma única e personalizada. Na Teoria do Cuidado Humano, a pessoa torna-se o centro da atuação do enfermeiro. Esta promove dez fatores do cuidar: ser generoso; promover a fé e a esperança; ter soluções criativas para a resolução

dos problemas; formação de enfermeiros baseada numa formação humanista; assumir enfermeiros com expressões realistas quando cuidam de alguém pois também são pessoas; desenvolver uma relação de ajuda e confiança na relação humana; formação contínua; proteção e suporte ao ambiente onde a pessoa está; assistência face às Necessidades Humanas Básicas; a permissão das forças fenomenológicas e espirituais (Sitzman *et al.*, 2021).

A pessoa é um ser único, espiritual, com liberdade de escolha, participa na tomada de decisão da sua vida, onde é importante a harmonia entre a mente, o corpo e a alma, assim o enfermeiro torna-se coparticipante neste processo, onde o bem-estar do outro entra em simbiose no seu cuidado, e cuja dignidade como indivíduo encontra-se preservada (Watson,2012).

Com o intuito de melhorar e adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências como enfermeira especialista, os estágios tornam-se momentos únicos de aprendizagem fundamentada na prática onde a aplicabilidade dos saberes obtidos na teoria, podem ter maior expressão no cuidar.

Compete ao enfermeiro a responsabilidade de manter "a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (Artigo 109º, da Lei 156/2015 de 16 de setembro, p.3).

A referir que a Ordem dos Enfermeiros, entende como conceito de competência "um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquirida ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho" (OE.,2017b, p.2). É também considerada "um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação" (OE., 2017b,p.2).

Os subcapítulos que passo a descrever no decorrer do relatório orientam um pensamento crítico-reflexivo com o objetivo de descriminar competências aprendidas, pois não basta "executar cuidados de enfermagem com delicadeza, solicitude e simpatia, mas também questionar a própria ação, refletir sobre o porquê das coisas" (Figueiredo, 2004, p. 113).

Com o objetivo de desenvolver competências específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), tive a oportunidade de realizar estágio em dois contextos diferentes, mas que se revelaram muito complementares: o primeiro foi na Viatura Médica Emergência Reanimação (VMER) e o segundo no Gabinete de Coordenação e Colheita Transplantação (GCCT).

As escolhas destes locais de estágio foram intencionais, dado ter como objetivo desde o início da minha vida profissional fazer aprendizagens e desenvolver competências neste âmbito do cuidado especializado e, necessitar por isso, de desenvolver habilidades e competências.

Cuidar com qualidade implica valores humanísticos, capacidade de cuidar em diferentes cenários de acordo com o nível de complexidade, conhecimento científico, para a formação continua em enfermagem, esse processo inicia-se no estudante e continua com o doente e família (Rabiais,2014).

Desta forma, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (OE,2018) norteia a realização dos subcapítulos que se seguem, através da reflexão e consequente fundamentação, daquelas que foram as atividades mais significativas, durante o processo de aprendizagem.

2.1 ESTÁGIO NA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Com o intuito de aquisição de competências comuns e específicas ao Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em Situação Crítica e Família, este subcapítulo aborda a atualização bem como aprendizagem de novos conhecimentos, através da formação e investigação da realidade do extra-hospitalar.

O cuidar baseado na evidência científica faz parte do compromisso do enfermeiro, este deve analisar de forma crítica e adaptar os cuidados que presta de acordo com as circunstâncias, embora o meio extra-hospitalar per si seja algo hostil e sempre inesperado, nunca se pode descorar os padrões de qualidade, sobre os quais cuidar em enfermagem assenta.

Prestar cuidados de enfermagem enquanto futura EEEMC é meu propósito, e de acordo com o Regulamento de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialista (RCCEE), é meu dever fomentar a realização de planos de cuidados adequados às necessidades da população, com intuito preventivo de estabilização, manutenção e posterior recuperação, com o foco vigente na promoção da saúde e a prevenção da doença (OE, 2019).

A enfermagem do extra-hospitalar implica um exercício, que tem como premissa assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa em situação critica, em cada etapa do seu ciclo vital, família ou comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local de emergência até à unidade de saúde de referência (Regulamento nº226 de 16 de abril, 2018).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (RCCEEEMC), pessoa em situação critica é **"**aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende

de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (Regulamento nº429 de 16 de julho, 2018, p.19362).

A VMER é um veículo de intervenção do extra-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica (constituída por enfermeiro e médico) diretamente ao local onde se encontra a vítima, quer seja no domicílio ou na via pública. Têm base hospitalar (a base encontra-se perto do serviço de urgência), e funciona como extensão do Serviço de Urgência (SU) à comunidade.

Este serviço caracteriza-se por ser uma estrutura autónoma dotada de recursos humanos com formação específica, e tem como principal objetivo a estabilização no extra-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita. Esta dispõe de equipamento para Suporte Avançado de Vida em situações do foro médico ou traumatológico. Atua na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Indo ao encontro do disposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, considerei que deveria delinear um objetivo de âmbito geral:

Desenvolver competências científicas, técnicas éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto do extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Assim este objetivo geral dividiu-se em dois objetivos específicos: (1) - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto do extra-hospitalar; (2) - Participar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto do extra-hospitalar.

Compreender a complexidade do cuidado do doente crítico, onde o enfermeiro tem um papel fundamental de vigilância permanente e consequente tomada de decisão, por forma a detetar problemas de saúde e intervir precocemente, orientou todas as intervenções de enfermagem realizadas.

Numa situação de intervenção de emergência o enfermeiro deve atuar de acordo com um plano, onde gere a resposta de cuidados de uma forma rápida, sistemática, eficaz, e demonstra conhecimentos, em suporte avançado de vida para conseguir responder em tempo útil, (Regulamento nº429 de 16 de julho, 2018).

Assim, e tendo como base a abordagem atualmente preconizada para ocorrências de situações críticas urgentes/emergentes, fez parte da minhas intervenções ao longo do estágio, a nomenclatura ABCDE, também muito utilizado no programa de ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), que orienta a importância de uma linguagem universal no cuidar da vítima de trauma, assim deve-se: tratar em primeiro lugar a ameaça de vida, de seguida não permitir que a falta de

diagnóstico atrase a aplicação de um tratamento correto e por fim, a anamnese detalhada não é essencial para iniciar a avaliação de uma pessoa com lesões agudas (American College of Surgeons, (ACS), 2018).

Pretende-se com a mnemónica ABCDE ter uma ordem de prioridades, onde as letras têm o seguinte significado: A-*Airway*, permeabilidade da via aérea; B-*Breathing*, respiração; C-*Circulation*, ter em atenção o risco hemorrágico; D-*Disability*, avaliar a incapacidade e estado neurológico; E-*Exposure and Environment*, ou seja, pesquisar outras lesões e garantir o controlo de temperatura. A referir que estes passos, devem ser executados sequencialmente, ou seja, só se passa para a abordagem seguinte, quando a anterior estiver estabilizada, cabe destacar que em contexto de equipa, estes passos podem ser realizados em simultâneo, garantindo a ordem de priorização (ACS,2018).

Segundo Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que compreende a circunstância do momento sem se apoiar em princípios de análise, pois apresenta a capacidade de adaptabilidade de proporcionar e adequar vivências concretas do seu passado profissional e atua em conformidade, de acordo com situações idênticas vividas na atualidade. Para atingir esse nível de competência, o enfermeiro passa por vários níveis de desenvolvimento profissional; iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner,2001).

Apesar da primeira vez que fomos ativados ter sido um misto de emoções, ansiedade, s*tress* e nervosismo, pois iniciar uma atividade nova na qual não temos experiencia, torna-nos novamente iniciados (Benner,2001), foi algo que realizei de forma segura e assertiva.

Pretendo através da minha experiência profissional no doente crítico, levar conhecimento e competências previamente adquiridas ao longo do meu trajeto profissional.

Durante qualquer ativação para uma saída da VMER, temos que levar para o local da ocorrência, todo o material necessário para o possível cenário que vamos encontrar, este material é sempre baseado nas informações recolhidas pelo CODU aquando da ativação, através da anamnese realizada.

Esta anamnese é baseada em algoritmos sugeridos de acordo com a sintomatologia que o indivíduo apresenta.

Durante o estágio tomei conhecimento que existe um conjunto de códigos numéricos, que são atualizados constantemente através do rádio da equipa, para esta se manter em comunicação e atualização da posição com CODU, ou seja, de acordo com o STATUS (que são números) o CODU percebe se estamos a ir para o local … se já nos encontramos com a vítima … o transporte para o hospital … se estamos na base etc. Também conheci o ITEAMS: Inem Tool For Emergency

Alert Medical System, embora esta informação seja realizada maioritariamente pelo médico, pude, várias vezes, observar e ajudar na colocação dos dados da vítima.

A minha primeira ocorrência foi para uma senhora de 60 anos de idade, à qual me irei referir como Srª X de forma a proteger a sua identidade. A mesma vivia sozinha num terceiro andar sem elevador. Quando chegamos à casa da Srª X, esta encontrava-se em franca dificuldade respiratória, polipneica, com tiragem intercostal, cianose labial, pelo que imediatamente, tive que mobilizar conhecimentos aprendidos, tais como monitorizar os sinais vitais, administrar O2, assim como questionar a terapêutica que a senhora fazia, pelo que demonstrei identificar "(…) prontamente focos de instabilidade; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.3.1 - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar" (Regulemto nº429 de 16 de julho,2018, p.19363);

Com a ajuda da equipa e fundamentada na mobilização de conhecimentos aprendidos durante o percurso formativo, consegui participar na estabilização da doente, supervisão e encaminhá-la para o hospital. Neste processo constatei que a comunicação tem um papel fundamental na garantia dos cuidados prestados, demonstrando, assim, de acordo com o RCCEEEMC "conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica", bem como "adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19360-19361).

A comunicação humana e a comunicação terapêutica, de acordo com Stefanelli (2005), são encaradas como duas formas distintas de comunicar, mas que se influenciam diretamente. Comunicação humana acaba por ser, de acordo com o autor, um processo para compreender e partilhar as mensagens que são enviadas e recebidas, em que a forma como estas se intercambiam, influenciam o comportamento na decisão do outro. Já a comunicação terapêutica, de acordo com o mesmo autor, associa-se às relações interpessoais construtivas, com o objetivo de ajudar o outro (Stefanelli,2005).

Daí que para o CODU realizar a colheita de informação de forma eficaz, este deve ser capaz de estabelecer os dois tipos de comunicação supracitados.

É através da comunicação que o ser humano transmite sentimentos e pensamentos, interage, consegue perceber o que os outros pensam e sentem, pelo que o enfermeiro no momento de comunicar deve criar condições para estabelecer uma relação de ajuda com o outro, podendo ser verbal ou não verbal, uma comunicação eficaz é fundamental para a adesão do doente ao plano de cuidados, garantindo assim a qualidade e segurança dos mesmos (Henderson,2004).

Relembro uma saída onde o doente referia dor no peito, e sentia-se cansado. Quando chegamos ao local, este encontrava-se muito ansioso (já tinha retirado a roupa da parte superior do corpo) apresentava movimentos bruscos, choroso e referia falta de ar. Após observar o doente e atuar na medida de garantir a estabilização do mesmo, este foi submetido a outros exames, tais como eletrocardiograma (ECG) e monitorização de sinais vitais, no interior da ambulância. Aqui o foco dos cuidados de enfermagem mais evidente era a ansiedade, pois após a realização da anamnese, percebeu-se que este senhor vinha de um funeral, de um ente querido.

Desta forma, como futura EEEMC a observação do doente como um todo de uma forma holística, em qualquer área que o enfermeiro preste cuidados é fundamental. O EEEMC deve estar disponível, mostrar capacidade de ouvir, de aceitar, de compreender, para tal este deve ser capaz de utilizar com assertividade e empatia técnicas de comunicação verbal e não-verbal. Assim destaco ter demonstrado "(…) conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com "barreiras à comunicação" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363)

A importância da comunicação e estratégias comunicacionais, tal como foi anteriormente abordado, são fundamentais numa área tão específica como a saúde.

Quando fomos ativados para ir a casa da Sr. ªY, que era cuidadora da mãe (Sr.ª Y), apresentava claros sinais de falência multiorgânica numa fase terminal da vida, pelo que o principal alvo dos meus cuidados, centrou-se no alívio do sofrimento, sentido por esta filha. Ter aquele tempo para ouvir (algo deveras complexo no meio extra-hospitalar), e prestar conforto emocional, foi uma aprendizagem para mim, pois desmistifiquei várias dúvidas associadas às intervenções de enfermagem prestadas no extra-hospitalar.

Como futura enfermeira especialista esta foi sempre uma preocupação constante pois a linguagem não-verbal toma especial relevância nesta área de cuidados. Muitas vezes pela exposição, o doente sente "vergonha" de falar, pelo que é importante saber ouvir, e assim proporcionar cuidados mais diferenciados e acima de tudo personalizados.

Segundo Phaneuf (2005) considera-se comunicação não-verbal uma troca que não utiliza palavras, que abarca um conjunto de expressões corporais e comportamentais, que transcendem e suportam as relações verbais, entre as pessoas o que conduz o seu significado. Esta linguagem é portadora de um sentido, através de processos não linguísticos, que inclui gestos, expressões faciais, a entoação da vokz, reações emotivas (Phaneuf,2005).

De acordo, com Chalifour (2008) escutar o outro, captar a mensagem comunicada e compreender o seu conteúdo tanto concetual como afetivo, e de seguida compreender a melhor maneira de atuar junto dessa pessoa, torna o profissional de saúde mais capaz de prestar cuidados de qualidade.

O mesmo autor dá relevância ao toque terapêutico como instrumento para a prática de cuidados de qualidade, na medida em que este refere como sendo um estímulo tátil proporcionado pelo contacto pessoa a pessoa, e acaba por ser uma intervenção de enfermagem que atua como forma de dar conforto e apoio à pessoa, funcionando como estratégia para cuidar do outro (Chalifour, 2008).

A Doutora em Enfermagem Filipa Veludo (2018), debruça o seu estudo na área do conforto, onde o avalia como sensação que fortalece as pessoas, melhora a forma de encarar as complicações existentes ao longo da vida, no sentido de desenvolver na disciplina de enfermagem um olhar ainda mais humano no cuidar do outro.

Os cuidados do extra-hospitalar, tem várias *nuances* que não são visíveis em mais nenhum local de prestação de cuidados. O facto de nunca saber nem o local, nem as condições de trabalho de cada ativação é algo altamente complexo, a necessidade de articular permanentemente com outras entidades é uma constante.

Ao longo do estágio pude perceber as diferentes parcerias existentes, um exemplo das mesmas, foi evidente durante a ativação num centro de acolhimento, onde a vítima residia no mesmo quarto (ao longo de vários anos) com um senhor totalmente dependente nas atividades de vida diária, mas perfeitamente orientado no tempo espaço e pessoa.

A equipa sentiu a necessidade de pedir a colaboração do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), pois a vítima que residia nesta instituição era elemento ativo no convívio e socialização com os outros utentes, era considerado parte da família, este o apoio psicológico mais orientado para a área de saúde mental, permitiu a otimização de cuidados de saúde. Desta forma, com futura EEMC consegui obter "(…) as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções; B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4746-4750).

Por outro lado, houve situações que devido à dificuldade de retirar a vítima do cenário, por exemplo um apartamento sem elevador no centro de Lisboa, onde a senhora após observação necessitava de realizar exames complementares de diagnóstico urgentes, em meio hospitalar foi necessário articular com os bombeiros sapadores para retirarem a Sr.ª X.

Quando a ativação era para uma situação sem vida, em que não se percebia as circunstâncias envolvidas, a colaboração da Polícia era fundamental. Pelo que no desenrolar do estágio, foram inúmeras as vezes que necessitamos de apoio dos parceiros, Polícia, Bombeiros, Bombeiros Sapadores entre outros.

Tive uma saída, em que o Sr. Y encontrava-se deitado na cama sem vida, com um grande escalpe na cabeça e o chão da casa da vítima cheirava a lixívia, não se tendo encontrado vestogios de sangue visíveis. Aqui a equipa sentiu necessidade de ativar rapidamente a Polícia para observar a ocorrência.

O pensamento crítico e a formulação de hipóteses de diagnóstico, para além dos observáveis é determinante. Várias situações exigentes do ponto de vista do cuidado de enfermagem, contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, neste sentido de acordo com o RCCEEEMC, consegui diagnosticar "precocemente indícios de prática de crime na vítima (s) ou no meio envolvente" e reconhecer "irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes" (Regulamento 429 de 16 de julho,2018, p.19364).

No decorrer do estágio foram diversas as situações de emergência, para as quais fomos ativados onde a mobilização de conhecimentos a rapidez de ação foram uma constante. Destaco uma ativação para um hipermercado onde um jovem de 27 anos referia dor no peito, diaforese e náuseas. Após a realização de ECG, monitorização de sinais vitais, colocação de acesso venoso periférico e administração de terapêutica específica, foi encaminhado para o meio hospitalar.

Para a realização do transporte do doente crítico, a rapidez e assertividade dos cuidados prestados garantiram o sucesso dessa ativação, assim como EEEMC asseguro "meios de evacuação e transporte" (Regulamento mº429 de 16 de julho,2018, p.19361)".

Com o intuito de garantir a continuidade de cuidados quando se realiza o transporte de um doente crítico para o hospital, este processo requer um planeamento e um rigor ímpares, pois e de acordo com a Ordem dos Médicos (2008), não é admissível qualquer agravamento do estado de saúde de um doente crítico, que não esteja diretamente relacionado com a doença de base.

O transporte do doente crítico pode traduzir-se na alteração do estado clínico, descompensação hemodinâmica o que pode advir em complicações resultantes do impacto associado ao movimento (forças de aceleração e desaceleração) e vibração, decorrentes do transporte (SPCI, 2008). Durante o transporte o doente pode mudar de posição, as alterações de temperatura envolvente e o ruído, pode aumentar o desconforto e incorrer em ansiedade ou em agitação do doente crítico.

Com ajuda permanente do orientador de estágio, consegui perceber e antecipar possíveis riscos de segurança associados ao transporte do doente crítico, estas particularidades nos cuidados do extra-hospitalar tomam maior importância com a visão do enfermeiro especialista, pois efetuar o transporte de doentes críticos sem uma adequada estabilização, incorre no aumento da mortalidade e morbilidade (Ordem dos Médicos, 2008).

Ao longo do estágio foi-me proporcionado, por várias vezes, colaborar no cuidado ao doente durante o transporte para o hospital. Destaco uma vez, em que fui realizar o transporte de uma vítima em manobras de ressuscitação cardiorrespiratória. Atendendo à complexidade deste transporte, do material envolvente e da situação de emergência da vítima, foi uma situação deveras desafiante e por outro lado motivador devido ao sucesso da intervenção.

Durante este transporte as competências por mim aprendidas como EEEMC, tiveram um papel determinante na segurança e correta aplicabilidade de diagnósticos de enfermagem mais complexos, bem como a consequente realização de intervenções de enfermagem, explícitas no RCCEEEMC demonstrando "conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma" e garantindo a "continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363).

Chamo a texto uma outra situação em que fomos ativados, para socorrer um doente, que à chegada já se encontrava em PCR… A filha e a esposa encontravam-se com o senhor, as quais tivemos que pedir para sair do local de ocorrências, para a equipa poder iniciar manobras de ressuscitação cardiorrespiratória que, no final de 20 minutos estas não foram bem-sucedidas… o senhor não sobreviveu.

Esta família encontrava-se em pânico numa dor imensa, tapamos o senhor com um lençol por forma a esconder a maior parte dos dispositivos colocados tais como acessos venosos, sonda oro gástrica entre outros, e acompanhamos a filha e a esposa para verem o seu familiar e se despedirem, houve um cuidado humanizado. A equipa pode proporcionar a esta família, o direito da despedida do seu ente querido, pelo que demonstrei "(…) conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.6.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363).

Na vítima em PCR, foram realizados os procedimentos associados à proteção da via aérea com entubação oro traqueal (EOT), posterior ventilação, compressões torácicas, e administração de fármacos adequados à ocorrência, e constante monitorização do doente. Devido ao cansaço da equipa, e ineficácia das compressões torácicas, durante as manobras optou-se por iniciar o "LUCAS", um equipamento que substitui as compressões torácicas manuais e garante a eficácia das mesmas, de acordo com o fabricante Jolife AB (2018), este sistema deverá ser utilizado apenas como complemento às compressões manuais, também surge como uma boa opção durante o transporte da vítima ou quando os socorristas atingem a exaustão.

A formação de profissionais capazes e treinados, surge em todos os momentos em que o algoritmo do SAV é usado, daí ser tão importante a formação, pois a prática simulada assume-se

como uma ferramenta fulcral "segura, criteriosa, dotada de conhecimento e prática" (Borges, *et al.*,2020 p.1) sempre com o objetivo de garantia da qualidade, de cuidados prestados.

Numa outra situação, onde uma jovem tinha sido atropelada com uma trotinete elétrica, esta referia dor intensa no membro inferior, e apresentava uma ferida exposta de grandes dimensões, pelo que houve a necessidade de administrar analgesia.

Para além de toda a observação, monitorização adequada, estabilização e tratamento do membro inferior, necessitou de realizar a limpeza do membro com aplicação de soro fisiológico objetivando ter a ferida o mais limpa possível. Calcei luvas esterilizadas, apliquei compressas estéreis e procedi à imobilização, sendo que, para realizar o penso a equipa tentou o máximo de assepsia possível, perante o cenário em que a vítima se encontrava, pelo que como futura EEEMC demonstro "conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; 3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19364).

Cabe referir que no meio extra-hospitalar, a questão associada ao controlo de infeção tem sido alvo de reflexão, devido a complexidade em determinados cenários, no entanto, faz parte das funções do EEEMC ter cuidados acrescidos com a prevenção e controlo de infeção, bem como proceder a intervenções que previnam estados de infeção e posterior resistência a antimicrobianos (Regulamento nº429 de 16 julho 2018).

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2021) as orientações relativas à prevenção, intervenção e controle de IACS, as estratégias de educação e sensibilização dos profissionais de saúde e população em geral na adoção das Precauções Básicas para o Controlo de Infeção (PBCI), devem ser documentadas e atualizadas com regularidade, para garantir a maior proteção de todos.

Algo que suscitou na equipa momentos de reflexão associou-se ao momento de punção de acessos venosos periféricos, pois identifiquei a necessidade de rever o procedimento objetivando a não ocorrência de inconformidades, podendo daí incorrer, no aumento das taxas de infeção, bem como o aparecimento de co morbilidades.

A importância de mobilizar conhecimento da teoria e articular com a prática, o facto de antever ou antecipar ações devido à exigência de cuidados prestados e o fato de a equipa me ver como mais um elemento de atuação na ressuscitação foi algo fundamental para o aumento das habilidades apreendidas durante o estágio, bem como partilha de conhecimento.

Uma das situações mais comuns neste tipo de contexto é a quebra da privacidade, sempre que existiu uma abordagem na via pública, houve um cuidado acrescido para prestar cuidados no interior da ambulância, bem como tapar a pessoa com lençóis, com o intuito de garantir a privacidade mantendo a dignidade individual.

No estágio a minha preocupação com privacidade das pessoas doentes foi algo sempre presente, conforme descrito no artigo 107o, alínea b, que refere o enfermeiro como o profissional que deve "salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...) a privacidade e a intimidade da pessoa" (Lei Nº 156/2015 de 16 de setembro, p. 81).

Este conjunto de experiências na prestação de cuidados no extra-hospitalar, acabam por ser avaliadas e julgadas por elementos externos à situação de ativação, principalmente quando acontece na via pública, no entanto deparei-me com o zelo e preocupação permanente da equipa em proporcionar à vítima, sempre que possível, o direito de privacidade.

Logo como EEMC, de acordo com o RCCEEEMC "(…) Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade;B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019,p.4746-4750), e "1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018,p.19363).

A dignidade humana tem um valor incalculável, pelo que deve ser sempre preservada, com o intuito de aliviar o sofrimento, algo que é fundamental na prestação de cuidados (Abelsson, *et al,.*2017).

Quando possível, pedíamos para as pessoas saírem do local, no entanto é de salientar que a equipa não descurava a família ou amigos que ficam no exterior do cenário da vítima ou fora das ambulâncias, explicando sempre que fosse oportuno o que estava a acontecer, e para que unidade de saúde o seu familiar iria ser transportado. Se a vítima tivesse capaz, levava o seu telemóvel, para manter-se em contacto, com o objetivo de minimizar a ansiedade.

Na VMER, a garantia pela privacidade das pessoas é um desafio que exige do enfermeiro alguma criatividade e preocupação constante, no entanto, a privacidade da pessoa nem sempre foi preservada durante as ocorrências emergentes, concretamente em algumas situações em que a vida da pessoa estava em risco, como nos casos das pessoas vítimas de acidentes viação, acidentes com

bicicletas, trotinetes, graves (politraumatizadas),etc. Nestas situações, foi priorizada a manutenção da vida, segundo os princípios éticos da beneficência e da não maleficência.

Não posso deixar de referir, uma saída à casa de uma jovem, já dependente nas atividades de vida diária, com um diagnóstico de doença terminal onde se encontrava a ter cuidados em fim de vida, mas cuja família não se encontrava preparada para a perda, a equipa teve que se reorganizar rapidamente para prestar cuidados de conforto.

A destacar que de acordo com Pontifície- Sousa (2016) a disciplina de Enfemagem é que mais demonstra, maior procupação perante a realização de cuidados de conforto ao doente, o que demosntra a importância de desenvolvimento do saber nesta área, em que o EEEMC tem um papel fundamental.

Segundo Meleis, A. (2005), associado à teoria das transições, aquela família terá que se adaptar a uma nova realidade, de uma forma súbita e abrupta pelo que se torna importante realizar uma transição o menos traumático possível. Para este efeito a equipa prestou cuidados de conforto, os mais adequados possíveis, perante a situação e realidade de acordo com o contexto onde a ocorrência sucedeu, foram prestados cuidados especializados.

A família como elemento ativo na prestação de cuidados ao doente crítico implica por parte do EEEMC, uma capacidade acrescida de realizar uma colheita de dados fiáveis, onde nesta fase o tempo é curto e limitado. Assim, nos cuidados do extra-hospitalar a família tem uma importância preponderante, como elemento ativo na resolução do diagnóstico e posterior tratamento.

Na abordagem ABCDE ao doente crítico, que já foi referenciada anteriormente, os autores Cathala & Moorley (2020),descrevem como ordem sequencial durante a avaliação e priorização de cuidados (metodologia ABCDE), mais duas letras, F e G

A letra F- *Further information, Family and Friends,* refere-se a outro tipo de informações relevantes para o tratamento, fornecida pela família e amigos. Se o doente não reunir condições para proporcionar informação extra, o enfermeiro tem o dever de procurar junto dos familiares ou nas pessoas que são significativas para o doente, qual o elemento de referência.

Desta forma, consegue-se conhecer através dos familiares ou pessoas significativas, o ambiente em que o doente se encontra inserido, hábitos, costumes e crenças importantes para o doente, com o objetivo de tornar os cuidados, o mais personalizado possível, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo os autores após a estabilização da vítima, a família também surge como elemento alvo de cuidados, no sentido de acalmar e tranquilizar a família, fornecer as informações relevantes para os passos que se seguem, após o momento da emergência, permitir a presença e sempre que

possível apoiar a família no desenrolar da situação de doença do seu ente querido, e se for caso disso, no luto (Cathala &Moorley, 2020).

A letra G - *Goals*,está associada aos objetivos dos cuidados, para o doente, este pensamento vai de encontro com o objetivo de cuidados de curto a longo prazo, o que exige dos profissionais um trabalho com uma visão mais abrangente, que poderá resultar em cuidados de maior qualidade, e por consequência, inclusive evitar os casos de incremento terapêutico fútil, e desta forma contribuir para referenciações mais precoces, para cuidados específicos, como por exemplo, os cuidados paliativos (Cathala &Moorley, 2020).

No extra-hospitalar a família, tal como foi referido anteriormente, também é alvo dos cuidados do EEEMC, pois são vários os cenários onde esta experiência, momentos de perda, quer por doença súbita ou por agravamento de doença crónica do seu familiar.

Assim o enfermeiro tem a capacidade de criar laços com a família de entre – ajuda, pois, a sua presença permite através da formação específica, conhecimentos teóricos e práticos revelar uma capacidade de inter-relação com o utente, devido à sua maturidade, e ir para além do conhecimento científico, (Gomes,2015). A família, bem como a pessoa significativa são elementos ativos na tomada de decisão, para os cuidados de enfermagem.

Um dos vários exemplos supracitados, aconteceu durante uma ativação em que as informações fornecidas pelo CODU, iam de encontro a uma possível peri-paragem respiratória. Ao chegar ao local com a informação rápida proporcionada pela família percebemos que esta se encontrava a atravessar um processo de depressão, a família referi-o que já não queria alimentar-se, muitas vezes ficava com olhar vago para a janela e que cumpria esquema terapêutico de acordo com o psiquiatra.

Esta informação foi preponderante para administração da terapêutica antagonista das benzodiazepinas. Após estabilização e monitorização da vítima esta foi para o hospital já acordada e orientada no espaço, pelo que como EEEMC "(…) 1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363).

Outro momento, que demonstra a importância do meio extra-hospitalar, na sociedade, associado à sua rapidez de ação, bem como a eficácia para cumprir tratamentos específicos, e assim diminuir as comorbilidades, e indiretamente os gastos em saúde, ocorreu durante uma ativação na via pública onde, de acordo com os dados fornecidos pelo CODU, a doente apresenta sinais de possível Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Quando chegamos ao local encontrava-se disártrica, com desvio da comissura labial para esquerda e com incontinência de esfíncteres. Após observação da doente, esta foi imediatamente

colocada na ambulância, tapei-a com um lençol e no interior do veículo procedemos as todas as ações necessárias para a sua estabilização onde foi imediatamente acionada a via verde de AVC neste caso e de acordo com o RCCEEEMC, como futura enfermeira especialista "(…)realiza triagem primária e secundária; proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; demonstra conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe; define prioridades de atuação" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018,p.19364).

A via verde de AVC é uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves. Estes doentes devem ser encaminhados o mais precocemente durante as fases do pré, intra e inter-hospitalar. O objetivo passa por obter uma maior rapidez na triagem, ou seja, no momento em que o Instituto Nacional de Emergencia Médica (INEM), associado aos algoritmos que o CODU realiza, consegue avaliar e encaminhar os utentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento o mais prontamente possível dentro da janela terapêutica.

No sentido de aumentar conhecimento, tive a oportunidade de realizar diversas ocorrências onde o sintoma major associava-se a epigastralgia e náuseas, onde a realização do ECG de 12 derivações e a interpretação do mesmo, foi uma competência adquirida ao longo do estágio pois era algo previamente desconhecido.

Este conhecimento passou a fazer parte do meu quotidiano na UCI, bem como na formação de pares, neste sentido e de acordo com as RCCEE consegui atuar como "formador oportuno em contexto de trabalho (...) dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos "e contribui para "o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4746-4750).

No desenrolar do estágio e como futura EEEMC constatei que o quinto sinal vital nunca foi descorado pela equipa, o enfermeiro especialista deve ser competente na gestão da dor e do bem-estar, este deve garantir uma gestão adequada das medidas farmacológicas de combate à dor, mas não pode descurar os conhecimentos em medidas não farmacológicas para o alívio da mesma, pois ambas complementam-se na qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico, conseguindo desta forma o bem-estar do doente.

Segundo a OE (2008) a disciplina de enfermagem tem uma grande responsabilidade na avaliação e gestão da dor, pois a dor que não é tratada convenientemente tem consequências ao longo da vida, pelo que o enfermeiro tem o dever ético e legal de reajustar o plano de cuidados

consoante a necessidade do doente, quer na avaliação da dor e na articulação com outros profissionais, bem como tem o dever de defender a alteração de políticas e reajuste de recursos.

De acordo com as orientações do documento "Dor: Guia orientador de boa prática" (OE., 2008), o papel do enfermeiro passa por avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções de enfermagem, necessárias para a diminuição da dor, ao doente em sofrimento.

Raja *et al.,*(2020) a associa seis características ao quinto sinal vital: a dor é uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; não pode ser associada apenas pela atividade dos neurónios sensoriais; é de acordo com as experiências de vida que as pessoas aprendem o conceito de dor; a forma como cada um descreve a sua dor, a experiência de dor narrada pela pessoa deve ser sempre valorizada e respeitada; o facto de não conseguir comunicar não impede uma pessoa de experienciar dor.

A dor, deve ser sempre monitorizada pelo enfermeiro, através da utilização de escalas validadas, de acordo com a situação da pessoa no momento, assim o EEEMC deverá mostrar competências acrescidas no controle da dor, com atualização permanente das boas práticas, para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Existem diversas definições de dor, no entanto aquela que a Direção Geral de Saúde (DGS) confere como definição passa por ser: " (…) uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como, também, uma componente emocional da pessoa que sofre. A dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão concreta ou potencial" (Direção Geral de Saúde, nº09/DGCG,2003, p.1).

Assim dor como quinto sinal vital, no meio extra-hospitalar, associa-se a situações urgentes de acontecimento súbito, que requerem uma atuação imediata, pelo que nunca descurei a avaliação e posteriores intervenções de enfermagem. Intervenções de enfermagem não farmacológicas, como reajustar a pessoa na maca, ouvir a pessoa durante o transporte, criar empatia e confiança com a pessoa doente, entre outras. Quer farmacológicas, para executar terapêutica analgésica e posterior reavaliação dos efeitos desejáveis da administração contínua de fármacos, bem como os efeitos secundários dos mesmos, tive sempre determinada e focada na avaliação contínua dos sinais vitais, e outros sinais/sintomas delatores de complicações.

Um exemplo da dor súbita é a dor precordial, a dor associada ao trauma, sendo que o alívio da dor por via farmacológica é obrigatório, e a parceria de cuidados com a equipa médica é fundamental, bem como a consequente avaliação e adaptação contínua de medidas para o alívio da mesma. Por outro lado, as medidas não farmacológicas, constituíram-se como uma das intervenções de enfermagem que realizei de forma mais frequente, garantindo conforto e bem-estar ao doente/família durante qualquer acontecimento, ou seja, "(…) Demonstra conhecimentos

e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363).

Este vasto leque de experiências e de vivências ao longo deste estágio advieram de ativações em casa dos doentes junto dos seus familiares, instituições onde estes residem há vários anos, intervenções a pessoas na via pública, em edifícios em construção, supermercados, etc.

Tive a oportunidade de realizar turnos com diferentes enfermeiros, o que acabou por ser um dos pontos fulcrais do estágio, pois proporcionou-me uma capacidade de adaptação e por consequência uma maior background, para poder prestar cuidados de enfermagem com um olhar mais abrangente e assim retirar o melhor que cada um tinha para me oferecer, na sua prática diária, apesar de numa fase inicial me ter causado alguma confusão. No entanto, e após ter vivido a experiência, fiquei a conhecer diferentes perspetivas sobre o cuidar e sobre a enfermagem, num sublinhado comum que foi a prestação de cuidados de qualidade.

Passo a descrever uma situação, onde fomos ativados para uma ocorrência em casa de um doente, cuja informação fornecida pelo CODU, fazia prever irmos encontrar uma pessoa com sensação de lipotimia, alteração do discurso, aparentemente confusa, desorientada no espaço e tempo. Quando chegamos ao local a Sr.ª W encontrava-se com evidentes sinais de desidratação tendo, de imediato, atuado em equipa. Eu avaliei os sinais e sintomas de desidratação severa, o médico colocou o acesso venoso periférico e a enfermeira orientadora realizou a abordagem sobre o regime terapêutico, bem como fez leitura da nota de alta do último internamento hospitalar que tinha sido relativamente recente. Aqui torna-se evidente que a equipa trabalha apenas com um objetivo, cuidar do outro.

Em praticamente todas as ativações, pude ver e registar a importância do trabalho em equipa. A realçar, as várias ativações onde a vítima se encontrava em PCR, e a equipa mobilizou-se de acordo com a intervenção necessária no momento. Por várias vezes observei o médico a puncionar acessos e o enfermeiro a EOT, bem como o *team* líder ser o elemento mais experiente, independentemente de ser o médico ou o enfermeiro.

A enfermagem do extra-hospitalar caracteriza-se por ter como atributo claro, o trabalho em equipa, associado à resiliência constante e ao ambiente hostil vivenciado, que conduz à capacidade de transformar experiências em aprendizagens.

O trabalho em equipa justifica-se sempre em situações quando se tem que resolver problemas difíceis e novos, muitas vezes de elevado risco, quando se tem que retirar o máximo de competências e quando é necessário confrontar vários pontos de vista, com o intuito de realizar a melhor resposta possível.

Sempre que foi abordada uma vítima em situações de emergência, a equipa mostrou ter um vasto conhecimento das intervenções a realizar, e atuou de forma coordenada, apesar de cada elemento conhecer as suas tarefas, é importante ressaltar que a existência de um líder é um fator facilitador, pois é o elemento que tem uma visão geral de toda a ocorrência, e pode adequar melhor as intervenções da equipa, à situação que está a ocorrer (Neto, *et al.*,2020).

Consegui, durante uma PCR, realizar funções de *team* líder, intervenções que demonstram competências específicas do enfermeiro especialista, tal como descreve RCCEEEMC "Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa; Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa; Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe; Introduz medidas corretivas das inconformidades de atuação" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p.19363-19364).

É importante salientar neste campo de estágio, que o trabalho em equipa tem uma importância maior sempre que se está a realizar SAV, pois é importante: uma comunicação clara e objetiva entre a equipa; definição de prioridades, a coordenação do líder; postura e controlo, é importante que os elementos da equipa aceitem as indicações do líder e por outro lado este tenha abertura para aceitar sugestões; atitude positiva da equipa, realizar pequenos momentos de reflexão crítica após a atuação; capacidade de adaptação perante diferentes cenários; a reavaliação constante do doente (metodologia ABCDE); e por último a antecipação de ações Neto *et al*., (2020).

Neste estágio fui parte da equipa, para a prestação de cuidados de saúde seguros, e de qualidade. Como já foi dito anteriormente, a comunicação é uma ferramenta de trabalho imprescindível, para a equipa, para o elemento de liderança, e para agir em situações de emergência. Uma comunicação ineficaz, pode comprometer a eficácia da equipa numa situação de emergência, e por consequência, reduzir também a probabilidade de sobrevivência da vítima, a salientar que todos os elementos da equipa devem ser capazes de assumir, os diversos papéis na equipa Neto *et al.,* (2020).

Pude constatar que esta é, uma equipa motivada com capacidade individual, com um alto nível de conhecimentos teórico /práticos, capacidade de liderança, adaptação às condições físicas, ambientais e sociais altamente adversas e hostis, aliadas à capacidade humana, psicológica e emocional que cada elemento tem presente no momento de agir.

Por isso trabalhar em equipa melhora a capacidade de antever necessidades, ter uma compreensão partilhada das diferentes situações e assim estar em harmonia (Khademian *et al.,*2020), a necessidade de realizar trabalho em equipa ajuda na qualidade de atendimento e na eficácia dos cuidados de saúde, além de muitas outras vantagens o trabalho em equipa usa o melhor

que cada um tem para oferecer e melhorar a coordenação, Tappen (2005) para prestar cuidados de qualidade.

Este "espírito" de equipa proporcionou-me uma adaptação fácil e gradual às dinâmicas, o que por consequência acabou por fazer de mim, um elemento presente e ativo nos diferentes procedimentos que envolvem a prestação de cuidados de enfermagem.

Durante o estágio tive várias ativações para situações de morte/cadáver onde tive que comunicar más notícias. Embora esta intervenção de enfermagem seja algo que realizo diariamente no meu local de trabalho, estou num meio controlado, sei onde tenho o material que preciso para poder disponibilizar à família ou pessoas significativas, tenho ajuda dos colegas sempre que necessário, utilizo um conjunto de estratégias que fui aprendendo ao longo dos anos no exercício profissional, todavia quando devemos realizar este tipo de comunicação de morte ou doença súbita grave num meio não controlado tudo se torna mais complexo.

De acordo com Langewitz (2017), quando realizamos a comunicação de uma má notícia, este momento é algo altamente imprevisível, natural da própria interação humana quando levada ao limite. Pois má notícia acaba por ser, toda aquela que altera drasticamente a realidade do doente/família, no seu futuro.

Devo descrever a situação mais marcante do estágio, onde uma jovem de 30 anos grávida do seu primeiro filho, estava a sair do trabalho para se dirigir ao comboio, com o intuito de ir para casa, e refere uma dor intensa supra púbica e uma hemorragia abundante vaginal. Quando chegamos ao local esta encontrava-se no chão da estação de comboios, com o feto perto dos pés e o marido perto dela.

Esta situação para além da complexidade de atuação/ mobilização de conhecimentos teórico-práticos associados aos cuidados à puérpera, monitorização de sinais vitais, punção de acessos venosos, administração de soros, analgesia, realização da dequitadura bem como os cuidados ao corpo do nado morto, implicou uma mobilização de conhecimentos associados novamente à comunicação de más notícias (escutar a dor dos pais que tinham perdido o seu primeiro filho).

No extra-hospitalar não existem condições físicas, para poder ter um local específico para abordar o tema, bem como prestar conforto. No entanto, consegui ouvir/escutar, dar conforto, deixar o pai abraçar a esposa, expliquei todos os passos que iriamos realizar até ao hospital, bem como onde se deveria dirigir quando chegasse ao hospital.

Outra ocorrência destacada, acontece durante uma saída em que o marido se encontrava cadáver no leito, monitorizamos a vítima por forma a confirmar o diagnóstico, nesta situação a equipa encostou a porta e de uma forma muita rápida estabeleceu uma estratégia para abordar a

esposa, ainda no interior do quarto posicionamos o corpo, tapamos com os lençóis da cama e fomos para a sala falar com a esposa. Nesta altura entraram outros membros da família que a esposa tinha pedido para ir a casa, tentamos envolver a família na comunicação do falecimento. Sentei-me no sofá da esposa da vítima, apenas a ouvir o que ela tinha necessidade de expressar.

Como futura enfermeira especialista, criei ligações as mais frutíferas possíveis mostrando empatia, compreensão, capacidade de escuta, respeito por todas as crenças e valores.

No extra-hospitalar as situações de colapso súbito geram níveis elevados de *stress* para os profissionais, não só pelas condições em que a situação ocorre, como pela proximidade dos familiares ou pessoas significativas, que podem produzir maiores níveis de preocupação e de ansiedade. A equipa durante o estágio demonstrou sempre um elevado nível de compreensão, prestação de conforto, cuidados aos familiares quer no foro emocional, quer a nível terapêutico.

Shoenberger, *et al.,* (2013) referem que a forma como a família recebe a informação é algo que vai perdurar ao longo da vida dos mesmos, por isso torna-se tão importante ter profissionais bem treinados no terreno. Assim e de acordo com Brown (2016), os enfermeiros do extra-hospitalar necessitam obrigatoriamente de estar bem preparados não apenas em termos técnicos, mas também para prestarem cuidados sempre que necessário e dentro do possível suporte emocional à pessoa em situação crítica e família.

Houve imensas situações que poderiam ser descritas em contexto de relatório, muitas delas que demonstraram momentos de atuação e intervenção como EEEMC e outras onde tive dúvidas e confronto de ideias, onde consegui aprender novas práticas ou até atualizar e melhorar, outras que já tinha como adquiridas.

Como estratégia de atuação para redução de *stress* e medo, usava o humor, tal como está descrito por Benner (2001), pois a autora refere que quanto mais próximos, no sentido de criar laços de empatia e confiança, melhores serão os resultados de recuperação.

A importância do enfermeiro orientador ser especialista e considerado perito, foi extremamente importante, pois senti que possui muitos conhecimentos técnico-científicos, e que por consequência toma decisões sempre fundamentadas com a evidência científica e consciência crítica, o que me proporcionou aquisição de competências específicas mais complexas e desafiantes.

Pelo que, de uma forma reflexiva e fundamentada, considero ter atingido os objetivos que me propus, associado ao processo de formação, como futura mestre e especialista em enfermagem.

2.2 ESTÁGIO NO GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO

No sentido de adquirir competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, este subcapítulo contempla a aprendizagem de novos e aprofundados conhecimentos, através da formação e investigação da realidade da atividade de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos, no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT).

Sabe-se da existência de transplantação de órgãos humanos no início do século XX, desde então, com o avanço da tecnologia e do conhecimento científico, esta prática tornou-se crescente e fundamental na melhoria da qualidade de vida e durabilidade do ser humano, (*Organización Mundial de la Salud*, 2010).

Freire *et al.*, (2015), explica a evolução da colheita de órgãos e tecidos, para posterior transplante, através da evolução da medicina, com o início da colheita de outros órgãos sólidos como o coração, pulmão, fígado entre outros, para serem transplantados a quem se encontra em estado terminal, ou mesmo para aumentar a qualidade de vida do indivíduo.

Hoje em dia, considera-se como intervenção terapêutica coadjuvante, o uso da transplantação, na melhoria da qualidade de vida da população. Sabe-se que as necessidades de transplantação, ou seja, as listas de espera são maiores que os órgãos disponíveis, esta situação, torna-se um problema de saúde pública, dos tempos modernos (Franke,2012).

No sentido de aprimorar conhecimentos nesta área, o GCCT torna-se um estágio fundamental, para um olhar mais abrangente e especializado na área de colheita de órgãos e tecidos, com o objetivo da sua transplantação.

O GCCT incorpora 4 elementos que desempenham funções a tempo inteiro: uma técnica superior e uma assistente operacional, e dois enfermeiros especialistas, desempenhando um deles o cargo de diretor do GCCT, o que demonstra a pertinência da enfermagem especializada nesta área de cuidados, pois na sua maioria os profissionais são enfermeiros, que participam na regulamentação das competências na área da prestação de cuidados, (OE,2017).

Para poder articular todos os esforços durante estes processos o GCCT, necessita da cooperação direta dos Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) a nível nacional, INEM, Guarda Nacional Republicana (GNR), Polícia de Segurança Pública (PSP), aeroportos, centros de histocompatibilidade, GCCT Espanhóis, Instituto Portugues do Sangue e Transplantação (IPST). E no sentido de dar resposta à realização dos atos de colheita de órgãos e tecidos (no intraoperatório), o GCCT articula com várias equipas que incluem profissionais do Centro

Hospital (CH) (e dos hospitais dadores) das áreas de anestesiologia, cirurgia geral, equipa de enfermagem, cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, equipa de colheita multitecidos, oftalmologia, obstetrícia. Os GCCT funcionam permanentemente, pelo que é garantida uma resposta eficiente de um potencial dador, em outro hospital.

Para a realização destes processos, o primeiro passo inicia-se na identificação e referenciação do potencial dador, desta forma, e de acordo com os órgãos a colher, são ativadas as equipas necessárias para o ato cirúrgico, para fins de transplantação (Instituto Português do Sangue e Transplantação,2013).

Os cinco GCCT existentes em Portugal articulam-se com a Coordenação Nacional da Transplantação (CNT) – integrada no IPST – e com os respetivos Centro de Sangue e Transplantação (CST) regionais.

No caso do GCCT onde realizei o estágio, este articula-se diretamente com o Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Área da Transplantação (CSTL-AT) e Área do Sangue (CSTL-AS).

O GCCT tem como função a gestão de processos de colheitas de órgãos e tecidos (medula óssea, córnea, tecidos osteotendinosos, válvulas cardíacas (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), 2017).para posterior transplante, em doentes com falência orgânica ou risco iminente de vida; realiza formação contínua de pares; realiza integração e formação de elementos afetos ao GCCT, bem como formação e sensibilização para a área da doação de órgãos e tecidos em contexto pedagógico em ensino superior.

No âmbito da gestão da qualidade assegura a atualização de toda a gestão documental da atividade, em articulação com o gabinete de gestão da qualidade do Centro Hospitalar. Neste contexto, desencadeia processos de revisão de protocolos, procedimentos multissetoriais e setoriais relacionados com a atividade e sua publicação, ou a criação de novos procedimentos quando tal se revela necessário.

O GCCT visa o desenvolvimento da atividade de colheita de órgãos e tecidos, dando resposta às pessoas em lista de espera para transplante, garantido os níveis mais elevados de qualidade e segurança para o recetor e a manutenção da rastreabilidade. Neste sentido, facilita também, através dos seus registos permanentes, a possibilidade de consulta do processo do dador (os registos devem ser guardados durante 30 anos).

A principal premissa deste GCCT é disponibilizar mais órgãos e tecidos, sempre com o intuito de obter a maior qualidade do órgão/tecido a transplantar, pois a "doação é um gesto altruísta, considerado como o maior ato de bondade entre os seres humanos" (IPST, 2014).

Assim e indo de encontro ao RCEEEMC, na vertente da pessoa em Situação Crítica, achei pertinente discriminar o seguinte objetivo geral:

Desenvolver competências técnicas, científicas, legais, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em

situação crítica e família, no processo de doação e colheita para transplantação de órgãos e tecidos, devido ao importante contributo que o enfermeiro especialista tem na garantia da gestão qualidade nestes processos, pelo que a Ordem dos Enfermeiros destaca que são os enfermeiros que recebem os doentes nos serviços de urgência ou nas unidades de cuidados intensivos, e são os que permanecem mais tempo junto do doente. Para além disso, todo o processo cirúrgico da colheita propriamente dita, está muito assente na atividade dos enfermeiros (OE,2017).

Assim este objetivo divide-se em dois objetivos específicos: (1) - Conhecer a dinâmica do GCCT, e participar na gestão de processos de colheita de órgãos e tecidos, bem como as suas diretrizes técnicas, legais, éticas e relacionais, no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e família, no processo de doação e colheita, para transplantação de órgãos e tecidos; (2) - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, durante o processo de colheita e armazenamento de órgãos e tecidos.

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2019), um transplante é a transferência de células, órgãos ou tecidos de uma pessoa para outra, ou seja, de um dador para um recetor, com o objetivo de repor a função que se perdeu. Desta forma, pretendo com este estágio conhecer intrinsecamente a atividade de doação e colheita, para transplantação de órgãos e tecidos.

Concretamente no GCCT, local escolhido por mim para realizar este estágio, atendendo ao meu percurso profissional na área de UCI, mais especificamente na prestação de cuidados ao doente neuro crítico onde tenho a oportunidade de prestar cuidados ao dador de órgãos e sua família, assim "(…) demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018, p19363).

E participar em colheitas de tecidos (córneas em coração parado), senti a necessidade de compreender o processo desencadeado por parte do GCCT, desde a referenciação do possível dador, até à posterior colheita e consequente transplantação.

Desta forma, em contexto de organização, observei que os CHD`s tém acesso, via *email*, à notificação de doentes neuro críticos graves internados em UCI, serviço de urgência, ou qualquer outro serviço de internamento, através do sistema informático interno do centro hospitalar. Esta notificação é gerada quando é registado no processo de um doente um score igual ou inferior a 6 – de acordo com a escala de coma de Glasgow.

Esta notificação permite ter um conhecimento, em tempo real, das situações a vigiar, caso venham a evoluir para morte cerebral (MC) – evitando, assim, a potencial perda de dadores e, consequentemente de órgãos, no Centro Hospitalar.

Pelo que, cabe ao CHD a importante tarefa de “manter os níveis de doação elevados, por intermédio da implementação de uma cultura de doação entre os profissionais de saúde, principalmente nos serviços onde existe mais potencial, como os de Urgência/Emergência, Neurologia e Neurocirurgia” (Simões, 2014, p. 19).

Sempre que é notificado um potencial dador em Morte Cerenral (MC), em contexto de UCI ou serviço de urgência, é desencadeada a realização das primeiras provas de MC e o potencial dador deve ser referenciado ao CHD, que posteriormente deve comunicar da sua existência ao GCCT e realizar a sua referenciação no Registo Português de Transplantação (RPT).

Doente em morte cerebral é todo o indivíduo que “(…) conectado ao ventilador, com funções vitais mantidas artificialmente, com perda total e irreversível das funções do tronco cerebral, a quem foram realizadas provas de verificação e certificação de morte cerebral” (Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12° da Lei 12/93), o seja, a cessação irreversível da atividade cerebral e consequente função (IPST,2013).

Estes critérios são “(...) inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis (...) a morte do indivíduo ocorreu sem qualquer dúvida” (Pita *et al.*,2004), pois os transplantes devem ser realizados num clima de total confiança e transparência, deve-se realçar a importância da doação pois “órgãos de outro modo destinados inexoravelmente à decomposição, pode dar vida, ou uma vida melhor, a outras pessoas deles necessitados" (Acta Médica Portuguesa, 1998, p.92).

Aquando da existência da notificação do potencial dador ao GCCT, é transmitido ao coordenador de colheita e transplantação (CCT) do gabinete, uma breve anamnese, bem como a identificação do potencial dador. Com estes dados inicia-se o processo logístico, ou seja, a pesquisa no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA), em Portugal aplica-se um regime de consentimento presumido, consistindo a “obtenção de consentimento para a doação” na consulta, pelos Coordenadores do GCCT. Se o potencial dador se encontrar registado, termina-se imediatamente o processo de possível doação. No caso de não haver inscrição no RENNDA, o CCT dá indicação para o início do processo de possível doação.

Desta forma, inicia-se todo o processo de avaliação clínica da adequação do potencial de doação e a manutenção do possível dador, com o intuito de garantir que os órgãos e tecidos reúnem condições de qualidade e segurança para os recetores. É desta avaliação e manutenção que irá resultar o êxito da transplantação e, por consequência, a melhoria da qualidade de vida de um indivíduo, ou mesmo a sua possível sobrevivência, pelo que é minha obrigação como profissional de enfermagem, fazer parte dos esforços profissionais, com o intuito de valorizar a vida, e a qualidade de vida (OE,2015).

Deve realizar-se nesta fase, e sempre que disponíveis, a atualização de dados no RPT. Esta ação visa obter o máximo de informação clínica possível do dador, a ser disponibilizada às unidades de transplantação (UT) aquando da oferta de um órgão. Assim, fica a UT abalizada a selecionar o potencial recetor mais adequado ao órgão oferecido, no respeito pelos critérios clínicos de alocação, e tendo em conta o risco-benefício.

Ao ser introduzida a avaliação do potencial dador na aplicação RPT esta gera um código único, alfanumérico, que passa a identificar aquele dador. Este código visa proteger os dados pessoais do dador e garantir a confidencialidade em todo o processo de colheita e transplantação, bem como a rastreabilidade.

A avaliação do potencial dador é de extrema importância, pois pode ser detetada alguma contraindicação para a doação que não tenha sido observada até então. Esta fase inclui, também, a colheita de amostras sanguíneas paras o estudo do dador – amostras a serem enviadas aos laboratórios do CSTL para análises da virologia e histocompatibilidade entre dador e potenciais recetores –, bem como exames complementares de diagnóstico que permitem obter a informação mais pormenorizada sobre os órgãos a colher.

No caso em que são realizadas as segundas provas de MC, passamos a estar perante um dador de órgãos e tecidos, são as segundas provas que discriminam a hora do óbito. A verificação da MC tal como já foi referenciado, é um processo científico que busca comprovar a irreversibilidade da situação clínica. Os cuidados, a partir daí, são dirigidos ao tratamento dos órgãos e tecidos, como forma de garantir que chegam nas melhores condições de qualidade e segurança ao recetor.

Cabe ao CHD, conhecidos os resultados das serologias que permitam avançar para o ato de colheita, validar o dador na aplicação Registo Português de Trasnplantação (RPT). O Coordenador de colheita e transplantação (CCT), em função do potencial de colheita (os possíveis órgãos a colher) selecionado conjuntamente com o CHD, contacta com as Unidades de Transplante (UT) e aloca os órgãos, em função dos critérios de alocação aplicáveis.

As UT, de acordo com as informações clínicas fornecidas, analisam os seus potenciais recetores em lista de espera. Em função da adequação do órgão aos potenciais recetores analisados, podem aceitar ou recusar o órgão – ficando o mesmo disponível para oferta a outra UT. Concluído o processo de alocação dos órgãos às UT, com os órgãos aceites, esta decisão é comunicada ao CHD. O passo seguinte do processo é avaliar as condições logísticas conducentes ao agendamento do ato de colheita.

No caso de um potencial dador em paragem cardiocirculatória (PCC), ou seja, todo o indivíduo que em paragem cardiorrespiratória (PCR), após ter sido submetido a manobras de

ressuscitação adequadas, a PCR se revele irreversível, o diagnóstico de morte é realizado por critérios circulatórios.

O diagnóstico de morte por PCC implica a suspensão das manobras de ressuscitação pelo período de 10 minutos. Verificando-se a ausência de atividade elétrica no eletrocardiograma, movimentos respiratórios, batimentos cardíacos, pulso central (Nunes, *et al.,* 2018) é declarada a morte por critérios circulatórios.

Confirmada a morte, realiza-se a consulta do RENNDA, tal como nos dadores falecidos em MC, para posteriormente proceder-se à colheita das amostras sanguíneas para o estudo do dador (pelos laboratórios do CSTL) e a canulação dos vasos femorais para iniciar Extracorporal membrane oxigenation (ECMO) – para preservação da viabilidade dos órgãos. Nesta fase, e tal como nos falecidos em MC, inicia-se o processo para possível doação de órgãos e tecidos, e é contactado o CHD. No caso de potencial dador falecido em PCC, o GCCT do Centro Hospitalar, tem articulação direta com a Unidade de Urgência Médica (UUM).

Dadores com critérios clínicos para colheita de tecidos, a história clínica tem que ser o mais completa possível, pois os critérios para este tipo de colheita são notavelmente mais limitados e exigentes (à exceção da córnea). Diferentemente dos órgãos, os tecidos não são *"life saving*" – eles visam melhorar a qualidade de vida. O objetivo é que o risco biológico associado a esta colheita se aproxime do zero, porquanto qualquer patologia não identificada no dador se possa vir a repercutir nos vários recetores, tornando-se uma questão de saúde pública.

Após a colheita decorrem as etapas de análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição às unidades de aplicação – quando os tecidos são requisitados ao banco de tecidos.

A ressalvar que o GCCT também gere processos com dadores vivos, concretamente com grávidas que possuam uma cesariana programada e aceitem doar a membrana amniótica (resíduo cirúrgico). Neste caso, tratando-se de doação em vida, carece da obtenção de consentimento informado para a dádiva.

Durante o estágio e atendendo ao contexto de pandemia por COVID - 19, foram emanadas pela DGS, pelo IPST e pelo instituto Ricardo Jorge novas indicações clínicas orientadoras para a doação, pelo que só seria possível realizar colheita de órgãos, num dador falecido em MC ou em PCC aos resultados de teste negativo para Sars-cov-2.

Também para a pessoa que se encontra a aguardar o transplante é obrigatório a realização de um teste, cujo resultado seja negativo, quando as condições se encontram reunidas, o dador e o recetor são preparados em simultâneo.

No GCCT observei e acompanhei a execução de processos de colheita e transplantação de acordo com as normas deontológicas, éticas e legais, assim como a introdução da informação no RPT o que de acordo com o RCCEE, demonstrei assegurar "a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4746-4750)

Por outro lado, perceber a dinâmica do acompanhamento permanente do processo pelo CCT, através de contactos telefónicos com as equipas envolvidas, o uso de diferentes ferramentas de comunicação, tais como *email*, *whatsApp*, entre outras, permitiram que de acordo com o RCCEE, usa-se "as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4747), para acelerar os processos, mantendo sempre os princípios ético de anonimato e privacidade.

Participei várias vezes na observação, bem como partilha de informação de processos, como por exemplo quando o coordenador do Hospital de C, contactando o CCT do GCCT, referenciou um possível dador, 48 anos de idade sexo feminino, morte cerebral confirmada, iniciou-se um processo em que o CCT coordena a gestão dos recursos, bem como o material necessário para o procedimento de colheita, posterior segmentos durante o ato cirúrgico, para culminar no transporte para a UT de destino, demonstrando assim fomentar "(…) a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4746-4750).

Todo esse processo exige uma coordenação e forma de trabalho rigorosa pois a "melhoria contínua da qualidade requer um método" (Comité Europeu para a Transplantação órgãos, 2018, p. 361).

Destaco uma situação em que a vítima se encontrava, já em morte cerebral confirmada, residente em Portugal há mais de 12 meses mas tinha viajado para África do Sul nos últimos três meses, esta situação implicou o estudo das normas do IPST, o contacto com os mesmos para perceber como se deveria atuar perante esta situação, nomeadamente a particularidade do esquema de vacinação, existiu a preocupação constante na atualização de conhecimentos, e assim cumprir com o RCCEE que refere a importância de desempenhar um "papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade (...) Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão (...) Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019,p.4746-4750).

O enfermeiro tem o dever de, no exercício da sua prática profissional, atuar em defesa dos direitos humanos e do doente. No caso do enfermeiro especialista, tem responsabilidades acrescidas, pois deve agir como promotor de um ambiente profissional na equipa, assume um papel de consultor, sempre que os cuidados sejam baseados num conhecimento mais diferenciado, para desta forma permitir a reflexão na equipa, para poder procurar resolução de conflitos, questões éticas e dilemas, baseado na evidência científica atual e pareceres emitidos pela OE, para desta forma avaliar o processo de tomada de decisão individual e em equipa.

Segundo a OE (2015), o processo de tomada de decisão em enfermagem é uma abordagem sistémica e sistemática, em que o enfermeiro identifica as necessidades, prescreve intervenções, deteta precocemente problemas e resolve os problemas já existentes, associados aos cuidados de enfermagem, pessoa, família e comunidade.

Destaco outra situação, em que o dador se encontrava em morte cerebral confirmada numa UCI, perto de Lisboa, e a família gostaria de saber se seria possível saber, para quem iriam ser atribuídos os possíveis órgãos colhidos, aqui questões éticas são imediatamente acionadas.

Segundo Deodato, a decisão ética é "resultante da ocorrência de problemas éticos no âmbito do exercício profissional do enfermeiro, em que está envolvida a pessoa a quem os cuidados se dirigem e, por vezes, os seus familiares", através da identificação dos problemas "o enfermeiro procura as ações que considera adequadas à sua resolução, através da construção de uma decisão suportada em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético" (Deodato, 2010, p.15). Durante o decorrer do estágio, percebi a importância desta questão na evidência da prática clínica, de cuidados em enfermagem.

No âmbito da gestão de equipamentos e materiais, também consegui perceber os cuidados a ter na manutenção da sala de equipamentos – nomeadamente o controlo da temperatura dos frigoríficos onde são armazenados os líquidos de perfusão de órgãos, requisição e reposição de materiais consumíveis, realizei em conjunto com o enfermeiro orientador, várias vezes a validação do equipamento, com a realização das *check list.*

Percebi, ainda, os cuidados a ter com a preservação e transporte de tecidos (mais concretamente as córneas), no garante da sua qualidade para aplicação.

Para além deste trabalho de gestão de processos de colheita de órgãos e tecidos, como CCT, o diretor do GCCT assume, também, as funções inerentes ao enfermeiro gestor. De acordo com a OE: " (…) enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem (...) da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (…) " (Diário da República, 2.ª série N.º 48 de 10 de março de 2015, p. 5949).

Desta forma, entre outras, das competências do enfermeiro gestor, destacam-se: " (…) a) Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; b) Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; c) Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; d) Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e) Garante a prática profissional baseada na evidência (…) " (Diário da República, 2.ª série N.º 48 de 10 de março de 2015, p. 5949).

O GCCT apresenta-se como um serviço autónomo. A salientar que as funções do diretor do GCCT (enfermeiro) são cumulativas com as funções de enfermeiro gestor, nesta vertente pude observar e participar na realização de escalas para as equipas de colheita, pedido de material em falta para manter os níveis de *stock* na sala de consumíveis, entre outras, pelo que colaborei "na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros" e participei "na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019,p.4746-4750).

O enfermeiro especialista, deve ter capacidade de gestão dos "cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas" e adaptar "os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019 p.4748).

Desta forma, nesta vertente de competências existem duas características importantes a descrever, a gestão de cuidados e a gestão de equipas e serviços. A primeira é uma competência, que deve ser desenvolvida por todos os enfermeiros (de forma mais diferenciada pelos enfermeiros especialistas), a gestão de equipas e serviços, de acordo com o (Regulamento nº 76 de 30 de janeiro de 2018), são funções delegadas especificamente aos portadores do título de enfermeiro especialista, com a particularidade da atribuição da competência acrescida em gestão.

No sentido, de dar continuidade ao desenrolar do estágio, passo a escrutinar a experiência do bloco operatório, local onde a dinâmica é completamente diferente da minha prática de cuidados. Desta forma percebi que as colheitas, e apesar do ato de colheita não possuir um fim curativo ou paliativo para a pessoa, este ato cirúrgico requer o mesmo rigor de assepsia que outra intervenção cirúrgica. A garantia de qualidade do órgão a ser transplantado é algo que obedece a critérios

rigorosos de assepsia. Assim, a equipa de enfermagem que é mobilizada para o ato de colheita deve planear e reunir os recursos materiais necessários, tendo em vista a intervenção e os órgãos a colher.

Já no bloco operatório (BO), deve articular com o enfermeiro chefe de equipa de urgência, e chefe de equipa de anestesiologia, a entrada do dador no BO para o ato de colheita. Deve, também, executar intervenções de enfermagem independentes tendo em vista os órgãos a colher, promover e monitorizar o cumprimento das recomendações de boas práticas, tendo em vista a gestão do risco e a segurança do doente/profissionais com a finalidade de prevenir a ocorrência de eventos adversos.

O bloco operatório também exige aos que nele trabalham, e no caso particular dos enfermeiros, gestos precisos, procedimentos perfeitos, respeito máximo pelas normas de qualidade e segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhes são atribuídas. Estas devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade com os restantes membros da equipa, neste caso com os cirurgiões que participam no ato da colheita. A tomada de consciência dos riscos associados aos danos do órgão a ser transplantado, deve estar bem presente aquando da sua manipulação e acondicionamento.

Tive oportunidade de observar e interiorizar todo o trabalho do enfermeiro instrumentista, na preparação das mesas cirúrgicas e todo o cuidado com a manutenção da assepsia; o trabalho altamente exigente do enfermeiro circulante, na assistência atempada ao enfermeiro instrumentista e restantes elementos das equipas cirúrgicas, incluindo a atenção extrema com a manutenção da qualidade e segurança, nas quais se incluem os registos.

O registo de todos os elementos que constituem a equipa de colheita no RPT, assim como o registo de todos os tempos cirúrgicos (nos quais se inclui a hora de clampagem da aorta – de modo a iniciar a contagem do tempo de isquemia fria dos órgãos a transplantar) e a caracterização dos órgãos, são exemplo do cuidado que é tido com os registos, pelo enfermeiro circulante.

No ato de colheita, a intervenção dos enfermeiros é muito específica e exige um conjunto de conhecimentos e competências para o desempenho das diferentes funções. Uma das características que o GCCT considera relevante é o facto desta equipa ser constituída por enfermeiros com experiência em peri operatório, com especial enfoque nas funções de enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista.

Nas colheitas que se sucederam pude observar e, inclusive, participar em alguns dos procedimentos inerentes ao ato de colheita, bem como ao acondicionamento dos órgãos.

Uma das áreas que adquire maior relevância na intervenção do EEEMC é o controlo de infeção no bloco operatório, a atuação do enfermeiro é fundamental, pelo que sempre foi minha

prática a lavagem das mãos nos cinco momentos, ajudar na colocação do material de esterilização da equipa (batas, luvas esterilizadas), participar na colocação do material cirúrgico nas mesas de instrumentação, pelo que de acordo com o RCCEEEMC cumpri com rigor, a seguinte competência "Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (Regulamento nº429 de 16 de julho,2018,p.19364).

No sentido da melhoria da qualidade de cuidados, associado às boas práticas na saúde o GCCT encontra-se a fazer um estudo de investigação, que visa a monitorização dos resultados microbiológicos do líquido de perfusão de cada órgão colhido, nas diferentes fases do armazenamento, com o objetivo de identificar aqueles que apresentam resultados positivos e assim poder proceder a informação da respetiva UT em que os órgãos foram alocados, por outro lado também identifica o momento da contaminação, o que permite alteração de comportamentos.

O transplante dos órgãos é um processo tempo-dependente. De modo a agilizar que o tempo entre a colheita e o transplante seja o menor possível, a preparação dos recetores encontra-se dependente da validação dos órgãos pelas equipas de colheita. Assim, apenas quando o cirurgião de colheita realiza o exame macroscópico ao órgão, através da análise visual e palpação do mesmo, a UT dá indicação para iniciar a preparação para a cirurgia de transplante no recetor. O transporte do órgão deve decorrer da forma mais rápida e segura possível, principalmente para o coração e os pulmões, pelo tempo de isquemia fria[1] que conseguem suportar, mantendo-se viáveis.

Todo este trabalho de coordenação de transportes dos órgãos é realizado pelo CCT, bem como a sua alocação às UT (excetuando-se os rins).

Destaco a experiência, em que no contexto de doação multiorgânica, na recolha de órgãos num Hospital do Norte, iniciou-se o processo de colheita quando nos dirigimos para a sala de material do GCCT, levantamos as malas com o material médico e de enfermagem, bem como as malas de transporte de armazenamento para os órgãos colhidos.

Esta viagem até ao aeródromo foi num ápice, realizado com transporte hospitalar, foi cedido um avião, que rapidamente nos transportou até ao norte onde aguardava um carro do INEM, que nos dirigiu até ao local em marcha de urgência. À chegada destaco a prontidão com que o CCT do hospital nos recebeu e orientou para a sala de cirurgia, onde iria ser realizada a colheita.

Na colheita em dador multiorgânico, a primeira equipa a iniciar o ato cirúrgico é a equipa de cirurgia geral, precedendo à abordagem dos órgãos abdominais (pâncreas, fígado e rins,

[1] Tempo entre o corte da circulação sanguínea do órgão no dador e a retoma da circulação no recetor.

consoante potencial de doação). Se o dador reunir também condições para doação de coração e pulmão, a segunda equipa a intervir é a de cirurgia cardíaca, para colheita do coração e, posteriormente, a equipa de cirurgia torácica, para a colheita dos pulmões.

Após canulação dos vasos que irrigam os diferentes órgãos, o corte da circulação sanguínea dos mesmos acontece em simultâneo, com clampagem da aorta e abertura da veia cava (com exsanguinação do dador) e substituída a irrigação sanguínea por líquido de perfusão. A sequência de explantação dos órgãos do dador faz-se do seguinte modo: primeiro o coração, depois os pulmões seguidos dos órgãos abdominais – fígado, pâncreas e rins. Esta ordem é definida pelo tempo de isquemia fria, esse tempo é variável e pode ir desde as 4 horas (exemplo do coração) e as 24 horas (exemplo do rim), consoante a natureza do órgão (IPST,2013).

Estas equipas trabalham de forma coordenada, mas independente. À medida que os órgãos vão sendo colhidos, são preparados o seu acondicionamento e o transporte para as respetivas UT. Este condicionamento é minimizado através da hipotermia (envolve-se o órgão em gelo) e do líquido de preservação.

Assim o líquido de preservação usa-se para manter a viabilidade celular (TPM,2007), e a hipotermia reduz a velocidade da degradação enzimática, edema celular, previne a acidose e a produção de radicais livres, e faculta os substratos de regeneração celular (IPST,2013).

No sentido de rotular as malas de transporte, a rotulagem é feita no exterior das malas, pelos enfermeiros de colheita, ato que pude participar várias vezes, nestes rótulos encontra-se todos os detalhes necessários preservando o anonimato do dador, é nesta rotulagem onde estão descritas instruções adequadas para a utilização do enxerto, segundo o RCCEE "Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro, 2019, p.4746-4750).

A alocação dos órgãos às UT é realizada de acordo com diretrizes emanadas pelo IPST, e precisa respeitar os critérios definidos para as listas de espera para transplante. A salientar que a transplantação pediátrica tem prioridade sobre a transplantação em adultos.

Destaco uma situação de morte cerebral confirmada, em contexto de UCI, cuja família que se encontrava no estrangeiro, manifestava a necessidade de ver pela última vez o seu familiar, a colheita foi adiada, até realizar-se a despedida, existe por parte da equipa do GCCT a preocupação constante com a família do dador, bem como do recetor, pois não foi apenas adiada a hora da colheita como a também foi informada a UT, para informar o recetor da alteração da hora para o intraoperatório, destaco a importância do EEMC, no sentido em que "(…) B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais,

como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4746-4750).

Estas ações de enfermagem demonstram "um espírito profundo e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro" (Hesbeen,2001, p.17).

A salientar que no final de cada ato cirúrgico, a equipa de colheita desempenha todas as funções inerentes ao términus de uma cirurgia (como, por exemplo, a conferência do instrumental cirúrgico utilizado).

Pelo que, utilizei estes momentos de aprendizagem para descodificar algumas dúvidas associadas ao final da cirurgia, bem como acerca da entrega do corpo à família. Nesta altura do processo, a equipa de enfermagem realiza todos os cuidados ao corpo, com o respeito e dignidade intrínseca ao ser humano.

Tive oportunidade de testemunhar o imenso respeito pelo corpo falecido e pude colaborar nos cuidados de preparação da múmia. Consoante o Código Deontológico do Enfermeiro (Artigo 87º, alínea c) a morte é um momento merecedor de respeito à pessoa morta e posteriormente à sua família que se encontra em luto, pois deve-se "respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte" (Código Deontológico do Enfermeiro, Art. 87º, alínea c) 2003, p.91).

Ainda durante este estágio, aproveitei a oportunidade de assistir à realização de um transplante pulmonar. Este processo iniciou-se com a colheita de pulmão num hospital do Norte (tal como foi referido anteriormente) tendo eu acompanhado a equipa de colheita pulmonar. Terminada a colheita, a equipa regressou ao Hospital para realizar o transplante, onde o ato cirúrgico de preparação do recetor já se tinha iniciado – este já se encontrava no BO e anestesiado. Nesta altura manifestei ao CCT, o meu interesse em poder vivenciar a experiência do transplante dos pulmões colhidos. Assim, com o apoio do enfermeiro orientador, na obtenção de autorização junto da equipa de transplante, consegui observar o processo de remoção dos pulmões doentes para o posterior transplante dos órgãos que haviam sido colhidos.

Se existirem situações de pedidos ativos super urgentes ou urgentes, estes pedidos têm sempre prioridade sobre os doentes em lista de espera eletiva. De acordo com a legislação em vigor, as listas de espera dos doentes candidatos a transplante encontram-se sedeada numa base de dados do Ministério da Saúde, à qual têm acesso os CST.

É, também, nos CST que se encontram as amostras sanguíneas dos candidatos a transplante, de modo a permitir realizar as análises de histocompatibilidade dador-recetor, perante a existência de um potencial dador. Com base nos resultados dessas análises, os CST procedem à

alocação dos rins às UT renais, sendo que a alocação dos restantes órgãos é da responsabilidade do GCCT que gere o processo de doação.

Quando um dador reúne critérios para colheita de tecidos, após a realização da colheita estes são enviados para o banco de tecidos do IPST, à exceção das córneas. Ali, ficam de quarentena até aos resultados das análises microbiológicas, por zaragatoa, que é realizada em cada um deles, serem conhecidos. Perante resultados negativos, são analisados macroscopicamente, processados, preservados e armazenados até à sua distribuição, quando solicitados pelas unidades de aplicação de tecidos. Quando o resultado para algum dos tecidos é positivo, este tecido é eliminado.

As córneas colhidas em dador falecido em coração parado, em MC ou em PCC, são conservadas na sala técnica do GCCT do CH, nos equipamentos de frio, até à sua validação pelos resultados virológicos. Não havendo contraindicação para a utilização das mesmas, estas são enviadas para avaliação da qualidade por microscopia especular, antes da sua utilização.

Partilhei todo este conhecimento adquirido com os meus pares, em contexto de trabalho, nos momentos de tratamento e cuidados ao potencial dador na UCI, assim de acordo com o RCCEE "(…) "B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada" (Regulamento nº140 de 6 de fevereiro,2019, p.4747-4749).

Testemunhar a aplicação do conhecimento teórico na prática, sedimentando a prática baseada na evidência, foi sem dúvida uma mais valia da realização deste estágio. De acordo com Benner (2001), o saber advém da ciência, tecnologia e da prática de cuidados, que proporciona ao enfermeiro a capacidade de refletir e analisar situações mais complexas, e daí desenvolver conhecimento.

Este estágio implicou um elevado nível de concentração, e aprendizagem de novos conceitos para poder prestar cuidados eficazes e eficientes à população, que se encontra em risco de vida ou que aguarda tão ansiosamente a melhoria da sua qualidade de vida. O estudo em bibliografia de referência e evidência científica válida e atualizada, e a fundamentação teórica, contribuíram para a segurança dos cuidados prestados e confiança na minha prática profissional.

Ao apropriar-me de novo conhecimento teórico, aplicando-o posteriormente na prática, consegui reproduzir esse conhecimento, adequando-o a novas situações. Esta nova forma de estar, no meu desempenho, tem sido coadjuvante para o aumento de competências que caracterizam o EEEMC, ver outras dinâmicas de enfermagem, que desconhecia, e perceber que todas convergem para a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família. A reflexão é "a pedra basilar à

obtenção de determinados resultados" (Rabiais,2016, p.38), assim afirmo ter atingido os objetivos que me propus para este estágio e para a prática de enfermagem avançada, buscando a perícia.

3.CONCLUSÃO

O estágio é um momento onde existe tempo para trabalhar, realizar observação, bem como aprendizagem, pois segundo Abreu (2007) é uma mais-valia na transformação e posteriores mudanças pessoais e profissionais, que conduzem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É através dos percursos formativos, que os Enfermeiros desencadeiam novos processos reflexivos e se constituem críticos da sua ação e onde podem desenvolver competências, raciocinar através de novos conceitos, construir novas estratégias de atuação, dessa forma mudar práticas que conduzem ao aumento de confiança, num processo contínuo de desenvolvimento de conhecimento (Netto, *et al.,* 2018).

A formação profissional de cada um não acaba no fim de um processo formativo, pois deve estar sempre presente a continuidade de conhecimentos, aumento de competências, com o objetivo de alterar atitudes ao longo do percurso profissional (Pimentel,2007).

Através da realização deste relatório pude demonstrar a aprendizagem efetuada em dois locais de estágio totalmente diferentes, que me alocaram um olhar diferente para a enfermagem, bem como, pude apresentar a Revisão Integrativa da Literatura de evidência de significado, concorrente para o desenvolvimento de competências de investigação, componente exigida para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A minha capacidade para co- relacionar e mobilizar saberes e lidar com questões mais complexas, obtendo respostas, formar juízos e melhorar a tomada de decisão com tempo e informação escassa, foi sublinhado ao longo do relatório. Os conhecimentos, a análise e reflexão, o promover momentos de discussão e partilha sobre situações várias, na área de especialização associadas sempre à promoção de saúde e prevenção de doenças, foram descortinadas ao longo do documento.

A aprendizagem pela experiência, assim como a formação contínua são muito valorizados na enfermagem pois segundo Abreu (2007) tem um significado especial para a profissão, visto que consegue dar visibilidade social, no sentido de construir uma identidade, não reconhecida pela sociedade.

A ordem pela qual os estágios foram concebidos foi aleatória, tendo esta sofrido alteração relativamente ao plano inicial, dado o contexto de pandemia por SARS – CoV – 2, sendo que esses fatores não foram inibidores do sucesso nos diferentes contextos.

O facto de colaborar no cuidado ao doente crítico em situação de urgência e emergência em contexto de extra-hospitalar obrigou-me a investir no conhecimento e reflexão sobre a ação, debriefing, levando a um melhorar da minha atitude crítica, e olhar mais atento e compreensivo quando recebo os doentes na UCI.

Ainda sobre o estágio realizado na VMER, gostaria de ter realizado pelo menos 5 dias de observação participada no CODU, pois isso dar-me-ia um conhecimento mais fundamentado sobre a triagem realizada pelos profissionais, quando recebem a chamada de urgência.

No caso do estágio no GCCT, este revelou-se importante no desenvolvimento da competência relacionada com a gestão em enfermagem, levando à mobilização de conhecimentos tendo, por isso, proporcionado momentos de reflexão crítica, bem como melhorou a minha tomada de decisão.

Neste contexto de estágio, também me foi proporcionado ir ao bloco operatório assistir à colheita de órgãos, onde, além do conhecimento adquirido relativamente ao processo cirúrgico, também, conheci a dinâmica e o funcionamento do bloco operatório bem como pude observar os cuidados prestados, pelo enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista.

Com o intuito de melhorar ou compreender mais pormenorizadamente o processo após a realização da colheita de órgãos, gostaria de ter realizado uma semana de observação na unidade de transplantação do HCC.

Relativamente à temática objeto de investigação, e relacionada com os cuidados em fim de vida em contexto de UCI, esta surge dada a sua importância no contexto atual, na prática e no incremento de medidas invasivas ao doente crítico, em UCI. Este tema tem um interesse profissional relevante para mim, pois consigo aplicar o conhecimento (agora atualizado) na prática diária de cuidados, bem como realizar sensibilização e formação de pares nesta área, focada no desenvolvimento de competências do EEEMC.

O desenvolvimento da enfermagem, que procura incessantemente a melhoria de cuidados de enfermagem ao doente, família e comunidade, com fundamentação científica recente e fidedigna, demonstram a importância do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa Em Situação Crítica.

Já a formação e diferenciação do Mestre em Enfermagem, demonstra a importância da investigação para a melhoria contínua enquanto ciência do cuidar, e consequente valorização da profissão.

Ao longo dos estágios realizei várias pesquisas com incidência sobre as diferentes situações apresentadas pelos doentes e outras temáticas que iam surgindo e sobre as quais estava menos contextualizada teoricamente, o que levou a maximizar o meu desempenho no estágio. Assim o enfermeiro especialista, devido à complexidade dos doentes dos contextos aumenta a sua perícia em todas as áreas de intervenção, para responder às necessidades, potencializar a qualidade dos cuidados prestados.

Agradeço a todos os profissionais que me acolheram nos dois estágios pela disponibilidade e compreensão que muito concorreram para o sucesso do meu desempenho no estágio e muito concorreram para tantas e tao diversificadas aprendizagens. A intervenção dos Enfermeiros orientadores, ao demonstrarem capacidade de liderança, pensamento crítico e reflexivo, tomada de decisão e capacidade de gestão, proporcionaram-me a realização de estágios de excelência.

Ao finalizar este percurso académico sentimos que ele foi altamente motivador de crescimento pessoal e profissional, em que o objetivo foi a permanente melhoria contínua dos cuidados, suportada na mais atual evidência, direcionada para a manutenção de um elevado grau de adequação de cuidados à necessidade de saúde das pessoas.

No sentido de uma melhoria contínua das minhas capacidades e conhecimentos, e reconhecendo por outro lado todas as minhas limitações, proporcionou a realização deste Mestrado que me encontro a finalizar. O desenvolvimento de competências necessárias para prestar cuidados em ambientes de alta pressão, foram desenvolvidos nestes dois estágios, no entanto enfatizo o estágio da VMER. Este estágio foi particularmente rico em gestão de emoções, devido ao contacto constante com sofrimento físico, social, e espiritual das pessoas, que se encontravam muitas vezes em suas casas e com as suas famílias, também desmistifiquei mitos, associados ao extra-hospitalar.

Nos dois estágios, foram promovidas tertúlias com os enfermeiros tutores sobre condutas mais assertivas, assim como momentos de reflexão em determinados momentos da prática. Julgo, de uma forma geral, ter atingido durante todo o percurso formativo, as competências previstas conducentes ao grau de mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). *What is dignity in prehospital emergency care? Nursing Ethics*, 24(3), p.268–278. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0969733015595544;

Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau;

Acta Médica Portuguesa. (1998). Diagnóstico de Morte Cerebral. Acta Médica Portuguesa. Disponível em: 11, 91-95. file:///C:/Users/arauj/Downloads/2194-3079-1-PB%20(5).pdf;

Alasiry, S., Alshehri, H., Medin, J., & Hagelin, C. (2012). *Nurses' experiences of providing palliative care in an intensive care unit in Saudi Arabia. Middle East Journal of Nursing, January* 2012;

American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support: student course manual* (10th ed.) American College of Surgeons;

American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE. Disponivel em: https://cpr.heart.org//media/CPRFiles/CPRGuidelinesFiles/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf;

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2017, janeiro). Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos. Disponível em: https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Doacao-etransplantação-de- Órgãos-e-Tecidos.pdf;

Aquino, A., Góes, I., & Malcher, M. (2016). A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. Enfermagem Brasil, 15(6), p.295-300. Disponível em: https://doi.org/10.33233/eb.v15i6.717;

Aromataris, E., & Munn Z. (Editores) (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências. JBI. Disponível em: https://doi.org/10.466658/JBIMES-20-01;

Attia A., Abd-Elaziz, W., & Kandeel, N. (2013). Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine,* 30(3), p.297-304;

Akgun, K., Gruenewald, D., Smith, D., Wertheimer, D., & Luhrs, C. (2019). *A national VA palliative care quality improvement project for improving intensive care unit family meetings*

(icu-Fms). *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), p.1075–1080. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.015;

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (3rd ed.; P. Benner, Ed.). Coimbra: Quarteto editora;

Borges, A., Martinho, N., Rabiais, I. & Caldeira, S. (2020). Pratica simulada: Uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. CADERNOS DE saúde, 12 (11), p.34-35. Disponível em: https://doi.org10.34632cadernosdesaude.2020.10242;

Borges, E. Martinho. N., Rabiais, I & Caldeira (2021). *Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic.* Rev Rene, 22, e60790. Disponível em: https://doi.org/10.15253/2175- 6783.20212260790;

Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, G., Lopes, R. (2018). Teorias de Enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn;

Brown, N. (2016). *Pre-hospital resuscitation: what shall we tell the family? Journal of Paramedic Practice,* 8(2), p.86–89. Disponível em: https://doi.org/10.12968/jpar.2016.8.2.86;

Capelas, M.L., Neto, I., & Coelho, S. (2016). Organização de serviços. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), Manual de Cuidados Paliativos. 3ª Edição, p.915-935. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Cathala, X. & Moorley, C. (2020). *Performins an A-G patient assessment: a pratical step-by-step guide. Nursing Times,* 116(1), p.53-55. Disponivel em:https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/performing-an-a-g-patient-assessment-a-step-by-step-guide-06-01-2020/;

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. (2019). Hospital de São José. Disponivel em: http://www.chlc.min-saude.pt/hospital-de-sao-jose/;

Chalifour, J. (2008). A intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial- humanistas da relação de ajuda (vol.1) Loures: Lusodidacta;

Circular Normativa Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGCG;

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council (Paula Grác);

Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos. (2018). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação, 5ª Edição. Estrasburgo: Instituto Português de Sangue e Transplantação, IP;

Cunha, L. (1999). A eficiência da comunicação não-verbal na interacção social. Informar, 17, p.36 – 41;

Decreto-Lei n.o 107/2008 de 25 de Junho. (2008). Diário Da República, 1.a Série - N.o 121 de 25 de junho de 2008, p.3835–3853. Ministério da Saúde. Lisboa;

Decreto-Lei n.o 244/94 de 26 de Setembro. (1994). Diário Da República - I Série - A, N.o 223 de 26 de setembro de 1994, p.5780–5782. Ministério da Saúde. Lisboa;

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

Diário da Républica, 2ª série – Nº 48 de 10 de março de 2015, p. 5948-5952. Disponível em:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf;

Diário da Républica, 2ª série – Nº 76 de 30 de janeiro de 2018, p. 3478-3487. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547;

Direção-Geral da Saúde (2003). Norma n.º 09/ DGCG - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de14062003-pdf.aspx;

Figueiredo, A. (2004). Ética e Formação em Enfermagem. Climepsi Editores, p. 110 - 115;

Figueiredo, C., *et al,.* (2020). Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura. Revista de Bioética. 28(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369;

Filipa Veludo (2018), Conforto Enquanto Sensação, (Tese de Doutoramento, Universidade Catolica Portuguesa). Disponível em: TESE_PhD_Filipa Veludo_20181003.pdf (ucp.pt);

Franke, C., (2012). *Guidelines for Maintenance of Adult Patients With Brain Death and Potential for Multiple Organ Donations: The Task Force of the Brazilian Association of Intensive Medicine the Brazilian Association of Organs Transplantation, and the Transplantation Center. Transplantation Proceedings,* 44, p.2260–2267. Disponível em: http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.019;

Freire, I., Vasconcelos, Q., Torres, G., Araújo, E., Costa, I., & Melo, G. (2015). Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev Bras Enferm., 68 (5):555-63), p.837–845;

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Loures: Lusodidacta;

Gomes, A. I.(2015). *Promoting Interventions Of Sleep And Comfort In Intensive United Care Patients.* 2(2), p.94–103. Disponível em: https://doi.org/10.15640/ijn.v2n2a11;

Gonçalves, R. (2018). Utilização de dispositivos de compressões torácicas externas em paragem cardiorrespiratória de origem cardíaca em contexto pré-hospitalar: revisão sistemática (Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina de Lisboa).Disponível em: http://hdl.handle.net/10451/42553;

Gray & Grove (2021). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier, Inc (9th Edition). Disponível em: https://books.google.pt/books?id=HmbyDwAAQBAJ&pg=PA589&lpg=PA589&dq=grove+bus+%26+gray+2013&source=bl&ots=Olt-CQ-jtd&sig=ACfU3U2HJJhpALoyIAUaLQ9pZ4pCQ5DsWw&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwimyMSww4r4AhXNPOwKHdIBA-YQ6AF6BAgSEAM#v=onepage&q&f=false;

Henderson, V. (2004). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures: Lusodidacta;

Hesbeen, Walter (2000). Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência;

Heesbeen, Walter (2001). Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Ed. 1º. Lusodidacta, p.15-19;

Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. International Journal of Palliative Nursing, 20(11), p.549-556;

Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Lusociência, p. 166;

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. Instituto Português do Sangue e da Translantação. Disponível em: http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAODOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf;

IPST (2014) Operacionalização do programa de colheitas em dadores em paragem cardiorrespiratória.Disponível em: http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/Paragem_Cardiocirculatoria.pdf;

IPSTsd(2018).Disponível em: http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DoacaoTransplantacao_1Semestre2018t.pdf;

Jordan, P.J., Clifford, I., & Williams, M. (2014). *The experiences of critical care nurses with regard to end-of-life issues in the intensive care unit.* Africa Journal of Nursing and Midwifery, 16(2), p. 71-84;

Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition (The Joanna). Australia;

Khademian, Z., Mohebian, N., Khademian, M. (2020). *Effects of training on knowledge and attitudes of coronary care unit nurses in relation to teamwork: A quasi-experimental study. Journal of Vasculary Nursing*. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.05.004;

Kolcaba, K. (2003). *Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company,* Inc. Disponível em: http://books.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false;

Langewitz, W. (2017). *Breaking bad news – Quo vadis? Patiente Education and Counseling.*100 (4): p. 607-609;

Lei nº 12/93 de 22 de Abril. Diario da Republica nº 94 – I – a Série. Assembleia da República.Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/4/4a/Lei12-93.pdf;

Lei n.º111/2009. 16 de Setembro. Diario da República nº 180 – I - Série. Assembleia da República. p. 6598-6599. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.ASPX;

Lei nº 156/2015.16 de Setembro. Diário da República nº 28 - 1ª - Série. Assembleia da República, p. 10-90. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html;

Mani, Z. A., & Ibrahim, M. A. (2017). Intensive care unit nurses' perceptions of the obstacles to the end-of-life care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(7), p. 715-720. Disponível em: https://doi.org/10.15537/smj.2017.7.18454;

Martins, J., Galdino, M., Garanhani, M., Sammi, K., & Trevisan, G. (2015). Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Congitare Enfermagem*. 20(3), p.585-591.;

McCallum & McConigley (2013). *Nurses' perceptions of caring for dying patients in na open critical care unit: a descriptive exploratory study. International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), p.25-30;

McKeown, A., Cairns, C., Cornbleet, M., & Longmate, A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: na interview-based study of the team perspective. International Journal of Palliative Nursing, 16(7), p.334-338;

Meleis, A. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in nursing science,* p. 23(1): p.12-28;

Meleis, A. I. (2005) – Theoretical nursing development and progress. (3ª edição) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;

Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., Bensemmane, S., Dusseldorp, I., Aslakson, R., Davidson, J., Gerritsen, R., Hartog, C., Cusrtis, J. (2021) *Palliative care interventions in intensive care unit patients,* Dec, 47 (12):1415- 1425.doi:10.1007/s00134-021-06544-6;

Ministério da Saúde. (1994a). Decreto-Lei n.º 235/94 de 11 de Outubro, I Série - B – Declaração da Ordem dos Médicos. Lisboa;

Ministério da Saúde. (1994b). Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro – Registo Nacional de Não dadores (RENNDA). Lisboa;

Ministério da Saúde. (2007a). Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho – Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplantação de órgãos e tecidos de origem humana. Lisboa. Disponível em: http://data.dre.pt/eli/lei/22/2007/06/29/p/dre/pt/html;

Ministério da Saúde. (2007b). Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio – Aprova a orgânica da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. Lisboa;

Moritz R, Lago P, Souza R, Silva N, Menezes F, Othero J et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2008; 20: p.422-428;

Neto, I. (2016). Origem e definição do conceito de cuidados paliativos. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.) Manual de Cuidados Paliativos. (3ª Edição) p.1-22, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Netto, L.,Silva, K., Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. Esc Anna Nery, 22(1), e20170309. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309;

Neto, P., Marques, N., Vaz, F., Porto, J., Alves, M., Gala, C., Aguiar, D., Marcelino, R. Pedro, N., Rosado, S., Táboas, A., Oliveira, A., & Órfão, G. (2020). Manual de suporte avançado de vida. INEM;

Neto, I. G. (2020). Desafios nos cuidados paliativos:Pensar o futuro. Revista Oficial da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos, 7 (1). Disponível em: https://apcp.com.ptrevista-cuidados-paliativos;

Neto, I. G., abril, R., Romero, I. & Castro, J. (2021). Desafios e oportunidades: O impacto da COVID 19 nos Cuidados Paliativos em Portugal. Acta Médica Protuguesa, 34 (4). Disponível em: https:doi.orga10.20344amp.15292;

Ordem dos Enfermeiros (1996). REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edic.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2007). Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar;

Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais – de 23 de abril. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://dre.pt/application/file/a/67058698;

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123 – 26 de junho. Disponível em: https://dre.pt/application/file/a/67613193;

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio das Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Disponivel em: https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized;

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., Diário da República, 2.ª Série, Nº 135 – 16 de julho de 2018, p. 19359 – 19370. Dispnível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 – das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista., Diário Da República, 2.a Série, Nº 26 - 6 de fevereiro de 2019, p. 4744 – 4749. Disponivel em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf;

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Disponível em: https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf;

Organización Mundial de la Salud. (2010). Principios Rectores de la OMS Sobre Transplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Disponível em: http://www.who.int/transplantation/TxGP 08-sp.pdf;

Organização Mundial da Saúde (2020a). Cuidado Paliativo. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care;

Organização Mundial da Saúde (2021). Patient Safety. Disponível em: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety;

Pacheco, M. (2018). A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica Intervenção de enfermagem especializada. [Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.26/27913;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência;

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. Estudos de Psicologia, 12 (2), p. 159-168;

Pita, F., Carmona, C. (2004). Morte Cerebral - do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. Acta Médica Portuguesa. (17), p.70-75. Disponível em: https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1750/1327;

Pontifície-Sousa, P., Faria, J., Gomes, M. (2016). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. Enfermería Global. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf;

Porock D, Pollock K, & Jurgens F (2009). Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. *Journal Housing Elderly,* 23 (1 – 2), p.10 – 28;

Portaria nº 357/2008 de 9 de Maio. Diaro da Républica. Nº 90 - I-Série. Ministerio da Saude. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/357-2008-249510;

Rabiais, I. (2014). A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado - a natureza da interação no processo de cuidar;

Rabiais, I. C. (2016). A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar. Novas Edições Acadêmicas, p. 35-40;

Raja, S. N., Carr, D. B, Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J.,Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain*. 161(9). p.1949-1954. Disponível em: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939;

Regulamento nº 226/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário Da República, 2.ª Série, Nº 74, 16 de abril de 2018, p. 10758. Disponível:https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Abril/Regul_226_2018.pdf;

Ribeiro, P.; Costa M. (2012). O conforto do doente idoso crónic em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência;

Rosario. E. (2009). Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto. Disponível em: http://hdl.handle.net./10400.2/1472;

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. (1.ª edição) Lidel;

Serviço Nacional de Saúde. (2019, September 16). Transplante de órgãos. Disponível em: https://www.sns24.gov.pt/tema/dadiva-e-transplante/transplante-de-orgaos/#sec-0;

Silva, C., Amaral, T., & Silva, V. (2020). Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Enfermagem Brasil, 19 (6), p.484-491;

Simões, A. (2014) Uma Cultura de doação nos serviços é essencial. Transmissão (3) p.19, https://www.spt.pt/download/revista-transmissao.3.pdf;

Shoenberger, J. M. (2013). *Death notification in the emergency department: survivors and physicians. western journal of Emergency Medicine*, V.14, nº2;

Stefanelli, M.C. (2005a). Conceitos teóricos sobre comunicação. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem p.28 - 46. São Paulo: Manole;

Sitzman, K., Craven, I. (2021). *Caring During Covid-19. American Nurse*. https://www.myamericannurse.com/caring-during-covid19/;

Schweitzer G, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Nascimento KC, Moreira AR. *Implementation of the protocol of nursing care in trauma in aeromedical service*. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180516. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167- 2018-0516;

Tappen R.M. (2005). Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática. Loures: lusociência;

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

Watson, J. (2012). Human Caring Science: *A theory us nursing*. (2ªed.).Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning;

Wong, S., Vanderspank-Wright,B., Bourbonnais, F., Tousignant, K., & Wright, D. (2020). *Intensive care nurses providing end-of-life care in a community hospital. The Canadian Journal of Critical Care Nursing,* 31 (3), p.23-30. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7iFW6dUS3jMC&oi=fnd&pg=PA53&dq=theories+of+uncertainty+in+illness&ots=CBbkkY&sig=APNapb_uACbB3gium0ChTtALJtA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false;

Vaughn & Salas (2022). *Barriers and facilitators in the provision of palliative care in critical care: A qualitative descriptive study of nurses' perspectives. The Canadian Journal of Critical Care Nursing,* 33(1), p.14-20;

Xu, D., Luo, D., Chen, J., Zeng, J., Cheng, X, Li, J., Pei, J., & Hu, F. (2022) *Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: a cross-sectional study.* BMC Palliative Care. 21(130), 1-10;

ANEXOS

ANEXO I

"Documento de Avaliação da Qualidade Metodológica do Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020)"

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer_____Date_____

Author _____Year_____Record Number_____

		Yes	No	Unclear	Not applicable
1.	Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2.	Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3.	Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4.	Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5.	Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6.	Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7.	Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8.	Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9.	Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10.	Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

_____

_____

_____

Anexo II

Certificado do primeiro prémio do cartaz: "V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO"

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Inês Ruivo**,** Marlene Canhoto, Prof. Dra. Filipa Veludo e Prof. Dra. Manuela Madureira apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 10 com o tema ***As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos - revisão sistemática da literatura de evidência de significado*** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, premiado com 1º lugar - área de Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, no **dia 25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 –INTERVALO

11:00 – Conferencia: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I

"Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave"

Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave

AUTORES (ANO)	IDEIAS – CHAVE	CITAÇÕES	EVIDÊNCIA
Natalie Holms; Stuart Milligan; Angela Kydd (2014)	Utilização de sistema de cuidados integrados (*Liverpool Care Pathway* - LCP) tendo orientações mais claras, menos papelada e cuidados em fim de vida mais estruturados	"Now that the LCP is used, I feel EOLC has a better structure, I think there's more dignity being put on patients now that we have implemented the LCP." (p.551)	Inequívoco
	Uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar é vital	"Good communication for the patient and the families is extremely important so they know the plan and so they know exactly what is involved when someone dies, even all the fine intricate details, like removing tubes and lines" (p.552)	Credível
	Falhas de comunicação entre a equipa, o doente e família causam mensagens contraditórias e inconscientes	"I find it difficult when the consultants disagree about patient management decisions. For example one consultant makes plans in the morning and then the afternoon consultant changes them, this can lead to families getting conflicting messages and I've seen families being given false hope because consultant makes conflicting decisions" (p.552)	Inequívoco

	O ambiente movimentado e barulhento da UCI não é o ideal para doentes em fim de vida e para os seus familiares	"It is not always the most peaceful environment in ICU, although we do strive where possible to rectify the noise pollution. The lack of single rooms and lack of relative's rooms in this intensive care unit is detrimental to end-of-life provision, which means dying patients and their relatives do not have the privacy they need." (p.552)	Inequívoco
	Nas UCI's à tendência para melhores rácios enfermeiro/doente levando a mais tempo disponível para o doente e família	"We have one to one nursing/patient ratios in this unit which means we can spend our entire shift attending to the needs of the patient and the family" (p.552)	Inequívoco
	Existe pouca formação e treino em cuidados paliativos/cuidados em fim de vida na UCI	"I have learned through repeatedly dealing with dying patients and their families, I have also learned from watching other more experienced nurses and doctors. It is a complicated task to teach end-of-life skills, it is very difficult to be able to read all types of diverse situations and offer all different types of comfort." (p.552)	Credível
	Os enfermeiros adquiriram/desenvolveram as suas competências sobre cuidados em fim de vida através de boas e más experiências e pela observação de outros membros da equipa		Inequívoco
	Existe a expectativa de os enfermeiros saberem como lidar com situações em fim de vida pelo que a formação sobre ventilação e hemofiltração é priorizada.	"I feel as a nurse in the caring profession we are expected to know how to deal with such diverse ethically challenging situations, with really no	Credível

		education or training." (p.553)	
	Existência de angústia na equipa aquando da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida que está ligada aos temas acima referidos (falta de experiência de utilização do protocolo de atuação, falta de comunicação, falta de formação e um ambiente menos favorável)	"It is hard dealing with so many dying patients. It's heartbreaking, upsetting and exhausting, sometimes it's an occupational hazard unfortunately. There have been numerous occasions when I've been really upset and to be honest not well supported, you are just left to get on with it." (p.553)	Credível
	Falta de suporte por parte de outros membros da equipa multidisciplinar		Inequívoco
Lisa Vaughn and Anna Santos Salas (2022)	Falar sobre cuidados paliativos nos cuidados intensivos é um assunto que é evitado	"It seems like talking about death is a *faux pas*" (p.15)	Inequívoco
	Comunicação entre a equipa de saúde, doente e família muitas vezes é inconsistente e tardia	"And the perspective of Surgery, was that the surgery was a success. And it was a success in terms of what they expected to happen was happening. So, it didn't necessarily mean the patient was actually going to recover, or that it did him any good…" (p.15)	Credível

A comunicação quando eficaz (aberta, honesta, oportuna e centrada no doente) é um facilitador da prestação de cuidados paliativos	"So, he [Physician] had a conversation with her, while she was still intubated, and told her, "this is how it is," and he's like, "you're probably not gonna live through this." And she had written him a note, "can I have a beer?" So, they made a plan. The next day, they would extubate her. And he brought her out a beer. And she sat in her bed, and she was able to talk to her family a little bit. And take some sips of her beer. And she just passed away. And that was like the best death ever. 'Cause she was perfectly in acceptance, and she got what she wanted" (p.16)	Inequívoco
Decisões relativas aos cuidados em fim de vida são difíceis e complexas muitas vezes devido ao envolvimento da família	"His mother was like, shaking me. 'You can't pull the plug on [him]!' And it was awful. I felt so bad for them, but they had to understand, right? Like, there's nothing we can do" (p.16)	Inequívoco

Muitas vezes a decisão definitiva do nível de investimento não é tomada, sendo que os cuidados ao doente ficam num "limbo" entre a perspetiva curativa e paliativa	"What we were doing for this patient was not enough to save her life but [it was] too much that it was kind of putting her in a little bit of pain… But she's not intubated. We didn't line her. We didn't provide her any support for her blood pressure. She's super hypotensive, so I couldn't even give her pain medications. And so, I just felt like, either let's treat her or let's not, but I felt like we were kind of in the middle. And so, I felt very confused and distressed as to how I should proceed" (p.16)	Inequívoco
Importância do planeamento antecipado dos cuidados para ajudar nas decisões de fim de vida	"They can say, 'No, my mom was very adamant, you know. She wouldn't want to be on dialysis.' Or 'My dad, you know, told me, never, ever would he want to have CPR.' … I think those are the best conversations that can happen before the situation, because then that gives us a good understanding of what the patient would be comfortable with" (p.16)	Credível

O doente sob cuidados paliativos não é visto como uma prioridade pois existe uma mentalidade de *"life saving"* na UCI, priorizando os doentes que carecem de cuidados de intuito curativo	"You've gotta see your resuscitations and your critically ill first or even your transfers out get seen first, like we just don't see our palliative patients as a priority" (p.16)	Inequívoco
O conflito entre o querer manter um doente em morte eminente na UCI e a necessidade transferir o mesmo doente por necessidade de libertar camas para receber doentes em estado critico	"It's almost more distressing when you move someone. And then, hours later, they pass. Like, it just seems like why put them through that stress, when it was only a few hours later" (p.16)	Credível
Existe pouca formação sobre cuidados paliativos		Credível
O desenvolvimento de competências relativas aos cuidados paliativos é através da experiência no trabalho	"You know, it's something that you just gain with experience" (p.17)	Inequívoco
O ambiente barulhento e movimentado, o uso excessivo de tecnologia e a falta de privacidade dificulta as experiências de cuidados paliativos	"One nurse pointed out "there is nothing particularly warm or comfortable in the ICU, but the biggest problem isn't comfort, it's lack of familiar surroundings" (p.17)	Credível
Importância de criar um ambiente propicio para a presença dos familiares	"She was quite a young woman who had epilepsy for most of her life. She had a prolonged grand mal seizure, and as a result her brain was just not functioning. So, her husband, who was fantastic, just wanted to be close to her. So, my colleagues and I made it so that we could	Inequívoco

		scootch her over in bed enough so that he could crawl beside her…" (p.17)	
Sharifa Alasiry et al. (2012)	Existe uma carga física intensa, pela necessidade de prestação de cuidados até ao último momento	"We treat the patient until the last moment" (p.23)	Inequívoco
	Trabalhar na UCI requer paciência e tolerância pois morrem muitas pessoas novas	"I think it is very bad so many people under twenties die, it is touching" (p.23)	Inequivoco
	Papel importante do enfermeiro na equipa multidisciplinar	"Most of the team will come to the primary nurse asking specifically about your patient" (p.23)	Inequívoco
	Comunicação clara e eficaz na equipa multidisciplinar leva a uma melhor prestação de cuidados	"Whenever we discuss it means that errors will be less and the patients' condition will be better" (p.24)	Inequívoco
	Existência de protocolos para cada procedimento facilita controlo de sintomas	"If a patient is nauseated we deal with them and give prescribed medication, we are trying to give our best to make patients comfortable, and we have standard care, and we treat pain and assess q4 hours by using the pain scale" (p.24)	Inequívoco
	Barreira linguística com o paciente e família, podendo ser transmitida informação ambígua	"You explain something to the family and somebody else translated so the information can be misunderstood as well" (p.24) "As Arab nurse I have no problem with language, on the other side we are helping	Inequívoco

		other staff how to understand patients and to be interpreter between family, patients and staff" (p.25)	
	Diferenças culturais afetam na prestação de cuidados, mais precisamente na dimensão espiritual	"The culture here in Saudi Arabia is that people are most religious and feel too much relief if you talk to them about this but not all nurses can do this because they do not share the same culture" (p.25)	Inequívoco
Amanda McCallum; Ruth McConigley (2013)	O enfermeiro tem como dever proteger o doente e a sua família de sofrimento desnecessário, através do controlo de sintomas, proporcionando conforto	"Recognising that your patient is dying and taking steps to make it a comfortable end. If you take off the CPAP [continuous positive airway pressure] and if they need a milligram of morphine. That is not going to kill them but it might make it easier for the family to listen to their work of breathing." (p.27)	Inequivoco
		"I think just basically just being there for the family as well. Making sure that they are okay even if they say you know they are fine just keep checking to make sure if they want anything. I think even just a cup of tea can go a long way with any family." (p.27)	Credivel
	O cuidado físico é visto como um aspeto importante		Inequivoco

	para manter a dignidade e o conforto do doente	‘We still have to provide care ... wash the patient regularly, you know make them warm and make the family feel that they are comfortable and they are looked after” (p.27)	
	Gestão de cuidados invasivos por parte da equipa médica que não trarão benefício aos doentes e não iram melhorar o seu estado saúde, aumentando o seu sofrimento	“HDU is no place for anybody to die. The nurses know that the people are dying, why do the doctors persist in it [aggressive treatment]? I mean we’ve advocated for things to be switched off and CPAP to be removed and monitors to be switched off and the doctors are like: “Let’s just ... watch it happen, let’s see if we can prolong it another two hours” or whatever. “Let’s keep that mask slapped on their face.”” (p.27-28)	Inequivoco
	Os cuidados paliativos são negligenciados pois o foco da UCI é salvar vidas	“You kind are of torn, it’s like: “Do I make jokes? Do I carry on with my normal caring with the other patients? Or do I try to keep it down to have that respect?” It’s just really hard ... sometimes it’s hard because we have to divide between other patients ... we have to save other patients and treat them.” (p.28)	Credível

	Respeitar a espiritualidade e últimos desejos do doente e da família de forma a manter a sua dignidade	"She had long-term cancer and we couldn't do anything and she died. The family really wanted us, as she was an Aboriginal patient, to leave everything in and provide them with the time for her spirit to leave her body ... we tried as much as we could to just kind of provide the peacefulness and for the family to stay." (p.28)	Inequívoco
	O ambiente da UCI é visto como uma barreira para uma morte em paz. Falta de espaço, ambiente barulhento e falta de privacidade	"There is no space between the beds and there is no privacy for grief ... it's just the whole environment here is so bad because of all the equipment and everybody's monitors and pumps beeping at you. I don't think it's possible to give anybody a dignified death." (p.28)	Inequívoco
Alistair McKeown et al. (2010)	Tratamento de doentes em fim de vida por muito tempo com métodos invasivos, havendo demasiado foco na cura e a paliação ser vista como fracasso	"Some, I know this sounds terrible … I can't think of a better expression than "flog a dead horse", you know, you can blatantly see this patient is not going to recover and they keep going and going and going and going and it is very sad and the outcome is inevitable." (p. 335)	Inequívoco

	Rotação dos médicos com frequência leva a interrupções/alterações no planeamento dos cuidados	"We have actually had patients go from palliative to active when consultants change shift, and that is just terrible." (p.336)	Inequívoco
	Os médicos experientes veem os cuidados paliativos como não tão importantes		Credível
Carolina Silva, Taisi Amaral, Valdenir Silva (2020)	O conforto é destacado como um meio para proporcionar alívio da dor e contribuir para uma qualidade de vida aos doentes em fim de vida	"Cuidados paliativos, eu considero, que são cuidados necessários e importantes, feito de forma humanizada para o paciente em situação clínica muitas vezes, graves, mas estável, de forma que todas as tentativas de tratamento já se esgotaram e há uma chance de sobrevida relativamente curta. Então é necessário para o conforto desse paciente no seu processo de partida" (p. 488)	Inequívoco
	Importância da espiritualidade no cuidado ao doente paliativo independentemente das suas crenças	"Porque todo ser humano tem sua religião e sua espiritualidade; é um momento que tem que ser muito preservado, por que é onde ele se apega nesta situação" (p.488)	Inequívoco
	Comunicação eficaz e uniformizada sobre a formalização do cuidado paliativo da equipa multidisciplinar para com a família, evitando mensagens ambíguas	"Eu acho que os médicos conversam, os enfermeiros conversam e os técnicos também conversam com a família, para que não haja nenhum atrito em relação a isso" (p.488)	Inequívoco

	Envolvimento da família no processo de cuidados paliativos inclusive na tomada de decisões	"É justamente trazer uma equipe que vai orientar todos a falarem a mesma língua. Então eu acho que fortalece a segurança para todo mundo estar falando igual, e as famílias sentem que é isso mesmo, todos estão falando sem ruído de comunicação" (p.489) "Eu acho que sem a família não dá para fazer muita coisa, por que se a família não concordar, se a família quiser ainda investir por mais que nós, a priori, entendamos mais de saúde" (p.489)	Inequívoco
P.J. Jordan; I. Clifford; M. Williams (2014)	Participar no termino do tratamento curativo causa emoções conflituosas	"I just personally feel that it should not really be my job to turn the ventilator down. Um, I really, I'll be honest I don't like doing it. I avoid it at all costs, whether it's my patient or not. I kind of get somebody else to do it, because I have done it once and I just felt like I killed the patient, type of thing." (p.77)	Credível
	Existência de sentimentos de impotência, frustração, tristeza e raiva quando prestam cuidados a doentes em fim de vida, por não conseguirem fazer mais por eles	"Guilt, anger... helplessness, because... you want to fix it, but you can't. That's kind of sadness obviously...extreme sadness... (participant is silent for a while)" (p.78)	Inequívoco

	Existência de maior importância de criar uma boa relação com a família, mas quanto melhor a relação, maior é o sentimento de tristeza	"Because I feel family support in ICU is sometimes much more important than the patient support. The patient we can support mechanically and give them all the drugs, but we cannot heal the family. The patient we can let go in peace and we can let him meet his maker or whatever his belief is, but the family is the one that got to be able to cope. So I'm more for loving and hugging the family and make sure they are okay and comfy." (p.79)	Inequívoco
	Envolvimento da família nas decisões do processo dos cuidados	"Um, so, but I really think one should have ... sit down with the family and um, doctors and nurses, and explain to them, you know this is what's going on ... we just going to or we can't do anything further." (p.79)	Credível
	A falta de suporte da equipa por parte da gestão hospitalar quando a questões de fim de vida	"I feel the need that maybe management should be supportive also…. So really from my side it is enough, but for a junior person I think they need more support". (p.79)	Inequívoco

	Existência de suporte entre os membros da equipa de enfermagem	"So it's nice in this ICU, because we support each other a lot. If you've got a problem you never sit alone with a dying patient. There will be times that someone will pat your shoulder, ask how you are, or ask if they can bring you a cup of coffee or do something for you." (p.80)	Inequívoco
	Necessidade de estratégias de apoio dentro da UCI para ajudar a lidar com questões de fim-de-vida, como por exemplo, ter um conselheiro permanentemente disponível para a equipa	"Get a clinical psychologist or a minister or somebody to help us with how to get our people through things like ..." (p.80)	Inequívoco
	Necessidade de formação e acompanhamento sobre questões de doentes em fim de vida e morte, durante o período de orientação	"But I think they should teach nurses and people who come into ICU, when they do those orientations, they should go on a course of how ... to handle death and dying. Sit down and talk to these people and teach them the skills, because you need skills ... to handle it ... you really, really do." (p.80)	Inequívoco

APÊNDICE II

Resumo e Poster apresentado nas Jornadas de Enfermagem da UCP: "V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO"

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - POSTER

As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos – revisão sistemática da literatura de evidência de significado

Autores: RUIVO, Inês[1] (itsotero@gmail.com; 962764895); CANHOTO, Marlene[1] (marlesu.mlg@gmail.com; 960197575); MADUREIRA, Manuela[2]; VELUDO, Filipa[2]

[1]Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa

[2]PhD, Docente da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida, previne e alivia o sofrimento do doente e família (OMS, 2020). O cuidado em fim de vida é considerado um cuidado global (Attia *et al*., 2013) objetivando dignificar o processo de morrer (Xu *et al*., 2022).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um ambiente técnico e objetivo (Martins *et al*., 2015) objetivando assistir a pessoa para a sobrevivência (Akgun *et al*., 2019).

Na sociedade ocidental, a morte ocorre predominantemente em ambiente hospitalar (Porock *et al*., 2009): 1 em cada 5 doentes morre em UCI (Mani & Ibrahim, 2017). As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente para a qualidade de cuidados nas UCI`s.

No sentido de entender quais as experiências dos enfermeiros em UCI, para proporcionar cuidados de qualidade assente em princípios de humanismo, surge a problemática associada ao cuidado em fim de vida em UCI.

Objetivo

Sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI.

Materiais e Métodos

Método: Revisão sistemática da literatura de evidência de significado (Aromataris & Munn, 2020).

Questão de investigação: Quais são as experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI?

Critérios de inclusão: População (P) – enfermeiros; Fenómeno de interesse (I)- experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI; Contexto (Co) – UCI. Incluiu-se estudos primários com metodologia qualitativa, sem friso temporal, disponíveis em texto integral de forma gratuita.

Fontes de pesquisa: Motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Estratégia de pesquisa: Descritores (Nurs*; Terminal care; Palliative care; End of life care; Dying care; Intensive care unit; Critical care unit; ICU; Qualitative study; Grounded theory; Phenomenological study; Case study research) pesquisados em título, resumo e termos do assunto com operadores booleanos OR (sinónimos) e AND (conceitos).

Processo de seleção: dois revisores independentes e discutidas as divergências com toda a equipa de investigação; Avaliação da qualidade metodológica - JBI Critical Appraisal Checklist for qualitative Research (Aromataris & Munn, 2020).

Síntese dos dados: narrativa por processo de categorização com base na semelhança de significado e de agregação.

Resultados

Dos 108 artigos iniciais, selecionaram-se 7 artigos (100 excluídos pelos critérios de elegibilidade e 1 pela qualidade metodológica).

Facilidades:

- Comunicação - A comunicação eficaz foca-se na importância da informação transmitida ao doente/família enquanto aliados no cuidado em fim de vida (Vaughn & Salas, 2022 & Silva *et al*., 2020), não descorando a comunicação entre a equipa (Holms *et al*., 2014 & Alasiry *et al*., 2012).
- Conforto - O conforto físico e espiritual, são indissociáveis para garantir a dignidade em fim de vida (Silva *et al*., 2020 & McCallum & McConigley, 2013). O controlo sintomático é essencial para o conforto físico, sendo que o reconhecimento de valores e crenças, assim como o respeito pelos últimos desejos, proporcionam cuidado em fim de vida de qualidade (Alasiry *et al*., 2012 & McCallum & McConigley, 2013).
- Envolvimento da família - A família é percecionada como a ponte entre a vontade do doente e o cuidado em fim de vida personalizado (Vaughn & Salas, 2022; Silva *et al*., 2020; Jordan *et al*., 2014).
- Padronização de cuidados - Necessidade de ter um apoio no momento de iniciar o cuidado em fim de vida, tornando-a uma decisão célere e eficaz (Holms *et al*., 2014 & Alasiry *et al*.,2012)

Dificuldades:

- Comunicação – O fim de vida é abordado tardiamente no processo de cuidados, sendo um tema evitado na UCI (Vaughn & Salas, 2022). A comunicação entre a equipa multidisciplinar, o doente e família nem sempre é eficaz, gerando mensagens contraditórias e inconscientes, o que condiciona a tomada de decisão (Holms *et al*., 2014 & McKeown *et al*., 2010).
- Paradigma curativo em UCI - As equipas multidisciplinares das UCI's estão enraizadas numa cultura de salvar vidas, influenciando as tomadas de decisão. Quando a decisão para

o cuidado em fim de vida é tomada, os doentes acabam por deixar de ser uma prioridade (Vaughn & Salas, 2022 & McCallum & McConigley, 2013).

- Ambiente da UCI - Considerado ruidoso, ocupado e com falta de espaço, condiciona a privacidade do doente e família necessária a uma morte digna. (Holms *et al*., 2014 & Vaughn & Salas, 2022).
- Défice de formação - O desenvolvimento de competências sobre cuidado em fim de vida, na maioria das vezes, é realizado através de observação e imitação de pares (Holms *et al*., 2014 & Vaughn & Salas, 2022).
- Experiência de Stress – O cuidado em fim de vida é sentido como experiências de stress, evidenciados pelo défice de suporte na equipa multidisciplinar (Holms *et al*., 2014 & Jordan *et al.*, 2014).

Conclusão

Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidado dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades. Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente em desenvolvimento de competências dos Enfermeiros em UCI.

Palavras-chave: Experiências de cuidado dos enfermeiros, Cuidados em fim de vida, Unidade de Cuidados Intensivos

Referências Bibliográficas

- Akgun, K., Gruenewald, D., Smith, D., Wertheimer, D., & Luhrs, C. (2019). A national VA palliative care quality improvement project for improving intensive care unit family meetings (icu-Fms). *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 1075–1080. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.015;

- Alasiry, S., Alshehri, H., Medin, J., & Hagelin, C. (2012). Nurses' experiences of providing palliative care in an intensive care unit in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing*, January 2012.;

- Aromataris, E., & Munn Z. (Editores) (2020). *Manual JBI para Síntese de Evidências*. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01.;

- Attia A., Abd-Elaziz, W., & Kandeel, N. (2013). Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(3), 297-304.;

- Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), 549-556.;

- Jordan, P.J., Clifford, I., & Williams, M. (2014). The experiences of critical care nurses with regard to end-of-life issues in the intensive care unit. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 16(2), 71-84.;

- Mani, Z. A., & Ibrahim, M. A. (2017). Intensive care unit nurses' perceptions of the obstacles to the end-of-life care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(7), 715-720. https://doi.org/10.15537/smj.2017.7.18454;

- Martins, J., Galdino, M., Garanhani, M., Sammi, K., & Trevisan, G. (2015). Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Congitare Enfermagem*. 20(3), 585-591.;

- McCallum & McConigley (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in na open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing,* 19(1), 25-30.;

- McKeown, A., Cairns, C., Cornbleet, M., & Longmate, A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: an interview-based study of the team perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(7), 334-338.;

- Organização Mundial de Saúde. (2020). Cuidado Paliativo. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care;

- Porock D, Pollock K, & Jurgens F (2009). Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. *Journal Housing Elderly,* 23(1–2), 10–28.;

- Silva, C., Amaral, T., & Silva, V. (2020). Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, 19(6), 484-491.;

- Vaughn & Salas (2020). Barriers and facilitators in the provisiono f palliative care in critical care: A qualitative descriptive study of nurses' perspectives. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing,* 33(1), 14-20.;

- Xu, D., Luo, D., Chen, J., Zeng, J., Cheng, X, Li, J., Pei, J., & Hu, F. (2022) Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: a cross-sectional study. BMC Palliative Care. 21(130), 1-10;

Poster

CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO
25 de novembro 2022 | 09H00-16H30

AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO

RUIVO, Inês*; CANHOTO, Marlene*; MADUREIRA, Manuela**; VELUDO, Filipa**
*Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Critica pela UCP
**PhD, Docente da Escola de Enfermagem de Lisboa do ICS da UCP

INTRODUÇÃO

O cuidado em fim de vida é considerado um cuidado global (Attia *et al.*, 2013) objetivando dignificar o processo de morrer (Xu *et al.*, 2022).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um ambiente técnico e objetivo (Martins *et al.*, 2015) objetivando assistir a pessoa para a sobrevivência (Akgun *et al.*, 2019).

Um em cada cinco doentes morre em UCI (Mani & Ibrahim, 2017). As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente.

No sentido de entender quais as experiências dos enfermeiros em UCI, para proporcionar cuidados de qualidade assente em princípios de humanismo, surge a problemática associada ao cuidado em fim de vida em UCI.

OBJETIVO

Sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Método: Revisão sis[illegible]o (Aromataris & Munn, 2020).

Questão de investigação: Quais são as experiências de cuidado em fim de vida (I), dos enfermeiros (P) em UCI (Co)?

Fontes de pesquisa: EBSCOhost: CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Descritores: Nurs*[a)] AND (Terminal care OR Palliative care OR End of life care OR Dying care)[a)] AND (Intensive care unit OR Critical care unit OR ICU)[a)] AND (Qualitative study OR Grounded theory OR Phenomenological study OR Case study research)[b)]

[a)]Título e resumo [b)]Resumo e texto

RESULTADOS

108 artigos → 17 artigos → 8 artigos → 7 artigos

Facilidades

Comunicação
- Informação transmitida ao doente/família e comunicação entre equipa (Holms *et al.*, 2014; Alasiry *et al.*, 2012; Vaughn & Salas, 2022; Silva *et al.*, 2020).

Conforto
- Conforto físico – controlo de sintomas; Conforto espiritual – reconhecimento de crenças e valores (Alasiry *et al.*, 2012 & McCallum & McConigley, 2013).

Envolvimento da família
- Família como ponte entre a vontade do doente e o cuidado em fim de vida personalizado (Vaughn & Salas, 2022; Silva *et al.*, 2020; Jordan *et al.*, 2014).

Padronização dos cuidados
- Um apoio no início do cuidado em fim de vida, tornando uma decisão célere e eficaz (Holms *et al.*, 2014 & Alasiry *et al.*, 2012).

Dificuldades

Comunicação
- O fim de vida é abordado tardiamente; Mensagens contraditórias na equipa condiciona a tomada de decisão (Vaughn & Salas, 2022; Holms *et al.*, 2014; McKeown *et al.*, 2010).

Paradigma Curativo
- Cultura de salvar vidas enraizada na UCI; Doentes em fim de vida deixam de ser prioridade (Vaughn & Salas, 2022 & McCallum & McConigley, 2013).

Ambiente de UCI
- Ambiente ruidoso, ocupado e com falta de espaço, condiciona a privacidade e morte digna do doente (Holms *et al.*, 2014 & Vaughn & Salas, 2022).

Défice de formação
- A observação e imitação dos pares é a principal forma de desenvolvimento de competências (Holms *et al.*, 2014 & Vaughn & Salas, 2022).

Experiência de Stress
- O cuidado em fim de vida é sentido como experiências de stress, evidenciado pelo défice de suporte na equipa (Holms *et al.*, 2014 & Jordan *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidado dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades. Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente em desenvolvimento de competências dos Enfermeiros em UCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS