



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em  
Situação Crítica

Por

Ana Maria Pereira Mota da Costa

Porto – Junho 2020



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**MEDICAL-SURGICAL NURSING IN THE CONTEXT OF AN  
INTENSIVE CARE UNIT**

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

Por

Ana Maria Pereira Mota da Costa

Sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto – Junho 2020

## RESUMO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” lecionado no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto, surge o presente trabalho como um instrumento de avaliação que comporta uma reflexão crítica sobre diversos aspetos, como o processo de pensamento e tomada de decisão que esteve na base das opções realizadas aquando o planeamento e implementação das intervenções durante o estágio. Os estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia durante o período compreendido entre 9 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020. Nas Unidades de Cuidados Intensivos laboram equipas multidisciplinares, onde o desempenho do Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser realçado. Papel este que é o tema central deste relatório crítico reflexivo. Este documento tem por objetivos, descrever as experiências e aprendizagens alcançadas, demonstrar as competências adquiridas e realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas na medida de resolução de situações de melhoria notadas, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados. A metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, e estruturalmente encontra-se dividido em quatro capítulos. Na introdução, podemos encontrar o enquadramento do relatório, dos campos de estágio e dos objetivos traçados. No segundo capítulo, faz-se alusão à contextualização dos campos de estágio; no terceiro capítulo procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por fim, na conclusão procura-se evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas e delinear perspetivas futuras após a aquisição do grau de Mestre em enfermagem e a repercussão na minha vida profissional. No decorrer dos estágios supracitados, emergiu a necessidade e também a oportunidade de desenvolver ações como um momento de formação dirigido à equipa de Enfermagem sobre “Doentes Paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos” e, um documento de consulta sobre “A abordagem ao Doente Paliativo numa Unidade de Cuidados Intensivos”. É de notar que, o cuidado ao doente paliativo converge com a minha realidade profissional atual. Com este documento pretendo retratar um conjunto de competências adquiridas pelo enfermeiro Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que devem assentar capacidade de autonomia, poder de decisivo fundamentado no espírito crítico-reflexivo e sentido elevado sentido de responsabilidade. Espero também demonstrar o nível de eficiência e o aumento do custo-eficácia dos recursos empregues pelo enfermeiro especialista na área de médico-cirúrgica que deve ser capaz de onerosamente executar complexas atividades altamente diferenciadas, zelando pela qualidade da prestação de cuidados à pessoa com doença aguda.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados Intensivos, Doente Terminal, Cuidados Paliativos.



## ABSTRACT

Within the scope of the curricular unit “Estágio Final e Relatório” taught in the Master of Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing at Universidade Católica Portuguesa – Porto, the present work emerges as an assessment tool that includes a critical reflection on several aspects, such as the thinking and decision-making process that underpinned the choices made when planning and implementing interventions during the internship. The internships were carried out in a Multipurpose Intensive Care Unit and in a Cardiology Intensive Care Unit during the period between 9 September 2019 and 4 January 2020. In the Intensive Care Units, multidisciplinary teams work, where the performance of the Master Nurse and Specialist in Medical-Surgical Nursing must be highlighted. This role is the central theme of this critical reflective report. This document aims to describe the experiences and learning achieved, demonstrate the acquired skills and perform a critical-reflexive analysis of the activities developed in the measure of resolution of improvement situations noted, with a view to improving the quality and safety of the nursing care provided. The methodology used was the descriptive, analytical and critical-reflective method, and structurally it is divided into four chapters. In the introduction, we can find the framework of the report, the internship fields and the objectives set. In the second chapter, reference is made to the contextualization of the internship fields; in the third chapter, the exposition and critical-reflexive analysis of the activities carried out are carried out, in order to achieve the outlined objectives, and to acquire the common skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing. Finally, the conclusion seeks to highlight professional development based on the skills acquired and outline future perspectives after the acquisition of the Master’s degree in nursing and the impact on my professional life. During the aforementioned internships, the need and also the opportunity to develop actions emerged as a training moment directed to the Nursing team on “Palliative Patients in Intensive Care Units” and a consultation document on “The approach to Palliative Patients in an Intensive Care Unit”. It should be noted that palliative care for the patient converges with my current professional reality. With this document, I intend to portray a set of skills acquired by the Master Nurse in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing that must be based on the capacity of autonomy, decisive power based on the critical-reflective spirit and high sense of responsibility. I also hope to demonstrate the level of efficiency and the increased cost-effectiveness of the resources employed by the nurse specialist in the medical-surgical area who must be able to costly perform complex highly differentiated activities, ensuring the quality of care provided to people with acute illness.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Intensive Care Units, Critical Care, Terminally Ill, Palliative Care.

“Nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de a vencer. “

Dr. Daniel Serrão (1928-2017)

## **AGRADECIMENTOS**

“Como é importante saber agradecer. Assim podemos perguntar-nos: somos capazes de dizer obrigado? Quantas vezes dizemos obrigado a quem nos ajuda, a quem está ao nosso lado, a quem nos acompanha na vida? Muitas vezes consideramos tudo como se nos fosse devido. Só quem sabe agradecer experimenta a plenitude da alegria.” (Papa Francisco, 2016)

Este texto expressa a disposição com que concluo este ciclo de estudos. Gostaria de agradecer a todos os que participaram neste processo de aprendizagem e engrandecimento pessoal e intelectual a que esta jornada me conduziu, esperando que um dia consiga retribuir de forma tão nobre para o atingimento dos vossos objetivos.

De forma mais específica, não poderia deixar de mencionar pessoas que considero chave para que este caminho tivesse sido percorrido de forma tão frutífera como foi. São elas, a Professora Doutora Patrícia Coelho e a Prof. Doutora Ana Sabrina Sousa que me acolheram e orientaram, demonstrando toda a sua mestria na arte da pedagogia, a elas o meu obrigada. À Enfermeira Rosário Rebelo, Enfermeira Rita Carrilho, Enfermeira Manuela Alves, Enfermeira Sandra Breia e Enfermeira Patrícia Marques, pessoas experientes e admiráveis que praticam enfermagem de excelência, me fizeram ascender a uma melhor Enfermeira, aspirando a continuar a minha jornada de conhecimento a mais e melhor.

Não posso deixar de referir aquela que é a minha pedra angular, a minha família. Aos meus pais que assumem um papel de extrema importância na minha vida e que sempre me incentivaram a ser o melhor que posso ser, aos meus irmãos e sobrinhos o meu muito obrigada, são parte de mim.

Gostaria também de referir a importância da minha equipa de trabalho, por toda a compreensão e flexibilidade que demonstraram comigo neste longo processo. À minha chefe Enfermeira Lília Costa um especial obrigada.

Por fim, mas não menos importante, são a família que escolhi. À Rita Ribeiro, Inês Piques, Teresa Morais, Ana Martingo e Ana Sousa obrigada por permanecerem perto em todos os momentos, intervirem e incentivarem em tempos de maior turbulência, nunca tendo assim a sensação de desamparo ou solidão.

A este particular grupo de pessoas, o meu MUITO OBRIGADA.



## **ABREVIATURAS**

ASA – Associação Americana de Anestesiologia;  
BAV – Bloqueio Auriculoventricular;  
BO – Bloco Operatório;  
BR – Bloqueio de Ramo;  
CI – Cuidados Intensivos;  
CP – Cuidados Paliativos;  
CVC – Cateter Venoso Central;  
DD – Decúbito Dorsal;  
DGS – Direção Geral da Saúde;  
DIDDU – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária;  
DNS – Doença do Nódulo Sinusal;  
DV – Decúbito Ventral;  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;  
ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea;  
EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica;  
ISBAR – Identify Situation Background Assessment Recommendation;  
LA – Linha Arterial;  
LRA – Lesão Renal Aguda;  
OE – Ordem dos Enfermeiros;  
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;  
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia;  
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;  
SDRA – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo;  
SLED – Sustained Low-Efficiency Dialysis;  
SU – Serviço de Urgência;  
TC – Tomografia Computorizada;  
VA – Via Aérea;  
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva;



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO</b> .....	<b>21</b>
2.1 O DOENTE CRÍTICO EM AMBIENTE DE SERVIÇO DE URGÊNCIA, COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS .....	22
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE .....	24
2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA.....	26
<b>3 OBJECTIVOS DE ESTÁGIO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	<b>29</b>
3.1. OBJETIVO 1: COMPREENDER QUAL O CAMPO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO ÂMBITO DE UMA UCI NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO. ....	31
3.2. OBJETIVO 2: APROFUNDAR CONHECIMENTO TEÓRICO BASEADO NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SOBRE O DOENTE CRÍTICO BEM COMO O MODO DE ATUAÇÃO .....	36
3.3. OBJETIVO 3: COLABORAR E INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA SUA METODOLOGIA DE TRABALHO, DEMONSTRANDO ESPÍRITO DE EQUIPA E ENTREAJUDA;.....	41
3.4. OBJETIVO 4: COMPREENDER E PARTICIPAR NO PROCESSO DE GESTÃO UTILIZADO NO SERVIÇO, NOMEADAMENTE QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	47
3.5. OBJETIVO 5: COMPREENDER A CAPACIDADE DE PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CI DO DOENTE TERMINAL/PALIATIVO, E A NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS.....	52
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>
<b>Apendice A - Revisão Integrativa da Literatura</b> .....	<b>77</b>
<b>Apendice B - Questionário de Avaliação de Conhecimentos</b> .....	<b>117</b>
<b>Apendice C - Abordagem ao Doente Terminal/Paliativo numa UCI</b> .....	<b>123</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1- AVALIAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR À FORMAÇÃO “DOENTES PALIATIVOS EM UCI” .....</b>	<b>59</b>
--	-----------



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos delineado pela Universidade Católica Portuguesa – Porto, Escola de Enfermagem – Instituto de Ciências da Saúde, e no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserido no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), a decorrer do ano letivo 2019/2020, foi solicitada a elaboração de um relatório final com o intuito de resumir o percurso realizado, focado nos objetivos traçados, atividades desenvolvidas e competências adquiridas, sustentado por uma reflexão. Este trajeto teve em conta a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Mestre e Especialista em EMC.

Para a excelência do exercício de Enfermagem, deve ser feita, de forma constante, a atualização de conhecimentos teóricos. Só deste modo o profissional baseia a sua prática na mais recente evidência científica. A crescente exigência da qualidade nos cuidados de saúde é uma realidade, e esta é tão ou mais fundamental que só é possível com o empenho de todos os intervenientes. A Enfermagem assume aqui uma posição basilar.

Ao enfermeiro especialista, para além da elevada qualidade, exige-se uma prestação de cuidados num nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente junto do cliente (indivíduo, família e grupos) em situação de crise ou risco, no âmbito da especialidade (Diário da República Eletrónico, 1991).

No sentido de interligar a disciplina como aquisição de conhecimento e o estágio como campo de intervenção (Fortin, 2000), a escolha do local de estágio prendeu-se ao facto desta Unidade Hospitalar ser um centro de referência com uma extensa

multiplicidade de valências e, conseqüentemente promotor de experiências diversificadas no cuidado ao doente crítico.

Os estágios foram divididos em dois contextos de prática clínica, sendo o primeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), no período compreendido entre o dia 9 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020, num total de 360 horas de contacto.

A Tutoria foi feita por enfermeiras detentoras do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC, e a Orientação pela Prof. Doutora Ana Sabrina Sousa (Doutorada em Enfermagem e Especialista em EMC).

Inserido na unidade curricular “A pessoa em situação crítica em família: Vigilância e Decisão Clínica”, lecionada no 1º ano do Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC, o primeiro campo de estágio desenvolveu-se num Serviço de Urgência (SU), o qual me conferiu competências para a abordagem do doente crítico. Uma vez, feito o estabelecimento de prioridades e estabilizado, este doente é encaminhado muitas vezes para uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Unidade esta, que se dedica a doentes que mantêm falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As UCI assumem a responsabilidade do cuidado ao doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, seja no SU, nas unidades intensivas, intermédias ou no internamento (Ministério da Saúde, 2017). Estes serviços destinam-se ainda à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais. Este trabalho é feito de forma contínua por Médicos e Enfermeiros especializados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Uma vez que os cuidados de enfermagem ao doente crítico são cuidados altamente diferenciados prestados de forma a permitir manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua

recuperação total, tentei desde logo e ao longo desta experiência integrar-me o mais possível nas equipas e fundamentar os procedimentos por mim efetuados enquanto futura Mestre em Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A elaboração deste Relatório constitui uma estratégia importante para o meu desenvolvimento enquanto estudante e profissional, uma vez que realça e cimenta a minha capacidade de análise e reflexão sobre as minhas ações enquanto futura Mestre em Enfermagem e Especialista em EMC e das suas respetivas implicações éticas e sociais.

Os objetivos major do presente documento são: delinear o percurso de aprendizagem no âmbito da especialização em EMC; descrever os objetivos, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo dos estágios da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, descrever e fazer um balanço pessoal das competências adquiridas no âmbito da Enfermagem EMC, bem como a concretização de um documento de avaliação.

Os objetivos pessoais delineados durante os campos de estágio serviram para orientar as competências a que me propus desenvolver. Foram eles:

- **Compreender qual o campo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito de uma UCI na abordagem ao doente crítico**, uma vez que, confrontada com o contexto de elevada complexidade de uma UCI, não só devido à etiologia do doente, mas também à panóplia de alta tecnologia, existe a imposição de um conhecimento, perícia aprofundados nesta área, capacidade de explicar e predizer para que os cuidados sejam efetuados sobre a maior eficiência, custo-eficácia, qualidade de vida do doente e domínio em questões clínicas e sistémica intrincadas;
- **Aprofundar conhecimento teórico baseado na evidência científica sobre o doente crítico**, em que a crescente complexidade e mudança do sistema de saúde apresentam múltiplos desafios para criar uma prática baseada na evidência, não só pela necessidade de conceção de novos conteúdos e projetos de investigação adequados às respostas às questões

clínicas, como também a utilização dos resultados aplicados à prática. (Linda D.Urden, 2008);

- **Colaborar e integrar a equipa multidisciplinar na sua metodologia de trabalho, demonstrando espírito de equipa e entreajuda**, sendo que a interação com a equipa contribuiu de forma simbiótica para o meu crescimento profissional. Este fez-se de forma dinâmica e permitiu que as minhas tomadas de decisão fossem mais precisas, com intervenções apropriadas de forma a satisfazer as necessidades dos meus cuidados;
- **Compreender e participar no processo de gestão utilizado no serviço, nomeadamente quanto aos recursos humanos e cuidados de enfermagem**, percebendo que a Enfermagem assume também um papel fundamental de gestão e tem de ter capacidade de relacionar e desenvolver as funções de planeamento, organização, direção e controlo e deve demonstrar capacidade de conceptualização e pensamento lógico no processo de tomada de decisão;
- **Compreender a capacidade de perceção dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados**, uma vez que se trata de uma realidade à qual tenho acesso na minha realidade profissional, e que reconheço estender-se a todas as especialidades médicas, nomeadamente às UCI. Desta feita, senti necessidade de explorar mais esta temática, onde se encontram ainda muitas incógnitas quanto ao início ou manutenção de tratamentos agressivos ou quando iniciar medidas de conforto e todas as questões éticas que se levantam perante estas situações.

Não obstante os avanços da Medicina, a longevidade e o aumento significativo da cronicidade das patologias conduziram a uma ampliação do número de doentes que não se curam. Além disto, o modelo da medicina curativa, centrada no debelar da doença não se adapta às demais necessidades deste tipo de pacientes,

necessidades estas que tendem a ser esquecidas. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020)

A morte ou a não-cura é vista por muitos profissionais como uma frustração e subsequentemente uma área de não-investimento. A doença terminal e a morte foram hospitalizadas e contrariamente ao expectável aumentou-se a distância correlacionados aos problemas do final de vida. As questões de fim de vida/morte constituem ainda hoje um tema tabu. (Pacheco, 2014)

Os cuidados paliativos são cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo. Apesar disto, as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde aos dias de hoje, ainda não estão suficientemente divulgados e acessíveis àqueles que deles necessitam.

Portugal é um país onde os serviços especializados são ainda escassos e insuficientes para as necessidades detetadas. Urge a necessidade de mudança, para que cada vez mais os doentes paliativos tenham acesso a cuidados de qualidade e para que possam viver o resto dos seus dias sem sofrimento. Aceitar que a morte faz parte da vida é um primeiro passo e prestar apoio neste processo deve ser desmistificado. A minha reflexão neste objetivo veio precisamente neste sentido.

A metodologia selecionada para a elaboração deste Relatório foi descritiva e reflexiva, tendo por base as experiências vividas e fundamentadas por pesquisa bibliográfica realizada em livros, teses de mestrado, artigos de investigação e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC (Diário da República Eletrónico, 2018). O presente documento está dividido por capítulos. Na introdução faço um enquadramento partindo de algumas conceções fundamentais na minha abordagem e os motivos da escolha pelos locais da prática clínica. De seguida, no segundo capítulo, contextualizo os locais de estágio. No terceiro capítulo, foi onde desenvolvi a análise e reflexão crítica do percurso efetuado através dos objetivos previamente traçados, o que considero traduzir de forma mais clara as competências adquiridas e onde exploro de forma crítica, para além de os demais objetivos, o tema que me aprouve desenvolver em estágio sobre a importância e o papel do enfermeiro especialista EMC no reconhecimento da necessidade de adaptação dos cuidados aos doentes, nomeadamente do doente

paliativo em Unidade de Cuidados Intensivos e dualidade entre a implementação de medidas de conforto/medidas agressivas de suporte. Segue-se, finalmente a conclusão, onde de forma resumida e clara, refleti sobre os objetivos alcançados, os constrangimentos sentidos, as competências adquiridas e conseqüentemente o impacto desta experiência no meu desenvolvimento profissional e pessoal. O estilo de referências bibliográficas utilizado é a norma ISO 690.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O reconhecimento social da profissão de enfermagem como autónoma, está intimamente relacionado com um desempenho profissional competente, responsável e com elevados padrões de qualidade. Ao analisarmos a profissão de Enfermagem, podemos encontrar este dado legitimado e traduzido na regulação do exercício profissional e na criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e respetivos estatutos, bem como, com a elaboração do código deontológico. (Nunes, 2003)

É por esta premissa que a formação específica e especializada é validada.

A crescente complexidade tanto dos equipamentos, como das técnicas e procedimentos realizados, resulta na elevada capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves. É, portanto, cada vez mais importante num mundo de crescente segmentação a especialização de conhecimento baseado na evidência.

Em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final da década de 50 do século vinte, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas em Portugal. A evolução científica e tecnológica teve claras repercussões no modelo de cuidados prestados e, como tal, foram acompanhadas por modificações estruturais nas organizações em que as mesmas se inserem, num movimento que ficou conhecido como “A UCI sem paredes”, *pivot* multidisciplinar e omnipresente da abordagem intra-hospitalar do doente crítico e já não enquanto isolados dentro do hospital (Ministério da Saúde, 2016).

Neste seguimento, abordo nos subcapítulos subsequentes as competências adquiridas no estágio de 1º ano e as duas UCI por onde passei neste 2ºano, e onde senti a necessidade de desenvolver um saber específico de modo a dar resposta a todos os objetivos delineados.

## 2.1 O DOENTE CRÍTICO EM AMBIENTE DE SERVIÇO DE URGÊNCIA, COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

Ao longo do meu percurso enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem, foi possível, através da unidade curricular “A pessoa em situação crítica em família: Vigilância e Decisão Clínica”, lecionada no 1º ano de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC, a aquisição e consolidação de competências no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico, entre as quais saliento a sua triagem, reanimação, estabilização e encaminhamento do doente. A primeira abordagem ao plano prático decorreu num SU de um Centro Hospitalar, o que me permitiu de forma consciente, aliar ao meu exercício profissional uma sustentação científica, procurando evidência em cada uma das minhas práticas. Evoluir enquanto profissional tornou-se uma premência e a escolha pela área de Especialização em EMC trouxe o sentido necessário à minha realidade profissional.

Os SU são por excelência, unidades de saúde onde os contextos de cuidados adquirem características muito próprias, onde os doentes constituem uma população original e pouco homogénea. A prática de enfermagem nestas circunstâncias requer uma atitude e habilidade de avaliação, intervenção e tratamento especializado. (Vardamarn, et al., 2012)

Ao Enfermeiro compete uma atuação coerente com os padrões de qualidade, de forma a garantir a segurança, a continuidade e a qualidade de cuidados ao doente. Tornar os cuidados de saúde mais seguros é um predicado a nível das organizações de saúde. A busca da excelência deve caminhar ao encontro das necessidades dos doentes, e deve acima de tudo promover a satisfação dos mesmos e seus familiares.

Neste seguimento, a não preparação/formação dos enfermeiros para esta abordagem, pode comprometer um a segurança do doente e incidir no erro. Este, por si só, leva inevitavelmente, ao aumento do nível de mortalidade. (Direção Geral da Saúde, 2017)

Por forma a compreender qual o campo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do SU e na abordagem ao doente crítico tive oportunidade neste campo de estágio de acompanhar o doente desde o momento da entrada, seja esta da emergência pré-hospitalar, do domicílio ou transferência de outra instituição, até ao momento da alta.

Em conformidade com os objetivos traçados, desenvolvi atividades que pudessem alicerçar e consolidar as competências do enfermeiro com especialidade em EMC na abordagem ao doente crítico em ambiente de SU. Nestas, destaco as que para mim foram essenciais, uma vez que se tornaram ferramentas indispensáveis na aquisição de competências e que me prepararam para os estágios que se seguiram. Percecionei o processo de triagem do doente que recorre ao SU/Emergência; apreendi e colaborei no trabalho desenvolvido em contexto de Sala de Emergência na abordagem ao doente crítico; percebi qual o trabalho desenvolvido em parceria com a família junto do doente crítico em contexto de Urgência/Emergência; analisei de forma crítica e reflexiva a situação de saúde/doença de cada doente, delineando atividades de vigilância pertinentes; estabeleci relação terapêutica com o doente crítico para que esta permitisse considerarei a complexidade do estado de saúde do mesmo; analisei a transição de informação entre enfermeiros nas passagens de turno nos diferentes sectores, bem como a admissão do doente no SU através da técnica ISBAR da norma da Direção Geral da Saúde (DGS) nº nº001/2017 de 08/02/2017.

Todas estas atividades desenvolvidas ajudaram-me a ir de encontro às competências definidas pela OE e a adquirir novas competências como o saber percecionar o processo de triagem, alcançando a capacidade de análise dos fluxogramas e do encaminhamento do doente, o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no âmbito da sala de emergência, desenvolver capacidade de gestão e comunicação com a família/cuidador do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica, desenvolver respostas em situações de emergência; saber adequar os meios e recursos às situações existentes; saber priorizar através de uma análise crítico-reflexiva, desenvolvendo capacidade de coordenar esforços em situações de

emergência; e, por fim maximizar o papel da comunicação e da transmissão de informação entre profissionais, nomeadamente equipa de Enfermagem no ambiente de Urgência/Emergência e a sua relação com a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Aqui, tentei demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo por base as respostas humanas aos processos de doença. Neste contexto, tentei promover a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados, recorrendo à investigação, a uma prática baseada na evidência, e aos referenciais éticos e deontológicos.

## 2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Os campos de estágio encontram-se inseridos na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” inserido no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC a decorrer do ano letivo 2019/2020 subdivididos em duas partes iguais de 180 horas de contacto. A primeira parte decorreu na UCIP do Centro Hospitalar escolhido, no período compreendido entre 9 de setembro e 2 de novembro de 2019 e, a segunda parte decorreu na UCIC da mesma instituição, no período compreendido entre 4 de novembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020.

Relativamente ao primeiro campo de estágio, tratava-se de uma UCI nível III <sup>1</sup>, Polivalente e Mista. Tinha capacidade máxima de 12 doentes que se dividiam entre o foro médico e cirúrgico, 10 destas unidades eram em *open space* e as restantes duas unidades tinham controlo de pressurização pressão positiva ou negativa, e serviam para acomodar doentes que necessitassem de isolamento fosse ele de partícula, gotícula ou contacto e eram, portanto, fechadas. Tinha também acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários. Estas unidades encontram como vantagens a direta visualização do doente, o menor isolamento, um maior acompanhamento e observação, economicidade na organização do espaço e possivelmente uma maior rentabilidade dos cuidados, embora possam

---

<sup>1</sup> Unidades destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico;

enfrentar também algumas desvantagens como uma menor privacidade, maior percepção de ruídos e maior probabilidade de infeções associada aos cuidados de saúde. Desta feita, os cuidados devem ter em conta todos estes fatores e ajustados aos cuidados.

É recomendado que cada UCI tenha um posto de vigilância centralizado que favorece não só a referida visualização e acesso imediato aos doentes que devem estar em boxes individuais, como permite que os enfermeiros efetuem os registos dos cuidados prestados. A circulação de profissionais e familiares às UCI deve ser cuidadosamente controlada e deve obedecer a protocolos aprovados de mudança de roupa, limpeza e desinfeção. A área por unidade deve permitir o acesso ao doente em 360°, bem como deve ter espaço para acomodar todo o equipamento necessário e possibilitar quando possível a presença de um acompanhante. (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013)

No que concerne os recursos humanos, a equipa multidisciplinar mantinha o acompanhamento ao doente crítico 24h e era composta por a equipa médica, de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes administrativos. O rácio profissional/doente cumpria o preconizado: Equipa Médica: 6 Profissionais para 12 Doentes; Equipa de Enfermagem: 1 Profissional para 2 Doentes, Assistentes Operacionais: 1 Profissional para 6 Doentes e Assistentes Administrativos: 1 Profissional para todo o serviço. (Ministério da Saúde, 2017). Tinha implementados canais de comunicação e deslocação fácil, rápidos e seguros com o SU, era aliás precisamente em parede contígua ao mesmo, com acesso rápido e desimpedido à Sala de Emergência, tanto para pessoal como para doentes.

No que diz respeito à estrutura física tinha áreas de apoio como: secretariado clínico; sala de espera de familiares e visitas; sala de reuniões; áreas de apoio aos profissionais como vestiários, quarto médico, sala de descanso, copa, biblioteca; área de armazenamento de material e equipamento; gabinetes médicos e de enfermagem; área de preparação de fármacos; e bastidores técnicos. As áreas de fluxos de circulação de doentes, profissionais, visitas e familiares e dos circuitos de limpos e de sujios estavam também bem definidas.

Dentre muitos doentes que se encontravam nesta Unidade, os mais frequentes estavam agrupados em dois grandes grupos, sendo eles os doentes com

Patologias Neurológicas (Acidente Vascular Cerebral; Lesões Ocupantes de Espaço, Traumatismos Crânio Encefálicos; Edemas Cerebral, entre outros) e doentes pós - cirúrgicos.

Por turno existia sempre um enfermeiro responsável pela coordenação de turno que assumia o cargo de gestão do serviço. No turno da manhã essa função estava inerente à Enfermeira chefe, no entanto, nos restantes turnos este papel era desempenhado habitualmente por Enfermeiros Especialistas que asseguravam todas as necessidades de gestão do serviço. Este poderia passar por gestão de unidades, admissão e transferência de doentes, gestão dos membros da equipa de cuidados sob a sua responsabilidade promovendo a articulação funcional com o serviço e equipa de saúde, otimização do *stock* terapêutico e de consumíveis, resolução de questões de cariz funcional, gestão de conflitos, entre outros. Esta responsabilidade acrescida fazia com que o Enfermeiro responsável se dedicasse apenas a esta função, não acumulando com a prestação de cuidados.

O horário de visita estava dividido em dois períodos e, estava compreendido entre as 16 e 17 horas e as 19 e as 20 horas. Apenas poderiam entrar um visitante por vez e sempre que necessário eram prestados esclarecimentos ao familiar de referência neste horário uma vez que o médico estava sempre presente.

### 2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA

O segundo contexto de estágio tratava-se também de uma UCI nível III, Monovalente e Aberta. Tinha capacidade máxima de 8 doentes, com capacidade de suporte invasivo multiorgânico, incluindo suporte ventilatório, substituição renal e suporte cardiocirculatório mecânico. Mais uma vez falamos de uma unidade em *open space* e que respeita os mesmos princípios anteriormente referidos. Funcionava também em articulação direta com o SU, a Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular, a Unidade Intermédia de Cardiologia e o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica. À semelhança do anterior campo de estágio, a equipa multidisciplinar mantinha o acompanhamento ao

doente crítico 24 horas e era composta por a equipa médica, de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes administrativos.

Em termos de recursos humanos, o rácio profissional/doente era também igual à unidade previamente referida, e cumpria o preconizado: Equipa Médica: 6 Profissionais para 12 Doentes; Equipa de Enfermagem: 1 Profissional para 2 Doentes, Assistentes Operacionais: 1 Profissional para 6 Doentes e Assistentes Administrativos: 1 Profissional para todo o serviço. (Ministério da Saúde, 2017)

Neste serviço, devido à dimensão do departamento de cardiologia, as áreas de apoio eram por vezes partilhadas com o departamento e não exclusivas ao serviço, como por exemplo a área de apoio do secretariado clínico e a sala de reuniões. Algumas áreas de apoio aos profissionais eram também partilhadas como os vestiários, no entanto outras acabavam por ser exclusivas à UCIC, como quarto médico, sala de descanso e copa. Existia também, uma área de armazenamento de material e equipamento reservada à Unidade; gabinetes médicos e de enfermagem; área de preparação de fármacos; bastidores técnicos, áreas de fluxos de circulação de doentes, profissionais, visitas e familiares e dos circuitos de limpos e de sujos estavam bem definidas. Não dispunham de sala de espera de familiares e visitas, o que, na minha ótica, seria um aspeto a ser melhorado, uma vez que o familiar de referência assume um papel de parceria de cuidados na relação terapêutica entre enfermeiro e doente.

A etiologia dos doentes internados nesta UCIC era do foro cardíaco, e a maior fatia recaía sobre os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), primários ou recidivados. Paralelamente também havia uma elevada frequência doentes com Arritmias, Fibrilhações Auriculares de resposta lenta com necessidade de colocação de *pacemaker* definitivo e Fibrilhações Auriculares de resposta rápida com necessidade de cardioversão, e Insuficiências Cardíacas terminais.

No turno da tarde e da noite existia também o enfermeiro responsável de turno que assumia o cargo de gestão do serviço, o qual levava a cabo as mesmas responsabilidades supracitadas. Contudo, nesta UCI para além da gestão de serviço acumulava a função de prestação de cuidados ficando assim com doentes atribuídos.

O horário de visita estava dividido em dois períodos, compreendidos entre as 13 horas e as 14 horas e as 18 horas e as 20 horas. A UCIC tinha, à semelhança da UCIP, sempre um médico residente. A este profissional competia a transmissão de informações à família ou familiar significativo sobre o estado clínico do doente.

### **3 OBJECTIVOS DE ESTÁGIO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

O Enfermeiro especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem. Este assume um papel acrescido nos cuidados ao doente em situação crítica e/ou em falência orgânica, sendo que daí advém a condição categórica de definir competências de resposta a uma determinada situação. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Segundo o diário da República, aprovado e publicado pelo Diário da República (2ª Série – Nº.26 - 6 de fevereiro de 2019), os domínios comuns a todos os enfermeiros especialistas, são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e, desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para além disto, a OE especifica as competências do Enfermeiro Especialista na área da EMC como sendo as seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- 1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- 2. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença;*
- 3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.*

Podemos subdividir ainda as competências na área de Especialização de EMC em quatro áreas de enfermagem. São elas, Área de Enfermagem à Pessoa em

Situação Crítica, Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Abordaremos particularmente a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Estas, estão regulamentadas e publicadas em Diário da República 2ª Série – N.º.26 - 6 de fevereiro de 2019, em que:

- 1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;*
- 2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;*
- 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.*

Tendo por base as supracitadas competências, e complementando os objetivos previamente traçados no plano de estudos do curso, tive a necessidade de elaborar objetivos gerais e específicos transversais a ambos os campos de estágio, foram eles: Compreender qual o campo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito de uma UCI na abordagem ao doente crítico; Aprofundar conhecimento teórico baseado na evidência científica sobre o doente crítico bem como o modo de atuação; Colaborar e integrar a equipa multidisciplinar na sua metodologia de trabalho, demonstrando espírito de equipa e entreadajuda; Compreender e participar no processo de gestão utilizado no serviço, nomeadamente quanto aos recursos humanos e cuidados de enfermagem; e, Compreender a capacidade de perceção dos Enfermeiros de CI do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados. Estes permitiram-me desenvolver atividades nas quais pude ampliar e consolidar as minhas competências enquanto Mestre em Enfermagem e Especialista em EMC, adquiridas com base na reflexão e evidência científica. De seguida, são exploradas as atividades desenvolvidas tendo em vista a

concretização dos objetivos referidos, bem como as reflexões inerentes aos mesmos e as competências.

### 3.1. OBJETIVO 1: COMPREENDER QUAL O CAMPO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO ÂMBITO DE UMA UCI NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO.

#### **Atividades desenvolvidas e competências adquiridas:**

O Doente crítico, inserido numa UCI, necessita do apoio constante de uma equipa multidisciplinar. Assim, o Enfermeiro, parte integrante desta mesma equipa, deverá exercer um papel fundamental para a manutenção e recuperação deste doente. O desenvolvimento da Medicina Intensiva aumentou exponencialmente a capacidade para salvar vidas em risco, bem como, incrementou de forma pronunciada a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes portadores de doença grave (Ministério da Saúde, 2016). Nas primeiras semanas, dediquei-me a conhecer melhor as equipas que constituíam as UCI, bem como o seu *modus operandi* no que tocava à abordagem ao doente crítico e acabei por ter oportunidade de colaborar no processo de admissão do doente à UCI, bem como, no estabelecimento de prioridades neste doente. Ao longo do estágio, acabei por criar uma ligação com a equipa e fui capaz de trocar experiências profissionais, nomeadamente na área de Oncologia, que acabou por ser uma especialidade médica muito comum. Com a continuação do estágio, a prestação de cuidados especializados ao doente crítico, a observação, colaboração e contínua interação com as Enfermeiras Tutoras, a pesquisa bibliográfica e a aquisição de conhecimentos técnicos como o manuseamento de monitores, bombas perfusoras e telemetria, linhas arteriais (LA), cateteres venosos centrais (CVC), entre outros permitiu-me aprofundar conhecimentos teórico-práticos relativamente a procedimentos e técnicas específicas aperfeiçoando assim a capacidade de interação e de mobilização de habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção ao doente crítico na UCI.

Centrei-me em explorar temáticas que divergiam da minha realidade laboral como o caso da ventilação mecânica invasiva (VMI) que é uma constante neste serviço e sobre o qual tinha um conhecimento apenas teórico.

Na abordagem ao doente crítico, a via aérea (VA) permeável, é uma das principais preocupações e a abordagem desta em contexto de CI é um procedimento muitas vezes complexo.

A associação americana de anesthesiologia (ASA), verificou que a ocorrência de eventos relacionados com a VA em ambiente fora do bloco operatório (BO), isto é, em locais como a sala de emergência ou a UCI tendo em conta o carácter emergente do procedimento e o limite da reserva fisiológica do doente, condicionava um desfecho fatal em cerca de 87% dos casos, e potenciava lesão cerebral permanente nos restantes. (Ponce, et al., 2015)

De acordo com a ASA, citado por (Ponce, et al., 2015), a dificuldade na abordagem da VA pode ser classificada em cinco grupos:

- *Ventilação difícil com máscara facial ou dispositivo supraglótico;*
- *Dificuldade de colocação de dispositivo supraglótico;*
- *Laringoscopia direta difícil;*
- *Intubação traqueal difícil;*
- *Intubação traqueal falhada;*

A VMI está indicada por razões de ordem fisiológica como a ventilação alveolar e a oxigenação arterial, insuflação pulmonar no final da expiração e capacidade residual funcional e também redução do trabalho respiratório. Existem também motivos clínicos como a reversão da hipoxemia e da acidose respiratória aguda, prevenção ou reversão de atelectasias, permitir a sedação e/ou bloqueio neuromuscular diminuir o consumo de oxigénio, reduzir a pressão intracraniana e estabilizar a parede torácica. (Linda D.Urden, 2008)

Durante o estágio fui-me familiarizando com o modo de funcionamento do ventilador versus a estabilidade ventilatória do doente, nomeadamente a necessidade de alteração dos modos ventilatórios que podem ser: ciclo controlado por volume (VC), ciclo assistido por volume (VA), ciclo controlado por pressão (PC), ciclo assistido por pressão (PA) e ciclo suportado por pressão (PA). Esta avaliação

é feita tendo em conta a programação e a interação de três variáveis: a variável controlada – ciclo inspiratório, que é a fase controlada pelo ventilador; a variável de *trigger* – transição entre a fase expiratória para a inspiratória e que tem um tempo predeterminado; e a variável de ciclagem – transição entre a fase inspiratória e a fase expiratória, que pode ser determinada por tempo ou por fluxo. (Ponce, et al., 2015)

As alterações aos parâmetros do ventilador mudam mediante a evolução do quadro clínico do doente e são decididos em função da patologia do doente e o fim pretendido. Devem também servir a fim de evitar complicações advindas da VMI como infeções respiratórias, hemorragias gastrointestinais, *delirium*, barotrauma, entre outros.

Algumas destas complicações são de facto reduzidas através da autonomia que é imputada aos enfermeiros. Exemplo disso são a realização das gasometrias arteriais que permitia a alteração do FiO<sub>2</sub> fornecido ao doente e auscultação pulmonar a fim de verificar a devida ventilação dos pulmões. Era também preocupação a diminuição da taxa de incidência de infeção associada ao VMI, sendo que para tal procedia-se a medidas como aspiração naso e orofaringe, a verificação da pressão do *cuff* que deve apresentar valores entre os 25-30 cmH<sub>2</sub>O, lavagem com solução antisséptica da cavidade oral e elevação do leito a 30° para evitar aspiração de possível conteúdo gástrico. (Ponce, et al., 2015; European Society of Intensive Care Medicine, 2017)

Dentro das UCI a gestão de prioridades vai de encontro com a estabilidade hemodinâmica e ventilatória do doente e das suas necessidades enquanto doente em estado crítico. Uma vez estabelecido este critério, a equipa trabalha de forma a obtê-lo. A necessidade de uma intervenção, como entubação traqueal, colocação de CVC, LA, administração de técnicas dialíticas, colocação de sensores de pressão intracranianas, realização de exames como tomografia computadorizada (TC), ecografias, entre outros, são priorizados em detrimento de qualquer outra rotina estabelecida na unidade.

O processo de hospitalização é um processo que deve ser encarado como uma crise, não só para o doente, mas também para a família que agora enfrenta desafios avultados. Uma vez que a hospitalização é um acontecimento marcante que altera o padrão de hábitos de vida diária, envolver a família neste processo poderá ajudar

a minimizar o impacto. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à relação única que criam com ambos (Ferreira Rodrigues Galinha de Sá, et al., 2015). Contudo, a realidade vivida em ambas as UCI, fizeram com que considere indispensável que os enfermeiros desenvolvam ainda mais o estreitar da relação doente/família e equipa. A realidade vivida, permitiu-me ganhar consciência que face ao impulso para a recuperação total do doente inconscientemente evitando a frustração que se sente ao acompanhar a degradação clínica do doente, o enfermeiro da UCI desenvolve técnicas de distanciamento social como o não estabelecimento de contacto visual com o familiar, discurso célere para que não haja tempo para dúvidas e explicações, dialogar enquanto deambula, entre outras. A comunicação deste tipo de notícia torna-se tão mais difícil e complexa para os profissionais de saúde, quanto menor for a preparação para estes momentos.

De facto, estes momentos causam uma grande perturbação, quer à pessoa que a recebe, seja o doente ou familiar de referência, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais de saúde sensação de medo, ansiedade, desconforto e até mesmo algum desnorтеio. (Pereira, Fortes e Mendes, 2013). Estes receios coligam-se fundamentalmente aos princípios de beneficência e não maleficência, onde o primeiro é ato de beneficiar o outro através das ações e o segundo é o ato de não prejudicar, mas também ao medo de represálias, medo de um domínio médico não estudado, medo da hierarquia médica, o medo de exprimir os seus sentimentos, e também a correlação entre a presente situação e os medos pessoais acerca da doença e da morte. (Linda D.Urden, 2008; Buckman, 1992)

Por este motivo, muitos profissionais de saúde, ao serem confrontados com estas circunstâncias, refugiam-se em gestos técnicos, utilizam um discurso onde a superioridade intelectual inibe manifestações afetivas, e a utilização da voz alta e forte destrói o carácter privado e seguro do encontro. (Hennezel, 2000)

É ainda pertinente referir que a maior parte dos profissionais de saúde encaram este tipo de notícias como um sinónimo de fracasso, uma vez que o avanço da medicina *high tech* encara a morte como doença a curar e não como parte da vida, ou parte natural do processo evolutivo da doença. (Linda D.Urden, 2008) E neste sentido, a morte continua a suscitar verdadeiros sentimentos de impotência e de insucesso por parte dos profissionais de saúde.

Desenvolvido por Robert Buckman, médico oncologista, o Protocolo SPIKES é uma das técnicas mais utilizadas nesta temática. Este defende que para se transmitir uma má notícia é necessário em primeiro lugar estar-se preparado para o fazer e para isso devemos fazê-lo através de estratégias. Este protocolo nada mais é que uma mnemónica utilizada: *Setting up* – preparação para o encontro, em que deve ser escolhido um lugar privado, confortável e não ameaçador; *Perception* – percepção do que o doente e família acham estar a acontecer; *Invitation* – perguntar ao doente o que gostaria de saber; *Knowledge* – explicar a patologia e opções de tratamento em linguagem acessível; *Emotion* – respeitar as emoções e responder empaticamente; *Summarize* – recapitular e decidir a próxima abordagem a ter. (Buckman, 1992)

Para colmatar esta necessidade, deveriam ser reunidos esforços no sentido de alargar e reajustar o horário de visita, bem como, otimizar este tempo para que a família pudesse tornar-se um elemento ativo no processo de cuidados ao doente o que poderia transformar-se ganhos em saúde, esta proposta foi apresentada à equipa que ficou recetiva ao assunto. Considero também pertinente o investimento na formação dos enfermeiros relativamente a esta temática que é difícil, mas constante, e que deve ser feita de forma empática.

As perspetivas teológicas, filosóficas e psicológicas conferiram uma visão multidimensional da ansiedade perante a morte. Esta resulta essencialmente da preocupação pelo impacto emocional e cognitivo do morrer e da morte, medo das alterações físicas que este processo comporta, percepção da limitação do tempo e preocupação pelo *stress* e dor que caracterizam a incapacidade, a doença e o processo de morte. (Pacheco, 2014)

Aqui, analisei de forma crítica e reflexiva a situação de saúde/doença, e delineei atividades de vigilância pertinentes, estabeleci também relação terapêutica com o doente crítico, permitindo considerar a alta complexidade do seu estado de saúde e percebi também qual o trabalho desenvolvido em parceria com a família junto do doente crítico sabendo demonstrar consciência crítica nos problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família. Geri a comunicação interpessoal que fundamentou a relação terapêutica com a pessoa,

família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento entre a equipa de enfermagem, doente crítico e família.

### 3.2. OBJETIVO 2: APROFUNDAR CONHECIMENTO TEÓRICO BASEADO NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SOBRE O DOENTE CRÍTICO BEM COMO O MODO DE ATUAÇÃO

#### **Atividades desenvolvidas e competências adquiridas:**

No âmbito dos CI, a ambiência é marcada pela tecnologia e conseqüentemente pela incessante monitorização do doente. Por este motivo, a atenção foca-se muitas vezes na tecnologia e nos procedimentos necessários para manter a estabilidade do doente que se encontra em período crítico. A prestação de cuidados a este doente incide, na vigilância intensiva e na adequação das tomadas de decisão.

Ao longo dos estágios, foram surgindo várias oportunidades de aprendizagem, desde a leitura e interpretação do traçado elétrico, a escolha do modo ventilatório mediante a necessidade do doente, a utilização de técnicas não farmacológicas para otimização da ventilação, como por exemplo a necessidade de alternância de posicionamento para aumentar a capacidade ventilatória do doente crítico. Este é um tema pelo qual desenvolvi especial interesse porque para além de não ser prática comum na minha realidade profissional, suscitou necessidade de procurar bibliografia que sustentasse esta prática. Esta é uma manobra utilizada no combate à hipoxemia nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e embora a tivesse vivenciado apenas na UCIP, uma vez que na UCIC raramente se encontram doentes com necessidade de VMI, mostrou-se fundamental para a minha prática em contexto de ensino clínico.

As estratégias que utilizam a alternância de decúbitos como forma de prevenção e tratamento de várias patologias que acometem o aparelho locomotor, como as úlceras de pressão em doentes de mobilidade reduzida, são já conhecidas e bastante utilizadas na grande maioria dos internamentos hospitalares, não sendo exceção às UCI. Os doentes sedados e ventilados, que de resto são a grande parte dos doentes nas UCI, privilegiam destas estratégias uma vez que são fundamentais

na prevenção de formação de atelectasias, acúmulo de secreções e diminuição no tempo de intubação. Mais recentemente, o Decúbito Ventral (DV) também mostrou sua utilidade, provando ser capaz de melhorar a oxigenação em pacientes com SDRA, uma vez que a diminuição dos efeitos de compressão que parece ter favorece expansão pulmonar da região dorsal, evitando atelectasia alveolar. (Paiva, et al., 2005)

Os motivos pelo qual este posicionamento parece funcionar assenta na alteração do gradiente de pressão transpulmonar que envolve a diferença entre a pressão alveolar e a pressão pleural. Esta pressão transpulmonar está relacionada com o peso pulmonar (presença ou ausência de edema pulmonar); aumento da câmara cardíaca direita secundária à hipertensão pulmonar; alteração da mobilidade diafragmática pela sedação e desvio cefálico do conteúdo abdominal; e, configuração da caixa torácica. (Linda D.Urden, 2008; Machado, et al., 2011)

O doente deve iniciar o posicionamento o quanto antes e mantê-lo pelo maior tempo possível, até a estabilização do quadro, e então retorná-lo para a Decúbito Dorsal (DD), para avaliar se há necessidade de retornar a DV. Não sendo um procedimento inócuo, existem também contraindicações e complicações associadas que tive de ter em conta. Como contraindicações: casos de queimadura ou ferimentos extensos na face ou região ventral do corpo, instabilidade da coluna vertebral, aumento da pressão intracraniana, arritmias graves ou hipotensão severa e, apesar de não ser contraindicação absoluta, a presença de cateteres de diálise e drenos torácicos. As complicações mais frequentes e conhecidas são: edema facial; obstrução da via aérea; lesões cutâneas; dificuldade na alimentação entérica; hipotensão; arritmias; extubação acidental; atelectasia apical devido ao mau posicionamento da tudo endotraqueal; aumento da necessidade de sedação. (Paiva, et al., 2005)

No sentido de minimizar estas complicações, é necessário, antes do procedimento, verificar se o tubo endotraqueal está posicionado 2 cm acima da carina e fixado de forma segura; parar a alimentação entérica e constatar a presença de conteúdo gástrico, rejeitando-o; assegurar de que todos os acessos venosos e cateteres arteriais estão desconectados; e, durante o posicionamento em DV, otimizar o posicionamento da cabeça a cada duas a quatro horas.

Outra técnica que me suscitou interesse em aprofundar e sustentar a aquisição de conhecimentos baseados na evidência foi a administração de técnicas depurativas em doente crítico. Sendo que a lesão renal aguda (LRA) ocorre num a dois a terços de todos os doentes numa UCI, 5-10%, esta técnica torna-se de extrema importância e a destreza neste tipo de práticas é fundamental. A LRA pode manifestar-se através de uma lesão incipiente, que se resolve por si de uma forma rápida, ou numa lesão que culmine numa necessidade de administração de técnicas depurativas. (Ponce, et al., 2015)

A definição e classificação de LRA prende-se com os valores séricos da creatinina e da diurese e pode ser estratificada em três níveis: 1 – aumento de 0,3mg/dl ou 1,5 a 2 vezes mais de creatinina sérica e diminuição de 0,5ml/kg/h em menos de 6 horas; 2 – aumento de 2 a 3 vezes o valor basal de creatinina sérica e diminuição de 0,5ml/kg/h em menos de 12 horas; e, 3 - aumento de 3 vezes o valor basal de creatinina sérica e diminuição de 0,3ml/kg/h em menos de 24 horas. Estas alterações tem o poder de demonstrar que a até uma ligeira alteração da função renal poderá influenciar no prognóstico do doente crítico. (Ponce, et al., 2015)

Neste contexto, e uma vez que o início da administração das técnicas depurativas pode ser discutível, as indicações formais são: gestão do volume em doente oligúrico; hipercaliemia; acidose grave; algumas intoxicações. A modalidade escolhida é mediante as questões de logística e equipamento disponível que neste caso, seriam apenas hemodialise e hemofiltração na UCIP e hemodiálise na UCIC.

Para iniciar esta técnica é necessário a colocação de um acesso que permita a administração desta técnica. Aqui, tive oportunidade de colaborar com o médico na colocação de um acesso temporário, que são os mais frequentes para técnica depurativa em contexto hospitalar no doente crítico, e que consiste na inserção de um CVC de duplo lúmen. Os locais de eleição são as veias subclávia e femoral, sendo esta última a mais frequentemente utilizada tendo em conta o maior calibre e o distanciamento anatómico dos restantes CVC, que por norma são colocados nas veias subclávia ou jugular, minimizando assim o risco de erro. Este procedimento exige técnica asséptica e é realizado na unidade do doente. Assim que implantado é passível de ser utilizado, ao contrário dos acessos vasculares

permanentes que necessitam de um período de 30 dias de cicatrização para que possam ser manipulados. Após a inserção do CVC, é colocado o sistema na máquina e posteriormente feita a conexão deste ao CVC implantado no doente. Uma das máquinas disponíveis nas unidades era a máquina de hemodiálise que utilizava anticoagulação com citrato trisódico isosmótico. Este é adicionado ao sistema imediatamente antes do sangue entrar no dialisador e é colocado em perfusão contínua fazendo assim uma anticoagulação locoregional e não sistémica. A redução da concentração de cálcio livre plasmático, induzida pela união ao citrato, é o mecanismo responsável pela atividade anticoagulante, por ação do bloqueio na progressão do sistema de cascata da coagulação. (Fresenius Medical Care, 2011)

Algumas das complicações neste tipo de técnica são a hemorragia ou a formação de coágulos mediante o excesso ou a *deficit* de anticoagulante. De forma controlar estes eventos são colhidas gasometrias arteriais de 4/4 horas e também colhido sangue venoso pós-filtro da máquina de 6/6 horas com o objetivo de avaliar o cálcio ionizado. Após, a intervenção passa por corrigir os valores de cálcio sistémico pelo aumento ou diminuição do ritmo de perfusão do Cloreto de Cálcio e do Citrato. Importante referir que esta técnica é pertinente para doentes a quem exista a contraindicação de outro tipo de anticoagulantes como a Heparina. É uma técnica que necessita de uma vigilância estreita uma vez que as complicações podem emergir rapidamente e a atuação sobre as mesmas deve ser o mais rápido possível sob o risco do doente entrar em paragem cardiorrespiratória. Podem ser: Hipotensão; Hiper/hipotermia; taquicardia; cianose; edema localizado ou generalizado. (Daugirdas, et al., 2015) Uma das mais frequentes que consegui identificar foram hipotermia pelo facto da circulação se fazer passar pelo sistema e deste se encontrar à temperatura ambiente provocando assim um arrefecimento corporal sistémico e hipotensão, as medidas tomadas foram o aquecimento periférico do doente e aumento das amins de forma a combater a hipotensão.

Nestas e noutras intervenções que fui tendo ao logo do estágio, tive sempre necessidade de mobilizar conhecimentos previamente adquiridos em articulação com a aquisição de novos conhecimentos baseados em evidência científica e a sua aplicabilidade ao contexto. Tomando os exemplos supracitados, procurei tomar decisões fundamentadas, atendendo sempre à evidência científica, bem como às

responsabilidades sociais e éticas e refleti sobre a prática de forma crítica através de discussões com os enfermeiros tutores, consulta de artigos e revistas científicas, orientações da Direção Geral de Saúde; teses de Mestrado; normas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); e livros técnicos.

Do processo de decisão clínica de enfermagem fazem parte cinco categorias: interação, intervenção, apreciação, resolução de problemas e avaliação. Estas ocorrem de modo contínuo, interrelacionado e dinâmico. Inclui tanto o julgamento crítico como a decisão (Jesus, 2004). Mantendo este processo em mente, procurei conservar o raciocínio crítico nos procedimentos que efetuava ou observava.

Tomando como exemplo a manipulação de Cateteres Venosos Centrais (CVC) que nas UCI são prática constante, e fazendo o constante paralelismo com a minha experiência profissional prévia nesta prática, questionei-me sobre este procedimento, uma vez que na norma interna da Instituição onde exerço funções utilizam conectores com válvulas unidirecionais para administração de medicação através destes acessos venosos, enquanto nos campos de estágio, tanto UCIP com UCIC, a manipulação das vias é feita sem estas válvulas unidirecionais mas com tampas que são substituídas a cada manipulação, mantendo assim a assepsia do local. Após pesquisa de artigos, não só percebi que existe menor incidência de taxas de infeção por CVC através da utilização de conectores sem agulha tipo Válvulas Unidirecionais em detrimento das tampas de proteção utilizadas (Harrison, Elliott e Tebbs cit (Mendes, 2007) nível de evidência A IIa, bem como com a escolha adequada do tipo de válvula deste conectores, uma vez que as válvulas de pressão neutra aliados à desinfeção das mesmas com clorhexidina 2% em álcool 70% traduzem-se numa redução significativa de infeções sistémicas provocadas por CVC. (Martinez, et al., 2015), nível de evidência B I.

Falamos aqui, para além da redução de taxas de infeção associadas ao CVC, da redução de custos uma vez que a indicação por parte do fabricante propõe a troca deste dispositivo apenas de 7 em 7 dias. (Vygon, 2020).

Falei com as tutoras no sentido de tentar implementar esta prática, e ficaram recetivos à mudança. Aqui, refleti sobre a prática de forma crítica através de discussões com os enfermeiros tutores e tentei colocar em prática a mobilização

de conhecimentos baseados em evidência científica e aplicá-los ao contexto e implementei intervenções planeadas orientadas às vigilâncias, monitorizações e terapêutica, prevenindo potenciais complicações e eventos adversos decorrentes de doença aguda e /ou de intervenções médicas que careciam de intervenções avançadas.

3.3. OBJETIVO 3: COLABORAR E INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA SUA METODOLOGIA DE TRABALHO, DEMONSTRANDO ESPÍRITO DE EQUIPA E ENTREAJUDA;

**Atividades desenvolvidas e competências adquiridas:**

Não sendo um serviço onde estão implementadas rotinas de forma estanque, a metodologia utilizada é a do método individual de trabalho, onde cada enfermeiro assume os seus doentes e a totalidade dos seus cuidados. Esta, permite ao Enfermeiro ter uma responsabilidade e conhecimento global sobre o doente privilegiando e humanizando a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, interdisciplinaridade está fortemente enraizada nestas unidades e o trabalho em equipa é habitual. A equipa multidisciplinar é por força das circunstâncias de uma relação estreita e o trabalho interdependente é uma tônica constante.

O trabalho articulado é uma imposição para a assistência integral ao doente em situação crítica. Este, necessita de uma abordagem integrada, na qual exista comunicação e cooperação em prol da sua estabilização. Para tal, o contexto deverá ser orgânico e funcional. Esta tarefa é tão mais difícil, quanto menor for a capacidade de comunicação e de entreajuda dificultando as abordagens e potenciando conflitos dentro da equipa de profissionais. (Figueiredo, 1997)

A experiência vivida em ambos os serviços, UCIP e UCIC, mostraram um trabalho em equipa exemplar onde a comunicação é vital e a capacidade de adaptação às situações de crise é muito bem articulada. São equipas experientes, bem treinadas e capazes da prestação de cuidados de excelência ao doente crítico. Isto vai desde a admissão do doente instável e a sua estabilização até ao culminar dos cuidados passíveis de serem prestados por estas unidades e a sua transferência.

A discussão das estratégias de prestação de cuidados no âmbito das equipas de saúde torna o processo decisório mais adequado às circunstâncias particulares do doente e estabelece uma verdadeira simbiose entre o planeado e as ações postas em prática. Ao longo desta experiência colaborei nos cuidados e dinâmica do serviço que me serviram para alcançar relações estreitas e profícuas e ter conseguido trabalhar em equipa no sentido de atingir a estabilidade hemodinâmica do doente crítico.

A responsabilidade da coordenação das intervenções a colocar em prática para proporcionar cuidados eficientes deve ser partilhada e não apenas centrada na equipa médica. Esta é cada vez mais uma realidade na conjuntura atual dos serviços de saúde e tal prática promove a consonância e coerência das ações facilitando a avaliação de um processo que se quer evolutivo. O enfermeiro é capaz de interagir e planear intervenções mediante a sua experiência profissional tornando-o muitas vezes o elemento mais apto a decidir. (Serra, 2002)

As equipas têm à sua disposição muitos instrumentos de melhoria da qualidade para a gestão dos cuidados. Os protocolos e *guidelines* hospitalares são um instrumento comum para a normalização de procedimentos a adotar e são normas claras, e tendem a ser diretivos e rígidos de forma a evitar desvios na sua aplicação. (Linda D. Urden, 2008)

As *guidelines* resumem e avaliam todas as evidências disponíveis até ao momento do processo de redação do artigo sobre uma questão específica com o objetivo de auxiliar o profissional de saúde na seleção das melhores estratégias de gestão num determinado doente com uma determinada patologia, tendo em conta o impacto no resultado, bem como a avaliação do risco-benefício de um meio diagnóstico ou terapêutico específico. (European Society of Cardiology, 2014)

De entre muitos existentes nas UCI do meu contexto de estágio, saliento a colocação de *pacemaker* e a revascularização miocárdica, dois procedimentos que tive oportunidade de assistir.

Inicialmente concebidos para proporcionar uma frequência ventricular adequada a doentes com bradicardia sintomática, os *pacemakers* têm agora o objetivo de simular o mais fidedignamente possível a despolarização e repolarização cardíacas fisiológicas. As indicações mais comumente referidas para implementação deste dispositivo passam por doentes com Bloqueio Auriculoventricular (BAV), com

Fibrilhação Auricular (FA) e BAV, Doença do Nódulo Sinusal (DNS) com síncope, Bloqueio de Ramo (BR). (Linda D.Urden, 2008)

O dispositivo pode ser programado para intervir mediante a necessidade e ou patologia pela qual está a ser implantado. Poderá servir para Terapia de Ressincronização Cardíaca ou de Supressão das Arritmias Auriculares. As sondas transvenosas são introduzidas pela veia cefálica ou subclávia esquerda e posicionadas na aurícula ou ventrículo direito sob intensificador de imagem. A colocação satisfatória das sondas determina-se testando a estimulação e os limites de sensibilidade com um analisador dos sistemas de estimulação. As sondas estão ligadas a um gerador que fica alojado numa cavidade criada cirurgicamente no tecido subcutâneo ligeiramente abaixo da clavícula esquerda. Os modelos atuais são de reduzido tamanho, praticamente impercetíveis, e proporcionam ao doente qualidade de vida e menor desconforto. (European Society of Cardiology, 2014)

Embora seja um procedimento com elevada necessidade de perícia e conhecimento técnico-científico, este procedimento, no Centro Hospitalar onde decorreu o meu ensino clínico, é realizado habitualmente numa sala cirúrgica no departamento de hemodinâmica com o doente apenas sob anestesia local.

A sala cirúrgica conta apenas, para além do doente, com o médico cardiologista que executa o procedimento cirúrgico, o enfermeiro que ocupa o papel de enfermeiro circulante e o técnico auxiliar da marca comercial do dispositivo que está a ser implantado. É um procedimento que demora uma média de 1 hora e 30 minutos a realizar, após o qual o doente tem alta para a UCIC. Os doentes têm alta clínica entre 1 a 5 dias após o mesmo.

Já na enfermaria o enfermeiro especialista em EMC tem um papel preponderante na recapacitação deste doente e nos ensinamentos que tem de fazer para que o doente se habitue à sua nova realidade. É entregue documentação para atestar que o doente é agora um portador de um dispositivo cardíaco *pacemaker*, onde consta marca e modelo. Esta documentação deve acompanhá-lo constantemente daí em diante e, para além disso, são feitos ensinamentos para o pós-cirúrgico imediato e para o futuro como portador de um dispositivo cardíaco.

O segundo procedimento que tive oportunidade de assistir foi a revascularização do miocárdio através de duplo *bypass* cardíaco.

Falamos de indicação para revascularização do miocárdio quando há *evidência objetiva da isquemia do miocárdio através de imagiologia de sobrecarga não*

*invasiva e de avaliação intravascular da relevância funcional das estenoses das artérias coronárias são a chave da tomada de decisão clínica para a revascularização do miocárdio.* (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2018)

Esta técnica envolve a utilização de outros vasos como enxertos para fazer a derivação as artérias coronárias obstruídas. A quantidade e a escolha dos vasos a utilizar está diretamente relacionada com as artérias coronárias que se encontrem obstruídas e também do juízo clínico do cirurgião caso a cirurgia tenha caracter de urgência/emergência. Os vasos passíveis de serem utilizados são a Artéria Mamária Interna, Veia safena, Artéria Gastroepipóica e Artéria Radial. No procedimento que observei era um duplo *bypass* cardíaco e os vasos utilizados, que são os mais comumente utilizados, foram a Artéria Mamária Interna e a Veia Safena. (Linda D.Urden, 2008)

Ao contrário da cirurgia supracitada, esta decorre numa sala de BO, e a duração do procedimento varia em função a quantidade de artérias coronárias a derivar. No entanto, o procedimento a que assisti teve uma duração de 2 horas e 30 minutos. Dali o doente é transferido para a UCIC e o internamento poderá ir de 5 a 9 dias. Aqui papel do enfermeiro é preponderante, uma vez que é um doente que exige uma vigilância maior e onde a restabelecimento é mais moroso. Num pós-operatório imediato é necessário ter atenção a vários fatores, sendo eles: o suporte cardiovascular; frequência cardíaca; pré e pós carga; contratilidade; regulação da temperatura; controlo da hemorragia; permeabilidade dos drenos torácicos; tamponamento cardíaco; alterações pulmonares; complicações neurológicas; risco de infeção e comprometimento renal.

Aqui colaborei nos cuidados e dinâmica do serviço, uma a vez que tive oportunidade de acompanhar desde a preparação do doente para o procedimento com o protocolo pré-cirúrgico, que incluem dois banhos com chlorohexidina a 4%, um na véspera da cirurgia, e no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência, preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da antissepsia cirúrgica (Direção Geral de Saúde, 2013), remoção de qualquer prótese, identificação do doente; ajudar na transferência do doente, quer para o serviço de hemodinâmica, quer para o BO, assistir aos procedimentos em causa, ajudar na transferência do doente para a UCIC e prestar os cuidados de enfermagem necessários aos mesmos, bem como

conheci as *guidelines* e protocolos de atuação, normas e outros documentos oficiais em vigor na UCIP e UCIC.

A tutoria é uma relação estabelecida entre dois indivíduos sendo que, sobre a mesma área, um detém um conhecimento distinto do outro (Abreu, 2007). A vivência de experiências, e a aquisição de conhecimentos adquiridos através dos enfermeiros tutores sobre distintas áreas desencadearam em mim um processo evolutivo de aperfeiçoamento de percepções para a obtenção de uma melhorada capacidade de resposta, potenciando as relações interpessoais com a equipa multidisciplinar.

Um dos conhecimentos envolvidos neste processo foi especificamente a utilização de programas informáticos que me permitiram tanto aceder à informação essencial do doente para a elaboração de um ajustado plano de cuidados, como também efetuar registos de enfermagem pertinentes para a continuidade de cuidados.

Os registos de enfermagem entendem-se por um conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica. Aqui são aglutinadas informações fundamentais, quer das intervenções autónomas, quer das intervenções interdependentes necessária à continuidade de cuidados. São também fundamentais uma vez que constituem uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados. (Ordem dos enfermeiros, 2015)

Durante o período de contexto de estágio, tive oportunidade de contactar com sistemas informáticos diferentes da minha realidade profissional.

Na UCIP tive a possibilidade de contactar com o sistema informático *B-simple*. Trata-se de um programa criado especificamente para retratar os cuidados prestados na UCI e que agrega não só os dados adquiridos nos dispositivos médicos, monitores cardíacos, VMI, etc., mas também os dados laboratoriais e clínicos registados ao longo de todo o internamento do doente como era o caso dos resultados analíticos obtidos através das gasometrias arteriais. A amplitude de informação que este sistema agrega é, na minha perspetiva uma mais-valia.

Para além deste sistema operativo, na UCIP utilizavam também o Glintt apenas para pedido de reposição de stock de terapêutica ao departamento farmacêutico, bem como requisição de terapêutica *extra-stock*.

Relativamente à terapêutica, na UCIP o método de reposição de *stock* era a distribuição não personalizada, ou seja, a terapêutica utilizada nos doentes fazia

parte de um stock geral não individualizado. Tinham, portanto, uma abrangência de fármacos que lhes permitia fazer a gestão terapêutica do doente. Na eventual necessidade de alguma terapêutica específica era elaborado um pedido extraordinário. Da mesma forma, os estupefacientes também faziam parte do *stock* não individualizado, no entanto, desta feita, a reposição destes fármacos pelas suas características e imperativos legais obrigava ao preenchimento de uma requisição individualizada por medicamento e por doente. As requisições eram efetuadas de forma eletrónica como já referido, à exceção destes últimos onde esta era feita de forma manual.

Distintamente da UCIP, a UCIC utilizava o sistema operativo SClínico concomitante com uma folha de registo manual onde se registam os parâmetros vitais do doente de hora em hora. Esta folha de registo manual encontra-se na central deviamente identificada e a cada dia exige a reabertura de uma nova folha de registo. Esta contempla o diagnóstico, valores hemodinâmicos, e registo do balanço hídrico. Na minha perspetiva encontro vantagens como a observação rápida das 24h do doente, no entanto, como desvantagem a não informatização deste processo à semelhança do que acontece na UCIP, traz um maior investimento de tempo neste processo e não na prestação de cuidados diretos ao doente tornando esta prática obsoleta com necessidade de ser atualizada.

À semelhança da UCIP e porque era uma norma institucional a reposição de *stock* de terapêutica ao departamento farmacêutico era também efetuada no sistema operativo Glintt. No entanto aqui para além do *stock* geral, a reposição de terapêutica era feita de forma personalizada, uma vez que o método aqui utilizado era a distribuição individual diária em dose unitária.

À medida que os dias foram passando tive oportunidade contactar com a equipa multidisciplinar, com os doentes e familiarizar-me com os procedimentos instituídos. Em suma, considero ter adquirido e demonstrado capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar e como competências adquiri a elaboração de planos de intervenção objetivando a adaptação aos processos de transição saúde/doença, assim como gestão de processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação do doente face ao processo cirúrgico e ou de doença aguda e também a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

### 3.4. OBJETIVO 4: COMPREENDER E PARTICIPAR NO PROCESSO DE GESTÃO UTILIZADO NO SERVIÇO, NOMEADAMENTE QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### **Atividades desenvolvidas e competências adquiridas:**

A observação e colaboração na gestão de recursos e materiais contribuiu para o meu desenvolvimento profissional, uma vez que este obedece a uma premissa de continuidade de cuidados *“avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem; estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2014)

As equipas de enfermagem são constituídas por 6 equipas de 5 elementos cada uma, sendo que o rácio é 2:1 em todos os turnos. Trabalham também por sistema de *roulement* mantendo assim a continuidade dos cuidados durante 24 horas. (Silva, et al., 2017)

A gestão de recursos materiais, nomeadamente terapêutica, é feita diariamente e por vezes de turno em turno quando estamos perante um fim-de-semana, uma vez que a farmácia da Instituição está de prevenção. Aqui a gestão prévia ao fim de semana deve ser meticulosa, no entanto, novas prescrições poderão obrigar à articulação com outros serviços, ou até mesmo com o chefe de equipa médica. Cabe a este a articulação com os serviços farmacêuticos. Durante a semana no turno da manhã esta função cabe à enfermeira chefe, no entanto ao longo da semana nos turnos da tarde e noite e nos turnos de fim-de-semana e feriados esta função é transferida para um enfermeiro Especialista que assume a responsabilidade da gestão do turno e por norma não acumula funções com prestação de cuidados ficando exclusivamente nesta função de gestão.

Como anteriormente referido, a reposição de terapêutica era realizada de forma díspar nos dois serviços. Na UCIP o modelo era a distribuição não personalizada,

e na UCIC estava implementada a distribuição personalizada através da distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU).

A DIDDU tem como objetivos: *“o cumprimento da prescrição médica, o aumento da segurança no circuito do medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico do doente, a racionalização da distribuição e dispensa de medicamentos, a correta administração dos medicamentos e a diminuição de custos com a medicação.”*

(Ordem dos Farmacêuticos, 2019)

Para efetuar a DIDDU, é necessário o envolvimento de profissionais de farmácia treinados para a seleção da medicação. Esta faz-se transferindo um determinado número de doses unitárias devidamente identificadas para cada um dos compartimentos armazenadores, correspondentes a cada doente e são distribuídos nas formas farmacêuticas e dosagens prontas a serem administradas ao doente. (Ordem dos Farmacêuticos, 2019)

No entanto, se por um lado existem vantagens tais como o aumento da segurança no circuito do medicamento e a diminuição de custos, por outro, este é um processo feito na maioria das vezes de forma manual, o que, por si só se não cumpridos todos os trâmites do procedimento em causa é potenciador de erros, complexo e que exige muita concentração. Outra desvantagem apontada é o aumento da necessidade de recursos humanos.

Ao acompanhar esta realidade permitiu que tivesse novas perspetivas e adquirisse novas competências no âmbito da gestão. Aqui conheci o plano de atividades dos serviços; identifiquei os critérios na elaboração dos planos de trabalho; e, participei e observei na gestão de recursos humanos e materiais.

Quanto ao domínio da prestação de cuidados, deparei-me com uma realidade muito díspar daquela a que estou habituada. Porém, ao longo deste percurso consegui traçar paralelismos em temas pertinentes. Um destes temas que me despertou atenção foi a Dor. Sendo enfermeira num serviço de CP de doentes oncológicos, a dor é uma tónica constante no meu dia-a-dia e desde cedo nutri interesse para esta questão. Assolaram-me várias questões uma vez que se tratavam de doentes mecanicamente ventilados e compelia-me a aprender a forma de expressão da dor destes doentes.

*“A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada à lesão dos tecidos, seja esta real ou potencial”.* (Linda D.Urden, 2008)

A sua avaliação é de cariz subjetivo uma vez que é multidimensional e implica que seja o que o doente diz que é, quando ele diz que é. Não obstante, no doente crítico, esta avaliação é de extrema importância, uma vez que este muitas vezes não sabe ou consegue expressá-la, e acaba por ser muitas vezes por ser sub-tratada. A dor não detetada e devidamente tratada pode ter efeitos nocivos e pode levar a muitas complicações envolvendo o sistema cardiovascular, pulmonar e neurológico.

Podem aglomerar-se por dois grupos: a dor aguda, que tem um início súbito e é de curta duração (há menos de 6 meses); e a dor crónica, que é uma dor persistente ao longo do tempo mesmo após a lesão primária ter cicatrizado. Nos CI a dor é uma experiência ainda mais subjetiva e multifatorial.

Quanto à sua fisiologia temos quatro processos envolvidos com a nociceção, que nada mais é que a perceção da dor: a transdução, onde os estímulos de dor são fortes; a transmissão, onde a rigidez muscular é uma atividade reflexa observável comportamental; a perceção, onde é possível saber informação afetiva, sensorial e cognitiva da dor do doente; e a modulação que é a libertação de opiáceos endógenos. (Linda D.Urden, 2008)

Como já referido a avaliação da dor em CI é de extrema importância, uma vez que no doente crítico, pode ter diferentes apresentações. Se o doente estiver consciente, mesmo que entubado é possível que através de uma avaliação objetiva, como a escala numérica da dor ou a escala das faces, se expresse apontando para a régua. No entanto, se sob efeito de sedação não é tão inteligível a tarefa da perceção da dor e existem formas subjetivas de avaliação que podemos utilizar.

Os indicadores comportamentais para a dor são: Expressão facial; movimentos corporais; e, tensão muscular com ou sem sons ou vocalizações. Existem também indicadores fisiológicos: frequência cardíaca; tensão arterial; frequência respiratória; mas também, saturação periférica de oxigénio; nível de dióxido de carbono no final da expiração; sudação; palidez e a reatividade das pupilas, se estão ou não dilatadas. (Garrido, et al., 2013)

Esta questão tornava-se mais pertinente na UCIP do que na UCIC, uma vez que aqui, os doentes já se encontravam maioritariamente a ventilar espontaneamente, conscientes e orientados, capazes de expressar desconforto. A avaliação da dor era feita a cada turno e as medidas de controlo sintomático poderiam passar por farmacológicas ou não farmacológicas. Neste último grupo as mais frequentemente utilizadas eram o posicionamento e a massagem de relaxamento. Uma das técnicas não farmacológicas de controlo da dor que sugeri foi a musicoterapia que no serviço onde exerço funções é utilizado como ferramenta e se torna eficaz no combate da dor. No entanto, deparamo-nos com alguns constrangimentos, uma vez que a unidade é aberta, como o aumento de ruído na unidade.

Não menos importante, o outro tema que é transversal à prestação de cuidados é o controlo de infeção e que em ambas as unidades tem uma presença muito vincada.

Apesar dos progressos dos últimos anos na saúde pública e cuidados hospitalares, as infeções continuam a surgir nos doentes hospitalizados.

Existem inúmeros que potenciam a infeção nestes doentes como a imunossupressão, o acréscimo de procedimentos médicos e técnicas invasivas; hospitais no limite da sua capacidade e as lacunas nas práticas de controlo da infeção por parte dos profissionais de saúde. (Direção Geral de Saúde, 2002)

A definição de infeção adquirida em meio hospitalar, Infeção Nosocomial, é aquela que não estava presente ou em incubação no momento da admissão e só se manifesta após as primeiras 48 horas. (Ponce, et al., 2015)

Este tipo de infeção constitui ainda aos dias de hoje uma ameaça mundial à saúde pública e é responsável pela grande parte do aumento da mortalidade hospitalar.

Em ambiente de UCI, as mais frequentes são as Infeções do trato respiratório provocadas pela ventilação mecânica, portanto a pneumonia nosocomial associada ao ventilador e a Infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVC. Menos frequentes, mas não menos importantes, temos as infeções intra-abdominais relacionadas com o procedimento cirúrgico e as infeções do trato urinário.

Os principais fatores de predisposição destas infeções devem-se a: suscetibilidade do hospedeiro, idade, comorbilidades, e gravidade da doença aguda; realização de intubação endotraqueal, ventilação mecânica e traqueostomia; cateterização vascular e urinária; cirurgia mais agressiva com recurso a próteses; terapêutica

imunossupressora; comportamentos dos profissionais de saúde; fatores ambientais, higienização do ambiente hospitalar; fatores organizacionais e resistência a antimicrobianos. (Direção Geral de Saúde, 2002)

Como forma de prevenção, foram criadas *bundles* que têm com o propósito da diminuição de incidência de infecção nosocomial.

Relativamente à pneumonia associada ao ventilador, a *bundle* criada visa:

- “Cumprimento da higiene das mãos antes e depois da manipulação do tubo endotraqueal ou circuitos do ventilador”;
- “Elevação da cabeceira a 30-45 graus sempre que não esteja contraindicado (choque, traumatismo instável da coluna/pélvis) ”;
- “Avaliação diária da possibilidade de extubação, nomeadamente e sempre que possível, com período diário de diminuição/suspensão da sedação”;
- “Higiene oral diária com escova e colutório de clorexidina a 0,2% (2-3vezes por dia) ”. (Ponce, et al., 2015; Direção Geral da Saúde, 2017)

Analogamente à infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC a *bundle* criada visa como medidas de inserção:

- “Cumprimento da higiene das mãos antes da inserção ou manipulação do cateter”;
- “Barreiras de proteção máxima e técnica asséptica na inserção do cateter”;
- “Antissepsia da pele, preferencialmente com clorexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%, antes da inserção do cateter”;
- “Seleção ótima do local de inserção do cateter, preferindo sempre que possível a veia subclávia, para cateteres não tunelizáveis, em adultos”.
- “Antissepsia da pele no local da inserção do cateter aquando da mudança dos pensos”;
- “Manutenção do penso estéril no local de inserção seco e aderente, devendo ser substituído com técnica asséptica de 2 em 2 dias (pensos de gaze) ou pelo menos semanalmente (pensos transparentes) ”;
- “Desinfecção das torneiras de três vias antes de aceder ao sistema”;
- “Avaliação diária da necessidade de manter o cateter, com a remoção imediata dos cateteres desnecessários”. (Ponce, et al., 2015; Direção Geral de Saúde, 2015)

No que diz respeito à infeção da do trato urinário, a *bundle* criada pela DGS visa:

- “Cumprimento da higiene das mãos antes da inserção ou manipulação do cateter”;
- “Sistema de drenagem fechado”;
- “Colocação do saco de drenagem urinário abaixo do nível da bexiga”;
- “Esvaziamento regular do saco de drenagem”;
- “Avaliação diária da necessidade do cateter com a remoção imediata do cateter desnecessário”. (Ponce, et al., 2015; Direção-Geral de Saúde, 2017)

Em forma de conclusão, a prevenção e o controlo da infeção adquirida em meio hospitalar e a emergência da resistência a antimicrobianos constituem um propósito essencial para a proteção dos doentes e consequentemente dos profissionais de saúde no sentido da promoção da qualidade dos cuidados prestados.

As competências adquirias no contexto deste objetivo são a mobilização de conhecimentos no domínio das novas tecnologias de gestão; intervenção na gestão da dor aguda e crónica utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas; aquisição de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; bem como no domínio dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

### 3.5. OBJETIVO 5: COMPREENDER A CAPACIDADE DE PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CI DO DOENTE TERMINAL/PALIATIVO, E A NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS

#### **Atividades desenvolvidas e Competências adquiridas:**

Este objetivo específico surgiu de uma inquietação após o decurso inicial do estágio. Esta iniciou-se no momento em que me percebi que o internamento de doentes paliativos, nomeadamente em fase terminal nas UCI era relativamente frequente, mas raramente assumidos pela especialidade de Medicina Paliativa. Uma vez que

exerço funções num serviço de cuidados paliativos (CP), achei pertinente tentar fazer o paralelismo, compreender qual o plano de ação para estes doentes nestas unidades e a forma como os cuidados eram ou não ajustados à sua realidade. Aqui identifiquei a frequência de internamentos de doentes paliativos em fase terminal internados em UCI e a adequação do plano de cuidados ao mesmo.

Entende-se por doente terminal, ou doente em fim de vida, aquele que tem uma doença crónica e sem possibilidade de cura, com agravamento dos sintomas, cuja morte se espera para próximo (Pacheco, 2014).

Até ao Séc. XX, a morte súbita era rara e temida uma vez que não permitia a preparação para a mesma, quer em termos burocrático, quer em termos sociais. O que era pretendido seria um cenário onde seria possível todo este ritual de preparação e falecia no domicílio acompanhado por familiares e amigos. No final da 2ª Guerra Mundial, esta tendência a falecer em casa sofre uma alteração e a morte passa a ser em meio hospitalar. (Machado, et al., 2011)

A evolução da ciência tem contribuído para a longevidade do ser humano e consequentemente para a incidência de doença crónica ou incurável e de evolução progressiva. É cada vez mais premente a consciencialização dos cuidados ao doente em fase terminal por parte dos profissionais de saúde. No entanto, no âmbito da medicina intensiva, esta ponderação entre a vida e a morte é constante e torna-se muitas vezes complexo perceber o limiar entre a preservação e recuperação de funções vitais alteradas e afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis, ou o declínio de todas as funções e capacidades, sendo necessário ser ajustado e substituído na maior parte delas (Ministério da Saúde, 2016). Para dar a resposta adequada a este estadio, a equipa multidisciplinar deverá estar consciente do real estado do doente e das suas necessidades. Deve primar pela excelência dos cuidados, sendo que eles passam por exemplo pela simplificação terapêutica, o aumento do conforto e minimização da dor. Foi aqui que reconheci a capacidade dos Enfermeiros de CI no reconhecimento e adequação dos cuidados de saúde prestados ao doente paliativo em fase terminal.

A realidade a que assistimos ainda não corresponde a estes princípios, e é neste sentido que se torna fundamental dotar todos os profissionais, principalmente os enfermeiros, para que, quando confrontados com esta realidade, consigam atuar com a maior eficácia possível, anulando qualquer sentimento de insucesso ou fracasso profissional, com determinação e confiança que os procedimentos que executam são no sentido de proporcionar ao doente e família uma transição tranquila, para que estes encarem e aceitem o processo de morte como um processo natural.

*“Os cuidados paliativos definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.”* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020)

Acompanhar um doente em fim de vida exige uma organização específica de serviços, bem como a especialização de profissionais que possam dar apoio a estes doentes. No entanto, ainda hoje é uma realidade que não é frequente nas instituições. (Machado, et al., 2011)

Pensa-se que CP são apenas para doentes com diversas tentativas de intervenções malsucedidas de controlo sintomático. No entanto, algumas orientações e o relatório do *Institute of Medicine, Improving Palliative Care of Cancer*, afirmaram que os CP deveriam ser inseridos como equipa integrante nos cuidados desde o momento do diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, auxiliando em questões de controlo sintomático, e a preparação do doente e família para a eventualidade de um mau prognóstico. (Linda D.Urden, 2008)

A realidade dos dias de hoje permite dizer que a doença terminal não se assume como um problema de uma faixa etária isolada. Pertence agora a todas as idades e é, portanto, um problema que atinge uma vasta fatia da população portuguesa. Existe a perspetiva eternamente perpetuada de que os CP são cuidados menores no sistema de saúde, que são dispendiosos e não trazem ganhos em saúde, que se destinam a um grupo reduzido de situações como a assistência aos doentes nas

suas últimas horas ou dias de vida. O combate a estes pré-conceitos, prende-se com o esclarecimento de que os CP deverão ser parte integrante do sistema de saúde, que requerem formação e treino específico por parte dos profissionais que os prestam, que pretendem ajudar os doentes terminais a viver com a melhor qualidade de vida possível, que enfocam a importância da dignidade da pessoa vulnerável e limitada, que aceitam a morte como uma etapa natural da vida e que são uma resposta indispensável aos problemas envolvidos no processo do fim de vida. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020)

A decisão de suspender os tratamentos de suporte de vida e passar a cuidados de conforto, deve ser tomada com o maior envolvimento quanto possível do doente. Todas as preferências do doente, nomeadamente preferências sobre execução ou não de determinados tratamentos, assim como preferências culturais e religiosas, devem ser tomadas em conta e isso pode ser expresso em diretivas antecipadas de vontade, discussões com o próprio doente e até mesmo através dos familiares de referência. O objetivo de remover o suporte de vida, é na sua essência, remover todos os tratamentos que são supérfluos ao doente objetivando o conforto e a qualidade de vida.

A abstenção de tratamento é precipitadamente confundida por desinvestimento, eutanásia ou suicídio, no entanto estes conceitos têm fundamentos muito díspares. (Linda D.Urden, 2008)

É frequente existir discordância e relutância na equipa prestadora de cuidados, uma vez que, existe uma linha muito ténue entre os cuidados de conforto/doente terminal e os doentes gravemente feridos que sobreviveram graças à tenacidade interventiva da equipa. É, por este motivo, muito importante sustentar coerentemente a evolução clínica do doente e fomentar a colaboração das especialidades intensivista e paliativista. Os especialistas em CP são muitas vezes considerados de *outsiders* e raramente são convidados a participar nestas decisões clínicas.

Particularmente no ambiente de CI, a comunicação entre equipas e familiares tem bastantes falhas. A maioria dos serviços não dispõe de um espaço reservado para o atendimento aos familiares do doente terminal. Este foi um *handicap* sentido tanto

na UCIP como na UCIC, embora nesta primeira exista uma sala de espera para familiares, mas na segunda os familiares aguardavam à entrada da unidade. As informações e ou más notícias sobre o doente eram fornecidas no meio da unidade.

Existem *guidelines* que defendem a privacidade destes momentos, tanto para o doente, família como para o próprio profissional, uma vez que o confronto com esta realidade num local público, ou não reservado, pode ter efeitos nefastos para os restantes doentes que poderão não estar ainda nesta fase, ou estando não querem ser confrontados com ela de forma abrupta. (Machado, et al., 2011)

O processo terminal de um doente pode ser reconhecido como complexo tanto para o recetor como para o emissor. Este deve ser merecedor de uma abordagem técnica e humana adequada. Por norma, as instituições de saúde dispõem de orientações específicas, no entanto, são poucos os que dispõem de protocolos ou *guidelines* escritos. Isto pode dificultar o processo e aumentar a barreira entre profissional e doente/família e pode ser gerador de ansiedade e motivo de desempenho desadequado deste primeiro grupo.

O processo não termina na morte do doente e o acompanhamento da família no pós-falecimento pode ser a peça fundamental entre o luto adequado e luto patológico.

Este foi por mim um ponto mencionado para melhoria dos serviços, uma vez que a presença e a colaboração da família é fundamental.

Ao longo do estágio fui presenciando situações de inadequação de tratamentos, não por princípio de maleficência, mas por inexperiência, frustração ou medo de julgamento.

Tomo por exemplo um doente internado na UCIP com diagnóstico de infeção respiratória agudizada em doente imunodeprimido com múltiplas comorbilidades. Doente ventilado mecanicamente, devidamente monitorizado, com suporte de aaminas, em falência renal a realizar Sustained Low-Efficiency Dialysis (SLED), e em falência cardíaca, com ritmo intermitente supraventricular, que oscilava entre Fibrilhação Auricular e Flutter Auricular. Foi pedida colaboração ao serviço de cardiologia para colocação de Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO), que mediante avaliação e o risco/benefício do doente com a técnica em questão

decide não avançar. Questionei sobre a importância do contacto à família, e a permissão para uma visita, ainda que fora do horário autorizado. Após prolongada ponderação assumem-se medidas de conforto, iniciando perfusão de opióide e mantendo sedação. Foi possível proporcionar ao doente e família um último momento, prévio ao falecimento do doente. Aqui, demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de gestão e comunicação entre a equipa de enfermagem, o doente crítico e família.

O meu intuito foi a sensibilização, esclarecimento e preparação da equipa multidisciplinar da UCIP e UCIC para esta realidade que é cada vez mais frequente e abrangente. Não esquecendo o doente e família que são a preocupação primordial neste processo, é necessário dotar de conhecimento os profissionais de saúde para identificarem e darem a resposta adequada face a estas circunstâncias. Após discussão com as Enfermeiras Tutoras e a Professora Orientadora, iniciei uma pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimento e baseá-lo em evidência científica e dar resposta ao objetivo. A minha pesquisa foi fundamentada numa revisão de literatura no motor de busca de bases de dados EBSCOhost onde pesquisei nas bases de dados CINAHL Plus; Nursing&Allied Health Collection <sup>TM</sup>: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection que inclui Cochrane central register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstract of Reviews of Effects (DARE); Medclatina <sup>TM</sup>; e, MEDLINE with full text que inclui International Nursing Index, atendendo aos descritores Unidade de Terapia Intensiva e Doente Terminal. Obtive 2 artigos, e defini posteriormente os seguintes critérios de inclusão: Texto Integral; Intervalo temporal: 2011 – 2019; e, Área de conhecimento: Enfermagem. Os principais resultados encontrados demonstram que há dificuldade em lidar com o doente terminal, as questões relacionadas com a morte e no processo de comunicação do óbito/más notícias e conforto aos familiares.

Após esta análise, foi-me proposta a elaboração de uma apresentação para ser exposta ao serviço, num campo de estágio em formato digital Power Point (Apêndice A) e noutro em formato analógico em forma de panfleto, contendo as informações essenciais sobre a abordagem ao doente paliativo/terminal (Apêndice C). A avaliação da formação no primeiro campo de estágio UCIP foi feita através de um pequeno questionário de avaliação de conhecimentos sobre a temática (Apêndice B). Este foi aplicado no início e fim da formação. Os resultados estão

espelhados na tabela 1, sendo que foi possível perceber que o nível de conhecimento sobre CP dos enfermeiros presentes era já bastante vasto. No entanto, com esta formação foi possível esclarecer algumas dúvidas que fizeram com que na aplicação do mesmo questionário no final da formação todas as questões fossem respondidas corretamente. No segundo contexto de estágio não houve qualquer tipo de documento de avaliação, uma vez que o plano de formações estava completo. Optei por disponibilizar um documento de consulta que fica disponível para o serviço. Os ganhos em ambos os contextos vieram no sentido, não só de dar resposta ao objetivo proposto, como também compreender a capacidade de perceção dos enfermeiros de CI do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados, mas também para servir de alerta e consciencialização da necessidade de adequação dos cuidados ao doente paliativo/terminal em contexto de CI e aquisição de estratégias para a comunicação com o doente e família. De realçar que o doente paliativo e/ou terminal, face à escassez de serviços físicos, está disperso por especialidades que não a sua, e os profissionais de saúde devem ser um veículo de excelência de cuidados.

De forma conclusiva, todos os serviços hospitalares deveriam ter um espaço reservado, de forma a dar apoio ao doente terminal e família. Por outro lado, deveriam desenvolver-se protocolos hospitalares e dotar os profissionais de estratégias para esta circunstância, assim como manter e incentivar a articulação entre especialidades de forma a colmatar este hiato que se perpetua inadequadamente.

Com este objetivo, adquiri competências no âmbito da assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais; negociação de objetivos e metas de cuidados, bem como identificação das suas necessidades; promoção de intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores.

Questões	Prévio à Formação		Posterior à Formação	
	Verdadeiro:	Falso:	Verdadeiro:	Falso:
Os paliativos são cuidados que podem ser prestados desde o diagnóstico de uma doença fatal até ao luto	8/10	2/10	10/10	0/10
Os paliativos são cuidados visam a qualidade de vida	10/10	0/10	10/10	0/10
Os paliativos são cuidados são aplicados às últimas horas/dias de Vida, quando já não é possível fazer mais nada pelo doente	7/10	3/10	10/10	0/10
Os cuidados paliativos são o mesmo que Eutanásia	0/10	10/10	0/10	10/10
A participação das más notícias/do óbito à família/cuidador deve exclusivamente da responsabilidade médica	5/10	5/10	0/10	10/10
O ajuste do plano de cuidados e da terapêutica às necessidades do doente terminal é considerado desinvestimento	0/10	10/10	0/10	10/10
A decisão de não reanimar corresponde a uma adequação de cuidados e pode ser revogada	8/10	2/10	10/10	0/10
Um tratamento adequado é aquele que utiliza medidas invasivas num doente terminal para manter o doente vivo	0/10	10/10	0/10	10/10

<b>Falamos de ortotanásia quando assumimos a dignidade da pessoa e o seu direito a falecer dignamente</b>	7/10	3/10	10/10	0/10
<b>Quando é dada a notícia ao familiar/cuidador do falecimento do doente, não deve deixar-se espaço para se despedirem pois vai perturbar os outros doentes</b>	0/10	10/10	0/10	10/10
<b>A morte do doente é sinal de fracasso do tratamento aplicado</b>	0/10	10/10	0/10	10/10

*Tabela 1- Avaliação anterior e Posterior à Formação "Doentes Paliativos em UCI"*

## CONCLUSÃO

A aprendizagem é um processo contínuo e dinâmico que exige empenho e dedicação e promove uma atitude ativa e participativa daquele que se predispõe a adquirir novos conhecimentos. É um desafio face à resolução de problemáticas, transformando-se em desenvolvimento e autonomia. A relevância que o enfermeiro especialista assume nesta vertente é inegável. A aquisição de competências não resulta de forma estanque dos conhecimentos adquiridos, mas sim de um processo dinâmico entre a aplicação dos mesmos e as adversidades encontradas. Ou seja, desenvolvi uma prática fundamentada no conhecimento científico, através de reflexões, discussões e pesquisa de evidência científica que sustente a minha tomada de posição.

Nesta perspetiva, o investimento do meu desenvolvimento deve recair na excelência do cuidar. Esta passa pela constante tomada de decisão sustentada em evidência científica e a sua constante avaliação. Não posso colocar de lado nenhum domínio atribuído ao Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e toda a responsabilidade ética e legal do cuidar que deve incidir na melhoria dos nossos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Este é um processo complexo que envolve inúmeras dimensões.

Ao afirmar o aperfeiçoamento profissional, devo assegurar-me de que a qualificação técnico-científica é tão elevada quanto possível. Só assim, posso garantir o cumprimento do meu dever ético (Ordem dos Enfermeiros , 2015).

Após a aquisição de novas competências, agrupo agora um nível de capacidade distinto para prestar cuidados ao doente crítico. Este exige um nível profundo de conhecimentos que me torna capaz de estabelecer prioridades de intervenção.

Ao longo deste caminho desenvolvi uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, bem como, competências para otimizar as relações com os doentes no

sentido da maximização da obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Todas as dificuldades iniciais se transformaram em aprendizagens. As principais deste estágio recaem sobre a abordagem do doente crítico numa UCI, particularmente, na priorização dos cuidados, o manuseamento dos equipamentos e a interpretação dos dados fornecidos pelos mesmos, o equilíbrio entre monitorização do doente e administração de fármacos para a sua estabilidade hemodinâmica.

Adquiri competências e habilidades que me permitem agora contribuir para a determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados bem como a abordagem em trabalhos de investigação que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, todo este processo contribuiu para a aquisição de competências nas áreas da prestação de cuidados, e, de uma forma global, extraio uma apreciação positiva deste percurso.

Todas as dificuldades sentidas foram sendo gradualmente colmatadas com o apoio constante e fundamental não só das Enfermeiras Tutoras, mas também da Professora responsável pela Orientação, Professora Ana Sabrina Sousa. Estas dificuldades encontraram-se maioritariamente concentradas numa fase inicial onde a adequação do papel de Enfermeiro com EMC numa UCI e a abordagem ao doente crítico nesta vertente, se encontravam em organização.

As principais atividades desenvolvidas foram, acima de tudo exercer uma prática baseada na evidência científica; participar de forma dinâmica e autónoma nos cuidados de enfermagem; colaborar nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição; participar e observar na gestão de recursos humanos e materiais; observar e compreender o papel do enfermeiro especialista em EMC na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos; adquirir e aprofundar conhecimentos sobre o controlo de infeção; e, por fim, demonstrar espírito crítico sobre os principais controlos de sintomas e sinais alerta no doente crítico. O enfermeiro mestre terá de ter em consideração as respostas humanas aos processos de saúde/doença e apresentar níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão. Estas devem traduzir-se num conjunto de competências clínicas especializadas relativas à EMC.

Em suma, os estágios, numa perspetiva prática, em conjunto com a elaboração deste relatório, numa perspectiva teórico-reflexiva, estimularam o meu pensamento crítico, o que contribuiu para a reflexão sobre a minha postura enquanto profissional de saúde e para a tomada de consciência do conhecimento que possuo. Futuramente, pretendo manter a oportunidade de aprendizagem, procurando sempre basear a minha prática em evidência científica e auspiciar à excelência dos cuidados por mim prestados, pois a envolvimento de uma experiência tão rica de conhecimento instiga-nos a fazer mais e melhor. Desta forma, este documento, além de satisfazer um critério de avaliação previamente determinado, elencou o meu percurso cumprido ao longo do estágio, as dificuldades sentidas, e permitiu a construção e enriquecimento de conhecimentos e a aquisição das supracitadas competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Figueira. 2013.** s.l. : Journal of Nursing and Health, 2013, Vol. 3. ISSN 2236-1987.

**Abreu, Wilson Correia de. 2007.** *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas.* Coimbra : Formasau, 2007.

**Administração Central do Sistema de Saúde. 2013.** Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. [Online] 09 de 2013. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.

**Almeida, Maria Celeste Bastos e Ribeiro, José Luís Pais. 2008.** Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência.* 2008, Vol. Nº7, 79-88.

**Ambrozin, Alexandre Ricardo Pepe e Cataneo, António José Maria. 2005.** Aspetos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery.* 4, 2005, Vol. 20, pp. 408-415.

**André Ferreira, Carla Isabel da Silva Rego. 2015.** *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade.* Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.

**Araújo, Flávia Pacheco de e Ferreira, Márcia de Assunção. 2011.** Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2, Março/Abril de 2011, Vol. 64, pp. 287-293.

**Arcêncio, Livia, et al. 2008.** Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular.* 2008, Vol. 3, pp. 400-410.

**Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2020.** [Online] 2020. <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>.

- Barlem, Edison Luiz Devos, et al. 2008.** Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 4, 2008, Vol. 10, pp. 1041-1049.
- Benner, Patricia. 2005.** *De iniciado a perito*. Coimbra : Quarteto Editora, 2005. 9789895580521.
- Buckman, Robert. 2005.** *Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy*. s.l. : Community Oncology, 2005. pp. 138-142.
- Buckman, Robert. 1992.** *How to break bad news: a guide for health care professionals*. [ed.] Scholarly Publishing Division University of Toronto Press. 1992.
- Cabeças do Rosário, Elsa Maria de Oliveira. 2009.** *Comunicação e Cuidados de Saúde Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Lisboa : Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado., 2009.
- Caetano, Joselany Áfio, et al. 2007.** Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um Estudo Reflexivo. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 2, 2007, Vol. 11.
- Camara, Rhamaia Ferreira, et al. 2015.** O Papel do Enfermeiro no Processo de Classificação de Risco na Urgência: Uma Revisão. s.l. : Revista Humano Ser, 2015. Vol. 1, pp. 99-114.
- Camponogara, Silviamar, et al. 2011.** O Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1, Janeiro/Abril de 2011, Vol. 1, pp. 124-132.
- Cboiniere, Denise. 2010.** The Effects of Hospital Noise. *Nursing Administration Quarterly*. Outubro/Dezembro de 2010, Vol. 34, pp. 327-333.
- Cerri, Andréia, et al. 2011.** Problemas Éticos no Cuidado ao Paciente Crítico. *Cogitare Enfermagem*. 3, 2011, Vol. 16, pp. 463-470.
- Chaves, Renato Carneiro de Freitas, et al. 2019.** Oxigenação por membrana extracorpórea: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 3, 2019, Vol. 31, pp. 410-424.
- Cielo, Cibele, Camponogara, Silviamar e Pillon, Raquel Basso Figueira. 2013.** A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. s.l. : Journal of Nursing and Health, 2013. Vol. 3. ISSN 2236-1987.

**Cruz, Carolina de Oliveira e Riera, Rachel. 2016.** Comunicado más notícias: o protocolo SPIKES. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 3, 2016, Vol. 21, pp. 106-108.

**Cruz, João Ricardo Miranda da e Martins, Matilde Delmira da Silva. 2019.** Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 20, 2019, Vol. IV.

**Dalmora, Camila Hubner, et al. 2013.** Definindo pneumonia associada à ventilação mecânica: um conceito em (des)construção. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2, 2013, Vol. 25, pp. 81-86.

**Daugirdas, John T., Blake, Peter G. e S.Ing, Todd. 2015.** *Handbook of Dialysis*. 5ª. s.l. : Wolters Kluwer, 2015. 978-1-4511-4429-1.

**Macedo Alves, Cecília Maria Pereira. 2011.** *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Porto : Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011.

**Deodato, Sérgio. 2008.** *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra : Almedina, 2008. 9789724034010.

**Diário da República Eletrónico. 1991.** *Decreto-Lei n.º 437/91*. [Online] 11 de 08 de 1991. [Citação: 6 de Maio de 2018.] <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>.

**Diário da República Eletrónico. 2018.** Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 2018. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

**Dienstmann, Caroline e Caregnato, Rita Catalina. 2013.** Circulação Extracorpórea em Cirruclação Cardíaca: Um Campo de Trabalho de Trabalho para o Enfermeiro. *Revista SOBECC*. 1, 2013, Vol. 18, pp. 35-43.

**Direção - Geral da Saúde. 2013.** Orientação I - Conforto das Unidades Hospitalares. *Direção - Geral da Saúde*. [Online] 2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013-pdf.aspx>.

**Direção Geral da Saúde. 2017.** "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. [Online] 30 de 05 de 2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

**Direção Geral da Saúde. 2017.** Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. [Online] 08 de Agosto de 2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>.

**Direção Geral de Saúde. 2015.** “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central . [Online] 2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>.

**Direção Geral da Saúde. 2001.** Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização Em Estabelecimentos de Saúde. [Online] 2001. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-normas-e-procedimentos-para-um-servico-central-de-esterilizacao-em-estabelecimentos-de-saude-central-de-esterilizacao-pdf.aspx>.

**Direção Geral da Saúde. 2013.** Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, nº 024/2013. [Online] 23 de 12 de 2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>.

**Direção Geral da Saúde. 2002.** Prevenção de infecções Adquiridas no Hospital - Um guia prático. 2ª, 12 de 2002.

**Direção-Geral da Saúde. 2005.** Carta dos Direitos dos Doentes Internados. *Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.* [Online] 21 de Fevereiro de 2005. <https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>.

**Direção-Geral de Saúde. 2017.** *Norma nº 019 - Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical* . Lisboa : Serviço Nacional de Saúde, 2017.

**Direção Geral da Saúde. 2007.** *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde.* Lisboa : Ministério da Saúde, 2007.

**European Society of Cardiology. 2014.** Guidelines on myocardial revascularization. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery.* 3 de Setembro de 2014.

**European Society of Intensive Care Medicine. 2017.** Mechanical Ventilation. 2017.

**Fernandes, Haggéas da Silveira, et al. 2011.** Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.* 2, Março/Abril de 2011, Vol. 9, pp. 129-137.

- Ferreira Rodrigues Galinha de Sá, Florinda Laura, Rebelo Botelho, Maria Antónia e Pereira Henriques, Maria Adriana. 2015.** Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. [Online] 2015. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=111389073&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Figueiredo, Maria do Céu Aguiar Barbieri. 1997.** Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. 1997, Vol. 10, pp. 19-22.
- Fortin, Marie-Fabienne. 2000.** *O Processo de Investigação Da Concepção à Realização*. s.l. : Lusodidacta, 2000. p. 388.
- Fresenius Medical Care. 2011.** *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. s.l. : Edições Almedina, 2011. 978-972-40-4488-0.
- Garrido, Paula e Silva, Carla. 2013.** Abordagem Psicofarmacológica da Dor Crónica. *Dor*. 2013, Vol. 21.
- Gomes, Walter José, Moura, Hemilton Vieira de e Pomerantzeff, Pablo. 2001.** Síndrome da resposta inflamatória sistêmica na circulação extracorpórea: papel das interleucinas. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 4, 2001, Vol. 16, pp. 376-387.
- Gonçalves, Rui Miguel. 2013.** *Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*. Porto : Escola Superior de Enfermagem, 2013.
- Hennezel, Marie de. 2000.** *Diálogo com a Morte*. 7ª. s.l. : Casa das Letras, 2000.
- Hesbeen, Walter. 2000.** *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures : Lusociência, 2000.
- Hesbeen, Walter. 2001.** *Qualidade em Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2001.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2004.** *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário - Algáliação de Curta Duração*. s.l. : Ministério da Saúde, 2004.
- Jesus, Élvio Henriques de. 2004.** Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. [Online] 2004. <http://hdl.handle.net/10216/9768>.
- Lage, Maria José e Silva, Ana Raquel. 2010.** *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra : Formasau, 2010. 978-989-8269-11-9.

**Leal, Fátima. 2003.** Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2003, Vol. 19, pp. 40-43.

**Linda D.Urden, Kathleen M.Stacy, Mary E. Lough. 2008.** *Enfermagem de Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção*. 5ª. s.l. : Lusodidata, 2008. 978-989-8075-08-6.

**Machado, Maria do Céu, et al. 2011.** *A Morte e o Morrer em Portugal*. Coimbra : Edições Almedina, 2011. 978-972-40-4570-2.

**Martinez, José Manuel, et al. 2015.** Bundle Approach to Reduce Bloodstream Infections in Neutropenic Hematologic Patients with a Long-Term Central Venous Catheter. 1 de Julho de 2015, Vol. 28, pp. 474-9.

**Martinho, Carina Isabel Ferreira. 2016.** *A Comunicação dos Doentes Mecanicamente Ventilados nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa : Escola Superior de Saúde do Acoitão. Dissertação para grau de Mestre., 2016.

**Mendes, L. M. Rodrigues. 2007.** O Doente com Catéter Venoso Central. *Fórum Enfermagem*. [Online] 2007. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3012-o-doente-com-cateter-venoso-central#.Xcfl10X7Q1g>.

**Miller, Felicity. 2018.** *Pneumonia associada à Ventilação Mecânica*. Reino Unido : World Federation of societies of Anaesthesiologists, 2018.

**Ministério da Saúde. 2013.** *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2013.

**Ministério da Saúde. 2016.** Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. [Online] 2016. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

**Ministério da Saúde. 2017.** *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1179.

**Ministério da Saúde. 2017.** Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. [Online] 2017. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.

**Nascimento, Júlio César Coelho do e Silva, Ludmila Cristina Souza. 2014.** Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. *Revista Movimenta*. 2, 2014, Vol. 7.

**Nunes, L. 2003.** *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures : Lusociência, 2003.

**Oliveira dos Santos, José Manuel. 2002.** *Parceria nos Cuidados - Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. s.l. : Edições Universidade Fernando Pessoa, 2002.

**Oliveira, Larissa Bertacchini de, et al. 2015.** Uso da Membrana de Oxigenação Extracorpórea em uma Paciente Pós-Transplante Pulmonar: Cuidados de Enfermagem. *Revista Eletrónica Enfermería Global*. 38, Abril de 2015, pp. 17-32.

**Ordem dos Enfermeiros. 2015.** Código Deontológico. s.l. : Ordem dos Enfermeiros , 2015.

**Ordem dos Enfermeiros. 2011.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2*. Genebra : Internacional Classification for Nursing Practice, 2011. 978-92-95094-35-2.

**Ordem dos Enfermeiros. 2008.** *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

**Ordem dos Enfermeiros. 2017.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria : Ordem dos Enfermeiros, 2017.

**Ordem dos Enfermeiros. 2010.** Parecer Jurisdicional 248/2010. [Online] 2010. [Citação: 01 de Junho de 2019.] [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248\\_2010\\_CJ\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros. 2018.** *Parecer n.º15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. s.l. : Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica, 2018.

**Ordem dos Enfermeiros. 2010.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.

**Ordem dos Enfermeiros. 2011.** *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

**Ordem dos Enfermeiros. 2014.** Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. [Online] 14 de Dezembro de 2014. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_100\\_2015\\_ReconhecimentoAreasCompetenciasAcrescidas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_100_2015_ReconhecimentoAreasCompetenciasAcrescidas.pdf).

**Ordem dos Farmacêuticos. 2019.** *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar*. [Online] 06 de Maio de 2019. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo\\_d\\_manual\\_de\\_boas\\_praticas\\_de\\_farmacia\\_hospitalar\\_21223437045d07678534ad5.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf).

**Pacheco, Susana. 2014.** *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva Ética*. 3ª. Loures : Lusodidata, 2014.

**Paiva, Kelly Cristina de Albuquerque e Beppu, Osvaldo Shigueomi. 2005.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Scielo. [Online] 2005. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132005000400011&script=sci\\_arttext.1806-3756](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132005000400011&script=sci_arttext.1806-3756).

**Pereira Rebelo, Ana Isabel. 2013.** *O Papel da Certificação NP 4427:2004 no Desenvolvimento das Práticas de Gestão de Recursos Humanos em Organizações Portuguesas*. Porto : Instituto Politécnico de Porto - Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, 2013.

**Pinho, José António, Carneiro, Helena e Alves, Fernando.** *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Resultados*. s.l. : Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

**Ponce, Pedro e Mendes, João João. 2015.** *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2015. 978-989-752-070-9.

**Rego, Guilhermina, França, Daniela e Nunes, Rui. 2010.** Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética*. 6 de Junho de 2010, Vol. 18, pp. 469-481.

**República Portuguesa. 2019.** Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. 2 de Julho de 2019, Vol. II.

**Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2009.** *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Outubro de 2009, Vol. 2, pp. 19-20.

- Rogrigues dos Santos, Ana Paula. 2017.** *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde.* Leiria : Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde, 2017.
- Romano, Thiago Gomes, et al. 2017.** Suporte respiratório extracorpóreo em pacientes adultos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 1, 2017, Vol. 43, pp. 60-70.
- Ruiz, Diana Carolina Bernal, Consuegra, Renata Virginia González e Ruiz, Ingrid Tatiana Rojas. 2018.** Fatores de stresse em pacientes em unidades de cuidados intensivos de adultos. *Revista de Enfermagem Referência.* 16, 2018, Vol. IV, pp. 63-72.
- Santo, Carminda do Espirito. 1999.** As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. *Referência.* 3, 1999, pp. 53-58.
- Serra, Anabela Salgado. 2002.** Interdisciplinaridade, valores e autonomia. Setembro de 2002, pp. 22-25.
- Silva, Daniele Cristiny da, et al. 2017.** *Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva.* Brasil : Acta Paulista de Enfermagem, 2017. pp. 240-246.
- Sociedade Europeia de Cardiologia. 2018.** Revascularização do Miocárdio - Recomendações da ESC/EACTS sobre Revascularização do Miocárdio. [Online] 2018. [https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket\\_Revascularizacao-Miocardio.pdf](https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket_Revascularizacao-Miocardio.pdf).
- Teixeira, Maria Margarida. 2003.** Humanização. *Cadernos de Bioética.* 2003, Vol. 33, pp. 27-33.
- Torrati, Fernanda Gaspar e Dantas, Rosana Spadoti. 2012.** Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enfermagem.* 3, 2012, Vol. 25, pp. 340-345.
- Vardamarn, James M e al., et. 2012.** Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Review.* Março de 2012, Vol. 37, 1, pp. 88-97.
- Viana da Paz, Aniceta Maria. 1999.** *Os Problemas Éticos na Prática Quotidiana dos Enfermeiros.* Lisboa : Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Teologia/Fculdadede Ciências Humanas, 1999.
- Vieira, Margarida. 2009.** *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência.* 3º. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. 97897255405659.

**Vygon.** **2020.** [Online] 2020.

[https://www.medicalexpo.com/pt/prod/vygon/product-77748-867305.html?utm\\_source=ProductDetail&utm\\_medium=Web&utm\\_content=SimilarProduct&utm\\_campaign=CA](https://www.medicalexpo.com/pt/prod/vygon/product-77748-867305.html?utm_source=ProductDetail&utm_medium=Web&utm_content=SimilarProduct&utm_campaign=CA).

**Watson, Jean. 2002.** *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem.* Loures : Lusociência, 2002.

## **APÉNDICES**



## **Apêndice A – Revisão Integrativa da Literatura**



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DO DOENTE TERMINAL/PALIATIVO E A NECESSIDADE DE  
ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS**

Ana Costa 396418011

Mestrado em Enfermagem / Estágio Final e Relatório  
Porto, 30 de Outubro de 2019

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
3. PERTINÊNCIA DO TEMA.....	13
4. METODOLOGIA.....	17
5. RESULTADOS .....	19
6. DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÃO .....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> TABELA DE EVIDÊNCIAS - ARTIGO 1 O SIGNIFICADO DA MORTE DE PACIENTES PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (ABRANTES, ET AL., 2011) .....	20
<b>TABELA 2:</b> TABELA DE EVIDÊNCIAS - ARTIGO 2: SENSIBILIDADE MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE AO DOENTE TERMINAL (GONZALEZ, ET AL., 2019) .....	21



## **ABREVIATURAS**

CI – Cuidados Intensivos;

CP – Cuidados Paliativos;

DGS – Direção Geral de Saúde;

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;



## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar, na literatura que se encontrava disponível, informação pertinente que respondesse ao objetivo delineado para a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” inserido no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), a decorrer do ano letivo 2019/2020, ou seja, qual perceção dos enfermeiros de cuidados intensivos do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados. Procurei também adaptar este trabalho de forma a poder posteriormente abordá-lo em ambos os contextos de estágio para criar consciência quanto ao doente paliativo nas Unidades de Cuidados Intensivos e ajustar a prática dos enfermeiros da maneira mais eficaz e menos dolorosa ao doente. O trabalho foi baseado numa revisão de literatura. Os resultados encontrados demonstram que há dificuldade por parte da equipa de enfermagem em lidar com o doente terminal, as questões relacionadas com a morte e no processo de comunicação do óbito/más notícias e conforto aos familiares. Trata-se de uma área de estudo em expansão, pelo que a bibliografia utilizada ainda é reduzida e, motivo pelo qual limitou a minha pesquisa e consequentes resultados. Existe ainda uma cultura de cura muito enraizada nos nossos cuidados de saúde, e ter de lidar com doentes paliativos/terminais traz para além de desconforto, insegurança por parte dos profissionais de saúde que têm carência de formação específica na área. Abordar a morte direciona-os muitas vezes para sentimentos de fracasso e frustração profissional, bem como medo de julgamento por parte da sociedade e mais particularmente por parte do doente e família/cuidador e as questões éticas envolventes. Combater este hiato que se mantém perpetuado no tempo entre medicina curativa e medicina paliativa, deve ser uma premência. Aceitar a morte como parte integrante da vida traz aos intervenientes do processo de final de vida tranquilidade e rumo para a prestação de cuidados de qualidade. Conclui ser de uma extrema importância investir nesta área de investigação por forma a conseguirmos dar resposta às questões de fim de vida sem constrangimentos. É também dotar os profissionais de conhecimento científico e prático para que as suas respostas aos referidos doentes, que são cada vez mais e mais frequentes em ambientes fora de cuidados paliativos, sejam de excelência.



## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da “Unidade Curricular Estágio Final e Relatório” inserido no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), a decorrer do ano letivo 2019/2020, e aquando da elaboração dos objetivos pessoais a desenvolver no contexto de prática clínica, surgiu a necessidade deste trabalho. Dada a minha experiência profissional, exerço funções na Unidade de Cuidados Paliativos no grande Porto, elegi uma realidade que suscita preocupação e que se torna transversal à globalidade dos serviços, incluindo as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Foquei-me na frequência com que este doente surge nas UCI, uma vez que estes doentes são cada vez mais frequentes fora dos serviços de Cuidados Paliativos (CP), e, por sua vez na adequação dos cuidados prestados por parte dos enfermeiros junto dos doentes. Certa de que a maioria dos profissionais da área médica de Cuidados Intensivos (CI) necessitam para responder adequadamente a esta realidade, visto que, a formação base nos direciona “para o empenho manifesto para a vida e só nos últimos anos foi introduzida uma discussão explícita sobre a morte e o processo de morrer nos currículos de enfermagem e médico.” (Alves, 2013)

Defini como objetivo o aprofundamento de conhecimentos sobre as necessidades do doente paliativo e a adequação da prática dos enfermeiros de forma a fundamentar a minha posição e obter segurança na tomada de decisão.

De forma a seguir uma linha orientadora, este trabalho encontra-se dividido nos seguintes capítulos: Enquadramento Teórico, Pertinência do tema, Metodologia (base de dados, descritores, critérios de inclusão), Tabela de Evidências, Resultados, Discussão e Conclusão.

A metodologia utilizada foi uma Revisão Integrativa da Literatura e efetuada através do motor de busca de bases de dados EBSCOhost onde pesquisei nas bases de dados CINAHL Plus; Nursing&Allied Health Collection <sup>TM</sup>: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection que inclui Cochrane central register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstract of Reviews of Effects (DARE); Medclatina <sup>TM</sup>; e, MEDLINE with full text que inclui International Nursing Index, atendendo aos descritores Unidade de Terapia Intensiva e Doente Terminal.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Podemos considerar que a doença terminal e, conseqüentemente, a morte foram “hospitalizados”. No entanto, e embora seja já uma temática comum, as questões em torno destas ainda constituem nos dias de hoje um tema tabu.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), os CP definem-se como *“cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva”*. Estes têm como principal objetivo a promoção dentro da possibilidade e até ao fim, o seu bem-estar e manutenção da qualidade de vida. Os CP são cuidados que se pretendem ativos, coordenados e globais, e, incluem o apoio à família, que é parte integrante do processo. Devem ser prestados por equipas e unidades específicas e altamente treinadas tanto internamento, consulta e domicílio. (Direção Geral de Saúde, 2005)

A existência humana impõe por si só uma finitude. Este processo é um processo natural e conseqüente da vida, no entanto a área da medicina atual, sobretudo no ambiente de CI, onde a disponibilidade tecnológica para assistência à pessoa gravemente doente é uma constante, a aceitação do termo, ou da não possibilidade de cura surge envolvida de várias problemáticas.

Neste sentido, surgem os CP que, pretendem ajudar os doentes sem perspectiva de cura a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte. Este período, poderá ser tão variável quanto mais fatal for a patologia ou estado de doença em questão e pode ser de semanas, meses ou por vezes até anos. É, portanto, fundamental que sejam profundamente escrupulosos, científicos e por força das circunstâncias, e para cumprimento dos seus objetivos, criativos nas suas intervenções. (Pacheco, 2014)



### 3. PERTINÊNCIA DO TEMA

A evolução da ciência tem contribuído para a longevidade do ser humano e consequentemente para a incidência de doença crónica ou incurável e de evolução progressiva. É cada vez mais premente a consciencialização dos cuidados ao doente em fase terminal por parte dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, uma vez que, este é o profissional que se encontra num constante contacto com o doente e que traduz a maior parte do seu trabalho na resposta às necessidades que este apresenta.

O doente terminal, ou doente em fim de vida, é aquele que *“tem uma doença crónica e sem possibilidade de cura, com agravamento dos sintomas, cuja morte se espera para próximo e que recebe tratamento paliativo”*. (Pacheco, 2014)

Na fase terminal, o doente apresenta o declínio de todas as funções e capacidades, tanto físicas como psicológicas, sendo necessário ser ajustado e substituído na maior parte delas. Para dar a resposta adequada a este estadio, a equipa multidisciplinar deverá estar consciente das reais necessidades do doente e primar pela excelência dos cuidados, sendo que eles passam pela simplificação terapêutica, o aumento do conforto e minimização da dor.

Embora que no doente crítico esta avaliação obrigue a uma contextualização mais cuidada, uma vez que, a diferença entre o doente sem perspectiva de cura ou paliativo e o doente gravemente doente que recupera mediante medidas tenazes da equipa de saúde é muito ténue. (D.Urden, et al., 2008)

A realidade que assistimos, ainda que a evoluir progressivamente de forma positiva, não corresponde a estes princípios, e é neste sentido, que se torna fundamental dotar todos os profissionais, principalmente os enfermeiros, para que quando confrontados com esta realidade, consigam atuar com a maior eficácia possível, anulando qualquer sentimento de insucesso ou fracasso profissional, mas sim sentindo determinação e confiança de que os

procedimentos que executam são no sentido de proporcionar ao doente e família/cuidador uma transição tranquila, de forma a que estes encarem e aceitem o processo de morte como um decurso natural.

A decisão de permitir que a morte ocorra de forma natural deve ser tomada pela equipa envolvida, doente quando possível e família/cuidador. E esta decisão deverá estar livre de julgamentos, e carregada de consciente e sustentação teórico-prática. (Cavalcanti, et al., 2019)

Como já anteriormente foi referido, esta problemática é cada vez mais recorrente nos dias de hoje. A não preparação do enfermeiro para lidar com o doente em fase terminal torna-se uma barreira na prestação de cuidados de qualidade ao doente que se encontra debilitado e a sofrer.

Torna-se muito importante nesta fase avançada da doença, saber responder às necessidades do doente e, acima de tudo, conhecer os seus desejos por forma a *“intervir para aliviar e/ou resolver os problemas reais”* e *“estabelecer objetivos realistas”* (Alves, 2013). Estas estratégias ajudam a minimizar o sofrimento tanto do doente como da família. O processo em questão deve ser explicado à família que toma parte integrante nos cuidados ao doente terminal e que muitas vezes os encara como um *“desinvestimento”* ao doente. É necessário, portanto, desconstruir esta ideia e em conjunto proporcionar conforto, diminuir o sofrimento e garantir dignidade no processo da morte.

Os CP assentam num conjunto de valores e princípios tais como:

- *“Autonomia;*
- *Dignidade;*
- *Relacionamento doente/profissional;*
- *Qualidade de vida;*
- *Posição face à vida e à morte;*
- *Comunicação.”* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014)

Foi apoiada nestes princípios que encontrei a relevância para este trabalho e o desenvolvi perto das equipas de CI por onde passei onde a receptividade foi

positiva. A importância de alertar para esta realidade, faz com que o momento em que o profissional de depare com as questões fundamentais de fim de vida não lhes pareçam tão ameaçadores.

Após a análise destes artigos e em concordância com a Professora orientadora e as Tutoras num campo de estágio em formato digital Power Point (Apêndice A) e noutra em formato analógico em forma de panfleto, contendo as informações essenciais sobre a abordagem ao doente paliativo/terminal (Apêndice C). A avaliação da formação no primeiro campo de estágio UCIP foi feita através de um pequeno questionário de avaliação de conhecimentos sobre a temática (Apêndice B). Este foi aplicado no início e fim da formação. No segundo contexto de estágio não houve qualquer tipo de documento de avaliação, uma vez que o plano de formações estava completo. Optei por disponibilizar um documento de consulta que fica disponível para o serviço (Apêndice B). Os ganhos em ambos os contextos vieram no sentido, não só de dar resposta ao objetivo proposto, como também compreender a capacidade de perceção dos enfermeiros de CI do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados, mas também para servir de alerta e consciencialização da necessidade de adequação dos cuidados ao doente paliativo/terminal em contexto de CI e aquisição de estratégias para a comunicação com o doente e família.



#### **4. METODOLOGIA**

Para responder ao objetivo determinado no plano de ação para os contextos clínicos efetuei uma pesquisa através do motor de busca de bases de dados EBSCOhost onde pesquisei nas bases de dados CINAHL Plus; Nursing&Allied Health Collection <sup>TM</sup>: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection que inclui Cochrane central register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstract of Reviews of Effects (DARE); Medclatina <sup>TM</sup>; e, MEDLINE with full text que inclui International Nursing Index, atendendo aos descritores Unidade de Terapia Intensiva e Doente Terminal.

Obtive 2 artigos, defini posteriormente os seguintes critérios de inclusão:

- Texto Integral
- Intervalo temporal: 2011 – 2019
- Área de conhecimento: Enfermagem

Após a seleção dos critérios de inclusão mantiveram-se 2 artigos que serviram de base de sustentação a este trabalho.



## **5. RESULTADOS**

Como referido anteriormente considerei válidos dois artigos, um de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória e intitulado “Princípios dos Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva na Perspectiva dos Enfermeiros” e o outro um estudo descritivo denominado “Sensibilidade Moral da Enfermeira Frente ao Doente Terminal”.

Cavalcanti, Ítalo Marques da Cunha, et al. 2019. **Princípios dos Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva na Perspectiva dos Enfermeiros. Revista Cuidarte. 04 de 2019, Vol. 10.**

<b>Palavras-Chave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados Paliativos;</li> <li>• Cuidados Críticos;</li> <li>• Unidades de Terapia Intensiva;</li> <li>• Cuidados de Enfermagem;</li> </ul>
<b>Objetivos</b>	Conhecer o significado da morte de pacientes para a equipa de Enfermagem.
<b>Desenho</b>	Estudo correlacional descritivo, de corte seccional.
<b>Metodologia</b>	1 Artigo de investigação qualitativo onde entrevistaram 104 enfermeiros de 12 unidades de terapia intensiva em cinco hospitais entre janeiro e dezembro de 2017.
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embora os enfermeiros reconheçam a importância dos princípios dos cuidados paliativos inumerados em terapia intensiva, estes ainda têm princípios que tem de ser trabalhados;</li> <li>• Os dois princípios (dos 10 princípios de CP em terapia intensiva – <i>Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida e avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida</i>) com menor pontuação são os que se relacionam com dilemas éticos importantes para os profissionais de enfermagem e aplica-se a importância de serem amplamente discutidos;</li> <li>• Os enfermeiros deverão ser incluídos nas tomadas de decisão e fomentar a comunicação entre equipa multidisciplinar. Os temas de cuidados paliativos e fim de vida, bem como a comunicação de más notícias/óbito e o conforto aos familiares/cuidadores deverão ser amplamente discutido em equipa fortalecendo as decisões clinicas tomas e estreitando a relação entre equipa e família/cuidador.</li> </ul>

**Tabela 2:** Tabela de Evidências - Artigo 1 O Significado da Morte de Pacientes para Profissionais de Enfermagem (Abrantes, et al., 2011)

Gonzalez, Yolima Carmona e Prieto, Amparo Montalvo. 2019. **Sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal.** [Online] 30 de Setembro de 2019.

<b>Palavras-Chave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de Enfermagem;</li> <li>• Doente terminal;</li> <li>• Unidades de Terapia Intensiva;</li> <li>• Hospitalização;</li> <li>• Princípios Morais;</li> <li>• Ética em Enfermagem;</li> <li>• Inquéritos e Questionários;</li> <li>• Estudos Transversais.</li> </ul>
<b>Objetivos</b>	Determinar a sensibilidade moral das Enfermeiras ao cuidar pacientes terminais
<b>Desenho</b>	Estudo descritivo
<b>Metodologia</b>	1 Artigo de investigação qualitativo onde entrevistaram 118 enfermeiros com experiência mínima de 6 meses em cuidado ao doente terminal em hospitalização geral, cuidado crónico e unidades de tratamento intensivo.
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embora o nível global de sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal e da dimensão de valores dos enfermeiros sejam altos, a dimensão respostas de cuidado apresenta limitações, especialmente na aceitação da diversidade de expressões que apresentam os pacientes.</li> <li>• A bem da sensibilidade moral dos profissionais de enfermagem devem ser criadas estratégias que melhorem a qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>• A debilidade da sensibilidade moral é tão mais afetada quanto mais <i>stress</i> e ansiedade estiver inerente a este processo;</li> <li>• Um alto nível de sensibilidade moral pode ajudar a enfrentar a situação de forma a defender a sua autonomia e integridade moral.</li> </ul>

**Tabela 3:** Tabela de Evidências - Artigo 2: Sensibilidade Moral da Enfermeira Frente ao Doente Terminal (Gonzalez, et al., 2019)



## 6. DISCUSSÃO

Foram considerados dois artigos com metodologias e subtemáticas distintas, de forma, a enriquecer esta revisão integrativa da literatura e abordar não só o papel do enfermeiro

Um dos estudos, tabela 1, aborda os princípios dos CP em Terapia Intensiva na perspectiva dos enfermeiros, que estão também intimamente ligados a comunicação entre equipa multidisciplinar, formação e gestão de problemas éticos na abordagem ao doente terminal e comunicação de más notícias/óbito e o conforto aos familiares/cuidadores.

O outro, tabela 2, aborda a sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal, que por vezes pode estar afetada com falta de estratégias como a formação e a comunicação interdisciplinar.

Ambos focam é que trabalhar objetos que envolvam as questões de fim de vida para que as questões éticas não sejam colocadas em discussão, questões estas que podem também alterar o nível de sensibilidade moral, deve ser objetivo basilar. A não preparação para questões tão importantes em fim de vida como vemos muitas vezes a acontecer em UCI, deve levar-nos a repensar a forma como a formação deve ser reestruturada.

Os principais resultados encontrados demonstram que há dificuldade em lidar com o doente terminal e com as questões relacionadas com a morte que envolvem muitas vezes o processo de comunicação do óbito/más notícias e conforto aos familiares.



## CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu-me aprofundar, esclarecer e ajudar a transmitir conhecimentos sobre a problemática do doente em fim de vida e as medidas não adequadas ao doente terminal/paliativo.

Os doentes paliativos/terminais são agora uma tónica quase constante nos serviços não especializados. Esta realidade faz com a formação dos profissionais que com eles lidam seja o mais adequada possível de forma responder às necessidades destes doentes sem ter a sua ética e sensibilidade moral afetadas.

As questões de fim de vida permanecem de uma pertinência sociocultural e emocional elevada, tanto por parte do doente como da família ou prestador de cuidados informal, bem como dos profissionais. Estas devem assentar nos princípios da Beneficência e da Não-Maleficência.

Neste seguimento, a não preparação dos enfermeiros para a prestação de cuidados de qualidade ao doente terminal, compromete uma morte digna, que se pretende sem dor e com o mínimo de sofrimento possível. Incluídos nos CP, os cuidados ao doente terminal visam o equilíbrio entre as necessidades e preferências do doente e a integridade e ética do profissional, para que todas as intercorrências sejam prontamente controladas e o doente viva os seus últimos dias com alívio, conforto e dignidade. (Silva & Santos, 2018)

Em suma, acredito ser de suma importância dotar os profissionais do máximo de conhecimento sobre o tema, através de, por exemplo, formação contínua, promovendo assim uma linha de pensamento comum entre a equipa multidisciplinar, respeitando as diferentes atitudes e crenças.

Da mesma forma, a nível da profissão é essencial investir na investigação nesta área de conhecimento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Abrantes, Maria Jussiany Gonçalves de, et al. 2011.** O Significado da Morte de Pacientes para Profissionais de Enfermagem. [Online] 01 de 01 de 2011. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=50a6ac17-9359-4e33-8de9-b9c502a9cc01%40sdc-v-sessmgr03.1981-8963>.

**Alves, Patrícia Vinheiras. 2013.** Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. 2013, pp. 17-30.

**Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2014.** Cuidados Paliativos. [Online] 03 de 2014. [https://www.apcp.com.pt/uploads/revista\\_cp\\_vol\\_1\\_n\\_1.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf).

**Cavalcanti, Ítalo Marques da Cunha, et al. 2019.** Princípios dos Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva na Perspectiva dos Enfermeiros. *Revista Cuidarte*. 04 de 2019, Vol. 10.

**D.Urden, Linda, Stacy, Kathleen M. e Lough, Mary E. 2008.** *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª. Loures : Lusodidata - Soc. Port. de Material Didático Lda., 2008. 978-989-8075-08-6.

**Direção Geral de Saúde. 2005.** *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [Online] 2005. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx>.

**Gonzalez, Yolima Carmona e Prieto, Amparo Montalvo. 2019.** Sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal. [Online] 30 de Setembro de 2019. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=50a6ac17-9359-4e33-8de9-b9c502a9cc01%40sdc-v-sessmgr03>.

**Lima, Cristina. 2006.** Medicina High Tech, Obstinação Terapêutica e Distanasia. Abril/Junho de 2006, Vol. 13, pp. 79-82.

**Pacheco, Susana. 2014.** *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva Ética*. 3ª. Loures : Lusodidata, 2014.

**Silva, Paulo Renato da Cunha e Santos, Elza Brito dos. 2018.** Cuidados Paliativos - Hipodermóclise uma Técnica do Passado com Futuro: Revisão da Literatura. 2018, pp. 53-63.

**Sistema Nacional de Saúde. 2019.** Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. [Online] 04 de 2019. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>.



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

## DOENTES PALIATIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Costa

Sob a orientação de Profª Doutora Ana Sabrina Sousa

### O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) define Cuidados Paliativos como:

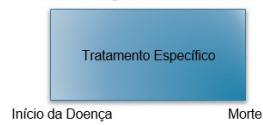
*“Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos mas também psicossociais e espirituais”* (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017)

Destinam-se a acompanhar:

- Condições potencialmente fatais;
- Doenças com tratamento disponível, com prognóstico incerto;
- Doenças incuráveis, com tratamento paliativo desde o diagnóstico;
- Situações neurológicas não progressivas com necessidades médicas complexas e ameaçadoras da vida;

### ABORDAGENS À PESSOA EM FIM DE VIDA

Abordagem Obstinativa:



Abordagem de Abandono:



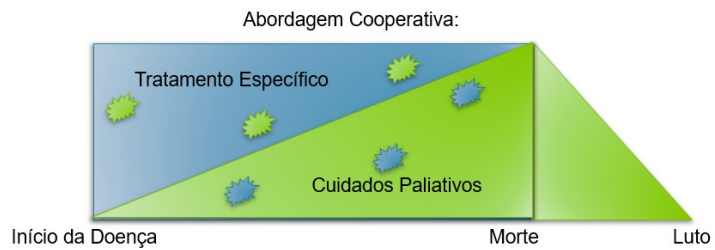
Abordagem Separada:



Abordagem Integrada:



## ABORDAGENS À PESSOA EM FIM DE VIDA



## NÍVEIS DE DIFERENCIAÇÃO

### Abordagem Paliativa:

- Integra métodos e procedimentos usados em Cuidados Paliativos (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP;

### Cuidados Paliativos Generalistas:

- Prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os Cuidados de Saúde Primários e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...);

## NÍVEIS DE DIFERENCIAÇÃO

### Cuidados Paliativos Especializados:

- Prestados por recursos especializados de Cuidados Paliativos, nos quais os profissionais exercem acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP;

### Centros de Excelência:

- Prestam Cuidados Paliativos especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação.

## REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Existe uma necessidade premente da integração precoce de Cuidados Paliativos com as demais especialidades médicas.

Contudo, na maioria das vezes, a referenciação para esta especialidade continua aquém do desejável, ocorre apenas no fim de vida, e muitos doentes acabam mesmo por falecer antes de serem admitidos em Cuidados Paliativos.

Existem diversos fatores que podem afetar o processo de referenciação, diminuindo as oportunidades para atuar junto de doentes e cuidadores.

## REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Fatores que podem afetar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes paliativos/terminais:

- Não pedido de colaboração da especialidade de Cuidados Paliativos;
- Referenciar para Unidade de Cuidados Paliativos em fase avançada de cuidados terminais;
- Patologias crónicas não oncológica raramente referenciados;
- Tempo de espera até à admissão;
- Escassez de Unidades de Cuidados Paliativos;
- Falta de formação dos profissionais de saúde;

## APOIO AO DOENTE PALIATIVO

O apoio ao doente paliativo pode ser prestado de diferentes formas:

- A nível hospitalar:
  - Unidades de Cuidados Paliativos;
  - Equipa Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Na Comunidade:
  - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

A presença de doença crónica, avançada, progressiva e incurável é uma realidade comum a todos os serviços hospitalares, incluindo as Unidades de Cuidados Intensivos. No entanto, a não assunção deste doente à especialidade correta, traz custos ao doente e profissionais de saúde.

A taxa de mortalidade nestes serviços é alta devido à etiologia do doente que está por norma gravemente doente. E por isso mesmo é necessário mais do que nunca instruir os profissionais a reconhecerem este doente e a adequarem as medidas para otimizar os cuidados de saúde ao seu mais alto nível de excelência.

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### **Medidas a adotar num doente terminal/paliativo numa Unidade de Cuidados Intensivos:**

- Avaliação de constante de necessidades;
- Implementação de cuidados de conforto
- Controlo sintomático;
- Potenciar o conforto;
- Simplificação terapêutica;
- Ajuste de técnicas invasivas desnecessárias;
- Respeito por valores e ética clínica
- Informação e comunicação com doente e família;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Medidas a adotar num doente terminal/paliativo numa Unidade de Cuidados Intensivos:

- Comunicação e organização da equipa;
- Suporte emocional ao doente, família e profissionais de saúde;
- Promoção da qualidade de vida em detrimento da quantidade;
- Aceitar a morte como parte integrante da vida;
- Potenciar momentos de reconciliação;
- Ser honesto e empático;
- Adequar perspetivas e esclarecer dúvidas/medos;
- Definir prioridades e objetivos a curto prazo;
- Ajudar no processo de luto;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Cuidar na morte

- É uma fase fisiológica que exige cuidados específicos e adequados onde ocorre um declínio funcional;
- Deve ter-se este processo em atenção dada a necessidade de perceber como proceder (Reanimação/hão reanimação; questões médico legais);

Todos os doentes paliativos/terminais requerem momentos de tranquilidade, intimidade e respeito.

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Cuidar na morte

- O doente pode desenvolver sinais fisiológicos indicativos do estado em que se encontra (últimas horas ou dias de vida – agonia):
  - Oligoanúria /anúria;
  - Estertor, aumento da produção de secreções;
  - Sudorese profusa;
  - Febre;
  - Mioclonias/Convulsões;
  - Hipoperfusão periférica;
  - Estase gástrica;
  - Obstipação;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Cuidar na morte

- Vômito;
- Edemas periféricos/anasarca;
- Hemorragias;
- Microenfartes;
- Alterações metabólicas múltiplas;
- Perturbações da tensão arterial e frequência cardíaca;
- Hipercalcémia;
- Isquemia cerebral;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nesta fase é importante **ajustar a prestação de cuidados ao doente**:

- Suspende infusões endovenosas desnecessárias;
- Manter perfusão de opióide e sedação e ajustar quando necessário;
- Remover-se sondas nasogástricas e nutrição entérica;
- Hidratar cavidade oral;
- Remover suporte ventilatório;
- Suspende técnicas de substituição renal;
- Desligar monitor da unidade;
- Adequar cuidados ao doente: posicionamentos, aspiração, cuidados de higiene, alimentação, hidratação, etc;
- Proporcionar acompanhamento do familiar/cuidador significativo;
- Promover ambiente tranquilo e reservado;
- Promover suporte religioso e espiritual se adequado;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nesta fase é importante **ajustar a prestação de cuidados ao doente**:

- Suspende infusões endovenosas desnecessárias;
- Manter perfusão de opióide e sedação e ajustar quando necessário;
- Remover-se sondas nasogástricas e nutrição entérica;
- Hidratar cavidade oral;
- Remover suporte ventilatório;
- Suspende técnicas de substituição renal;
- Desligar monitor da unidade;
- Adequar cuidados ao doente: posicionamentos, aspiração, cuidados de higiene, alimentação, hidratação, etc;
- Proporcionar acompanhamento do familiar/cuidador significativo;
- Promover ambiente tranquilo e reservado;
- Promover suporte religioso e espiritual se adequado;

## DOENTE PALIATIVO/TERMINAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

O fim de vida está envolto em questões psicológicas, sociais e espirituais bastante intrincadas. Estar preparado para esta fase e desenvolver estratégias de coping é fundamental.

A consciencialização da possibilidade de diminuição do impacto dos desconfortos provocados por esta fase é a base para a prestação de cuidados de excelência.

Paliar o fim de vida não é “desinvestir” e atestar o óbito. É, acima de tudo, um último esforço para assegurar qualidade de vida ao doente que temos ao nosso encargo.

- Obrigada pela atenção!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Abrantes, Maria Jussiany Gonçalves de, et al. 2011.** O Significado da Morte de Pacientes para Profissionais de Enfermagem. [Online] 01 de 01 de 2011. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=50a6ac17-9359-4e33-8de9-b9c502a9cc01%40sdc-v-sessmgr03>. 1981-8963.
- **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2020.** O que são cuidados paliativos? [Online] 2020. <https://www.apcp.com.pt/faq/o-que-sao-cuidados-paliativos.html>.
- **Cavalcanti, Ítalo Marques da Cunha, et al. 2019.** Princípios dos Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva na Perspectiva dos Enfermeiros. *Revista Cuidarte*. 04 de 2019, Vol. 10.
- **Coelho, Sílvia Patrícia Fernandes, et al. 2014.** Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*. Maio de 2014.
- **Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2017.** Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018. 2017.
- **Direção Geral de Saúde. 2020.** Equipas de Cuidados Paliativos. [Online] 2020. <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Gonzalez, Yolima Carmona e Prieto, Amparo Montalvo. 2019.** Sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal. [Online] 30 de Setembro de 2019. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=50a6ac17-9359-4e33-8de9-b9c502a9cc01%40sdc-v-sessmgr03>.
- **Roque, Carolina Maria de Oliveira. 2010.** Agonia - Últimos Momentos de um Doente Terminal - Artigo de Revisão. [Online] 2010. [https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-152392-dt-content-rid-288577\\_1/courses/2018\\_2109C11134/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf](https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-152392-dt-content-rid-288577_1/courses/2018_2109C11134/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf).
- **Sapeta, Paula e Lopes, Manuel. 2007.** Cuidar em Fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência*. junho de 2007, Vol. 2ª, 4.

## **Apêndice B – Questionário de Avaliação de Conhecimentos**



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DO DOENTE TERMINAL/PALIATIVO, E A NECESSIDADE DE  
ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS**

Ana Costa 396418011

Mestrado em Enfermagem / Estágio Final e Relatório  
Porto, 30 de Outubro de 2019

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer do ano letivo 2019/2020, foi proposta a realização de um projeto que respondesse aos nossos objetivos previamente traçados. Um dos meus objetivos corresponde à avaliação da perceção dos enfermeiros de cuidados intensivos do doente terminal/paliativo, e a necessidade de adequação dos cuidados de saúde prestados. Pretende-se com este questionário, feito de forma anónima, a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre estas temáticas. Obrigada pela sua colaboração.

**1. Sexo:**

M\_\_

F\_\_

**2. Idade:**

20-25 Anos\_\_

26-30 Anos\_\_

31-35 Anos\_\_

36-40 Anos\_\_

41-45 Anos\_\_

46-50 Anos\_\_

51-55 Anos\_\_

56-60 Anos\_\_

61-65 Anos\_\_

>66 Anos\_\_

**3. Profissão:**

\_\_\_\_\_

**4. Formação**

Licenciatura\_\_

Mestrado\_\_

Especialista\_\_ Área\_\_\_\_\_

Pós Graduações\_\_ Área\_\_\_\_\_

**5. Os Cuidados Paliativos são cuidados que podem ser prestados desde o diagnóstico de uma doença fatal até ao luto;**

V\_\_

F\_\_

**6. Os Cuidados Paliativos são cuidados visam a qualidade de vida;**

V\_\_

F\_\_

**7. Os Cuidados Paliativos são cuidados são aplicados às últimas horas/dias de Vida, quando já não é possível fazer mais nada pelo doente;**

V\_\_

F\_\_

**8. Os Cuidados Paliativos são o mesmo que Eutanásia**

V\_\_

F\_\_

**9. A participação das más notícias/do óbito à família/cuidador deve exclusivamente da responsabilidade médica;**

V\_\_

F\_\_

**10. O ajuste do plano de cuidados e da terapêutica às necessidades do doente terminal é considerado desinvestimento;**

V\_\_

F\_\_

**11. A decisão de não reanimar corresponde a uma adequação de cuidados e pode ser revogada;**

V\_\_

F\_\_

**12. Um tratamento adequado é aquele que utiliza medidas invasivas num doente terminal para manter o doente vivo;**

V\_\_

F\_\_

**13. Falamos de ortotanásia quando assumimos a dignidade da pessoa e o seu direito a falecer dignamente;**

V\_\_

F\_\_

**14. Quando é dada a notícia ao familiar/cuidador do falecimento do doente, não deve deixar-se espaço para se despedirem pois vai perturbar os outros doentes;**

V\_\_

F\_\_

**15. A morte do doente é sinal de fracasso do tratamento aplicado.**

V\_\_

F\_\_

Obrigada pela participação!

**Apêndice C – Abordagem ao Doente Terminal/Paliativo numa UCI**

# Abordagem ao Doente Terminal/Paliativo numa Unidade de Cuidados Intensivos

**Cuidados Paliativos:** *Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físico, nomeadamente a dor, mas também psicológicos sociais e espirituais.* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020)

**Doente Paliativo:** Aquele cuja doença não tem perspectiva de cura.

**Princípios Base:** Controlo Sintomático; Adequação de tratamentos; Simplificação terapêutica; Promoção de qualidade de vida; apoio à família/cuidador; Comunicação eficaz.

**Sintomas mais comuns em fim de vida:** Delirium; Oligoanúria; Estertor; Sudorese Profusa; Febre; Mioclonias/ Convulsões; Hipoperfusão periférica; Mioclonias/Convulsões; Estase Gástrica; Obstipação; Edemas Periféricos; Hemorragias; Microenfartes; Alterações Metabólicas; Alterações do Padrão Cardíaco; Isquemia Cerebral;

## Terapêutica de controlo da dor:

- Morfina - Via Subcutânea;
- Alfentanilo – Via Subcutânea;
- Bupernorfina – Via Transdérmica;
- Fentanil – Via Transdérmica;
- Hidromorfona – Via Oral;
- Sevredol – Via Oral;
- MST – Via Oral;
- Quetamina – Via Subcutânea;

## Terapêutica para controlo do Estridor:

- Butilescopolamina - Via Subcutânea;

## Terapêutica para controlo das náuseas e vómitos:

- Metoclopramida – Via Subcutânea;
- Haldol – Via Subcutânea;
- Levomepromazina – Via Subcutânea;
- Dexametasona – Via Subcutânea (Acesso Reservado);
- Octeótrido – Via Subcutânea;

## Terapêutica para controlo da agitação/ Sedação:

- Midazolam – Via Subcutânea;
  - Levomepromazina – Via Subcutânea;
- (Eleição da Via Subcutânea – Nenhum destes Fármacos obriga a diluição e podem ser administrados em bólus ou em

## Bibliografia

**Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2020.** O que são cuidados paliativos? [Online] 2020. <https://www.apcp.com.pt/faq/o-que-sao-cuidados-paliativos.html>.

**Cavalcanti, Ítalo Marques da Cunha, et al. 2019.** Princípios dos Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva na Perspectiva dos Enfermeiros. *Revista Cuidarte*. 04 de 2019, Vol. 10.

**Coelho, Silvia Patrícia Fernandes, et al. 2014.** Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*. Maio de 2014.

**Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2017.** Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017-2018. 2017.

**Gonzalez, Yolima Carmona e Prieto, Amparo Montalvo. 2019.** Sensibilidade moral da enfermeira frente ao doente terminal. [Online] 30 de Setembro de 2019.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=50a6ac17-9359-4e33-8de9-b9c502a9cc01%40sdc-v-sessmgr03>.

**Roque, Carolina Maria de Oliveira. 2010.** Agonia - Últimos Momentos de um Doente Terminal - Artigo de Revisão. [Online] 2010.

[https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-152392-dt-content-rid-288577\\_1/courses/2018\\_2109C11134/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf](https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-152392-dt-content-rid-288577_1/courses/2018_2109C11134/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf).

**Sapeta, Paula e Lopes, Manuel. 2007.** Cuidar em Fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência*. junho de 2007, Vol. 2ª, 4.