



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

AS VIVÊNCIAS DO PÓS CUIDADOR ENLUTADO POR CANCRO: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

THE EXPERIENCE OF THE POSTCAREGIVER BEREAVED BY
CANCER: A SPECIALIZED NURSING CARE

Por Marina Reis Marques

Lisboa, 2023



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

AS VIVÊNCIAS DO PÓS CUIDADOR ENLUTADO POR CANCRO: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

THE EXPERIENCE OF THE POSTCAREGIVER BEREAVED BY
CANCER: A SPECIALIZED NURSING CARE

Por
Marina Reis Marques

Sob a orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2023

*“Apesar das ruínas e da morte,
Onde sempre acabou cada ilusão,
A força dos meus sonhos é tão forte,
Que de tudo renasce a exaltação,
E nunca as minhas mãos ficam vazias.”*

Sophia de Mello Breyner Andresen

AGRADECIMENTOS

À minha família que me incentivaram e apoiaram ao longo de todo este percurso, as pessoas mais importantes da minha vida e que mesmo longe conseguiram estar sempre presentes.

À Rita que me incitou e motivou para percorrer este caminho, e que não me deixou cair ao longo de todo este desafio.

Aos meus amigos, nomeadamente Inês e Carmo que se mantiveram sempre por perto apesar da minha ausência, e que foram sem dúvida, o meu suporte e o meu porto de abrigo.

Ao Pedro pelo olhar atento e crítico ao longo de todo o percurso.

Às minhas orientadoras de estágio, a Enfª P. que me fez descobrir a magia da urgência e à Enfª J. que foi quem mais me desafiou na descoberta do conhecimento em Enfermagem.

Ao Enfº Hugo Reis pela paciência e por todos os ensinamentos que me proporcionou ao longo da realização da revisão da literatura.

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato pelo acompanhamento e orientação ao longo de todo este percurso.

RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, tem como objetivo de avaliar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, e de mestre pela reflexão sobre a responsabilidade científica, técnica, ética e relacional do enfermeiro especialista na prática profissional de excelência.

Para a conceção do presente relatório foi utilizada uma metodologia que assenta numa análise descritiva, reflexiva e introspetiva da realidade vivenciada no âmbito dos estágios, com a finalidade de desenvolver competências especializadas no contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por base a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis.

Os estágios realizados foram subdivididos em duas unidades curriculares: Estágio I – A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, realizado num Serviço de Urgência Geral e o Estágio II – Estágio Final e Relatório, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos, ambos pertencentes a um Hospital Central da área Metropolitana de Lisboa. No decorrer de cada estágio foram delineados objetivos específicos que serviram como guias orientadores no desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Este relatório contempla ainda uma Revisão da Literatura, realizada sobre uma temática ainda pouco abordada pela Enfermagem, no entanto bastante sensível à intervenção de Enfermagem, foi definida a seguinte questão de investigação: “Quais são as vivências de culpa no pós- cuidador enlutado por cancro?”. É importante para a Enfermagem compreender as vivências de quem cuida para posteriormente ter a capacidade de elaborar intervenções e estratégias de suporte aos cuidadores informais que prestam cuidados a um ente querido.

O percurso realizado no decorrer do Mestrado permitiu-me consolidar conhecimentos de forma crítica e consciente, prestando cuidados de enfermagem especializados e com base na evidência científica mais atual.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências; Pessoa em Situação crítica; Cuidador; Luto

ABSTRACT

The present report falls within the scope of 15th Course of Master's in Nursing, Specialization in Medical-Surgical: in the area of Nursing for Person in Critical Situation, from Instituto de Ciências da Saúde of Universidade Católica Portuguesa, has the goal of evaluating the acquisition process and development of nursing specialized skills and masters' by the reflection of scientific, technical, ethical, and relational responsibility of the specialized nurse in a professional practice of excellence.

For the conception of this report it was used a methodology that sits on a descriptive, reflexive and introspective of reality analysis lived in the context of internships, with the goal of develop specialized skills in the context of Medical-Surgical Nursing, based on Afaf Meleis' Transition Theory.

The performed internships were subdivided in two curricular units: Internship I – Person in a Critical Situation and Family – Clinical Decision and Vigilance, performed in a General Emergency Service and Internship II – Final Internship and Report, performed in an Intensive Care Unit, both belonging to a Central Hospital in Metropolitan Area of Lisbon. During each internship there were defined specific goals that served as guides developing skills of specialized care in a person in a critical situation.

This report also includes a Literature Review, performed on a topic still little approached by Nursing, however very sensitive to Nursing intervention, and it was defined the following investigation question: “What are the experiences of guilt in the post-caregiver bereaved by cancer?”. It is important for Nursing to understand the experiences of caregivers so posteriorly being able to elaborate interventions and support strategies for informal caregivers that take care of a loved one.

The journey performed during the Masters' allowed me to consolidate knowledge in a critical and conscient way, taking specialized nursing care and based on the most recent scientific evidence.

Keywords: Nursing, Skills, Person in Critical Situation, Caregiver, Grief

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal [do inglês Extra Corporeal Membrane Oxygenation]

JBIC - The Institute Joanna Briggs

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SARSCoV-2 - Corona Virus Disease 2019

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SUG - Serviço de Urgência Geral

SR - Sala de Reanimação

TAC - Tomografia Computorizada

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	13
1. AS VIVÊNCIAS DO PÓS – CUIDADOR ENLUTADO POR CANCRO	17
1.1 INTRODUÇÃO	17
1.2 MÉTODO	19
1.3 RESULTADOS	22
1.4 DISCUSSÃO	25
<u>1.4.1 Vivências de Culpa</u>	25
<u>1.4.2 Motivos de Culpa</u>	27
<u>1.4.3 Características da Culpa</u>	28
<u>1.4.4 Fatores predisponentes da culpa</u>	30
<u>1.4.5 As consequências da Culpa</u>	31
<u>1.4.6 A resolução da culpa</u>	32
1.5 CONCLUSÃO DA REVISÃO DA LITERATURA	33
2 PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS	35
2.1 CONTEXTO DE ESTAGIO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	36
2.2 CONTEXTO DE ESTAGIO II: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	48
3 CONCLUSÃO	61
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos artigos para o estudo segundo Joanna Briggs Institute	22
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Resumo dos artigos elegíveis	24
Quadro 2 Vivências de culpa do cuidador informal enlutado por cancro	26
Quadro 3 Motivos de culpa do cuidador informal enlutado por cancro.....	28
Quadro 4 Características da culpa experienciada pelo cuidador informal enlutado por cancro	30
Quadro 5 Fatores predisponentes de culpa no cuidador informal enlutado por cancro .	31
Quadro 6 Consequências da culpa no cuidador informal enlutado por cancro	32
Quadro 7 Resolução da culpa no cuidador informal enlutado por cancro	33

0. INTRODUÇÃO

Ao longo de todo o ciclo vital, a enfermagem assume um papel ímpar, essencial na prevenção da doença, na promoção da saúde e consequente qualidade de vida. O enfermeiro acompanha as pessoas, famílias e comunidades, prestando cuidados na situação de saúde doença. Deste modo, a enfermagem é definida por Meleis (2012) como a disciplina que se preocupa com o processo e as experiências dos seres humanos em transições. No entanto, a evolução tecnológica e científica é constante, o que leva a uma necessidade crescente de aprofundar conhecimentos e competências.

O constante crescimento científico e técnico na área da saúde, suscita a necessidade da aquisição de novos conhecimentos e competências por parte das equipas de enfermagem, tornando-a numa disciplina que se encontra em constante mutação, sendo a formação essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional no contexto de trabalho. Os enfermeiros são os atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências (Serrano, et al. 2011). A formação contínua constitui uma estratégia que fomenta a atualização e expansão dos conhecimentos em Enfermagem e a permanente renovação das práticas profissionais, mediante a análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas (Pinheiro, et al. 2014). O enfermeiro especialista é descrito no n.º 3 do Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro que legisla o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como sendo “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

De forma a desenvolver estas competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica ingressei no 15º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta área de especialização, conforme o nome indica, tem como centro dos cuidados a Pessoa em Situação Crítica (PSC), que é definida como: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência dependente dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE - Regulamento, nº429/2018 p.19362).

As pessoas, no decorrer da sua vida, deparam-se constantemente com etapas de transição, muitas para as quais não se sentem preparadas. Quando falamos de transição falamos também das respostas que a pessoa dá à transição. Este tema é sem dúvida, uma área de especial interesse na disciplina de enfermagem, devido ao facto de os enfermeiros disponibilizam grande parte do seu tempo no cuidado das pessoas que vivenciam estas transições, especialmente as de saúde doença. Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a passar por uma transição, antecipando a transição ou concluindo o ato de transição (Meleis, 2012). A Pessoa em Situação Crítica experimentam estes processos de transição ao transitarem de um estado saudável para um estado de doença aguda/crónica, também as famílias passam pela mesma transição. Cabe à enfermagem, nesta fase de transição procurar maximizar os pontos fortes, ativos e potenciais ou contribuir para a restauração do doente a níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização, resultando num processo de transição saudável (Meleis, 2012).

Pretende-se com este relatório a realização de uma descrição/reflexão onde se conjuga as experiências vivenciadas ao longo dos estágios clínicos com as competências desenvolvidas durante este processo de aprendizagem. Deste modo, o objetivo principal passa pela análise do processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, demonstrando os contributos da investigação realizada, e também, pela reflexão das atividades desenvolvidas em ambiente clínico aos longos dos estágios que propiciaram a aquisição dessas mesmas competências próprias do enfermeiro especialista. Segundo Pinheiro, et al. (2014) a reflexão constitui um meio que permite aos enfermeiros (des/re)construir a ação, possibilitando assim adquirir novos significados e modos renovados de agir. A experiência em contexto da prática emerge como uma relevante fonte de aprendizagem, na qual ocorrem momentos formativos de eleição.

Paralelamente ao percurso desenvolvido no estágio, e de forma a desenvolver competências de Mestre, decorreu a realização de uma revisão da literatura de um tema de interesse, a seleção do tema passou pelo facto de exercer funções num serviço de oncologia desde o início da minha carreira e sentir que os cuidados ao doente/família não

deveriam terminar com a morte do doente. Para Meleis (2012) uma das transições que se enquadra no domínio da enfermagem é a transição situacional, que inclui a adição ou perda de um membro da família por nascimento ou morte, ou seja a família ao perder o seu ente querido mantém a necessidade de acompanhamento pela equipa de enfermagem de forma não desenvolver um luto patológico e obter uma transição saudável. Desta forma, pretendi com esta revisão da literatura mapear o conhecimento existente sobre as vivências dos cuidadores após a morte, desenvolveu-se então a seguinte questão de investigação: “Quais são as vivências de culpa no pós- cuidador enlutado por cancro?” A revisão da literatura subdivide-se em quatro subcapítulos, evidenciando-se, para além da introdução, o enquadramento teórico, o percurso metodológico, resultados e sua discussão e a conclusão.

Ao longo do segundo capítulo decorre a descrição do percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências de especialidade, será retratado de forma cronológica e na primeira pessoa. Este capítulo encontra-se subdividido em dois subcapítulos, sendo o primeiro relativo à Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, realizado num serviço de urgência geral da região de Lisboa, e o segundo subcapítulo relativo à Unidade Curricular “Estágio final e relatório” que decorreu num serviço de cuidados intensivos que decorreu na mesma unidade Hospitalar.

A Conclusão surge no decorrer do terceiro capítulo que encerra o corpo do trabalho onde constará uma apreciação final sobre todo o percurso realizado na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização bem como as implicações na prática profissional e no crescimento pessoal. No último capítulo são apresentadas as referências bibliográficas que fundamentam e suportam este trabalho com base na evidência, mencionadas de acordo com as normas da American Psychological Association 6ª Edição, (APA). O trabalho é encerrado com a apresentação dos Apêndices que dão suporte á consulta de documentação referenciada ao longo de todo o trabalho.

Este documento encontra-se redigido conforme regulamentação do último Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. AS VIVÊNCIAS DO PÓS – CUIDADOR ENLUTADO POR CANCRO

Este capítulo vem demonstrar o resultado do desenvolvimento de competências de investigação inerentes à obtenção do grau académico de mestre, através da realização de uma revisão sistemática de literatura em coautoria com Enf.º Hugo Reis¹ e o Prof.º Dr.º Sérgio Deodato².

1.1 INTRODUÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Afonso et al (2015) a trajetória do cuidado, à luz da natureza das experiências dos seus intervenientes, apresenta-se como um tema amplamente explorado na literatura científica.

Compreender os fenómenos intrínsecos à prestação de cuidados é, assim, um passo primordial para a posterior elaboração de intervenções e estratégias de suporte aos cuidadores informais que prestam cuidados a um ente querido. Segundo Peña-Longobardo & Oliva-Moreno (2022), os cuidadores informais não remunerados fornecem a maior parte dos cuidados de longo prazo prestados na Europa, equivalente a 3,6% do produto interno bruto Europeu. Está também estimado que os cuidados prestados pelos cuidadores informais equivaleram em 2016 a um total de 72 301,5 milhões de horas.

Torna-se assim fulcral cuidar não só do doente (o enfermo na enfermidade), mas também do cuidador - não só durante a prestação de cuidados, como também no pós-morte do seu ente querido, de forma a promover um luto saudável. Segundo Larkin (2009), um pós-cuidador é uma pessoa que não necessariamente se identifica como um pós-cuidador, mas que experienciou no passado a prestação de cuidados que terminou com a morte do seu dependente. Essa prestação de cuidados não foi realizada numa base profissional, e excluindo benefícios, não foi pago.

¹ RN, PhD student, Universidade Católica Portuguesa - Institute of Health Sciences; Centre for Interdisciplinary Research in Health (CIIS) - Universidade Católica Portuguesa, Portugal, Lisbon

² RN, PhD, Universidade Católica Portuguesa - Institute of Health Sciences; Centre for Interdisciplinary Research in Health (CIIS) - Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Contudo, contrariamente à trajetória do cuidado, a trajetória do pós-cuidado apresenta-se como um campo do conhecimento ainda pouco explorado pela ciência (Afonso, et al., 2015; Larkin, 2009). Esta nova fase poderá, inclusive, constituir uma oportunidade de investigação na disciplina de enfermagem (Afonso et al., 2015). Deste modo, o desocultar da experiência poderá dar contributos para a elaboração de possíveis intervenções e estratégias de suporte, tal como já se encontra em estudo no que diz respeito à trajetória do cuidado.

Com o fim de desocultar a experiência em si é, contudo, necessário compreender os elementos que podem contribuir positiva ou negativamente para a sua elaboração.

Disto isto, é conhecido de que é importante para o cuidador informal sentir que prestou o melhor cuidado possível e ter a consciência de que tudo fez em prol do seu ente querido. Por sua vez, é comum que os doentes se centrem na preocupação de terem uma boa morte. Não só por si, mas para deixarem à família um sentimento de que a sua morte foi em paz e sem sofrimento (Kadlac, 2020). A consciência está, assim, no centro da conduta humana, sendo que é através dela que se define o agir ético (Gamble & Saad, 2022, Deodato, 2010).

Um dos fenómenos, descrito durante décadas na literatura científica como um dos elementos disruptivos da consciência, é a ‘culpa’ (Nietzsche, 2009).

O estudo da ‘culpa’ como vivência presente no luto dos cuidadores informais apresenta-se, assim, como um dos possíveis focos de investigação na atualidade. É assim fundamental sistematizar e mapear o conhecimento existente sobre a problemática, com o fim de identificar possíveis lacunas no conhecimento e áreas de futura produção científica. Segundo Reis & Deodato (2022) a clarificação do conceito de culpa no pós-cuidar apresenta-se como um desafio para o investigador.

Uma das possíveis populações cujo estudo da culpa no pós-cuidar pode ser relevante, diz respeito à pessoa que cuida de alguém diagnosticada com doença oncológica. O estudo desta população em específico justifica-se pela sua prevalência: a morte por cancro é uma das principais causas de morte no mundo, tendo sido responsável em 2020 por 10 milhões de mortos (Ferlay et al, 2021).

Sendo assim, o que sabemos sobre as vivências no cuidador informal enlutado por cancro? O que motivou essas vivências? Quais são as características desse fenómeno? Quais são os fatores predisponentes para essa experiência?

1.2 MÉTODO

A presente revisão foi realizada de acordo com o protocolo definido pelo Joanna Briggs Institute para o desenvolvimento de scoping reviews (Peters et al., 2020). As revisões sistemáticas visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de vários estudos relevantes num documento único, usando métodos rigorosos e transparentes, deste modo permite a sintetização e resumo do conhecimento existente (Aromataris et al, 2020). Do mesmo modo, houve a necessidade de recorrer à análise de conteúdo segundo Bardin (2015) como técnica complementar. A mobilização da técnica de análise de conteúdo na condução de scoping reviews apresenta-se na literatura científica como uma mais-valia em estudos similares, tal como apresentado na investigação de Vieira, Deodato & Mendes (2020).

A formulação de questões de investigação é uma das principais premissas do pensamento crítico e reflexivo que permite fazer julgamentos com base em evidências de forma a resolver problemas (Sousa et al, 2018). Existem diversas estruturas padronizadas/monónicas que facilitam e organizam a formulação da questão, focalizando-se nos elementos-chave e que consequentemente facilitam uma boa estratégia de pesquisa. O mnemónico “PCC” é recomendado pela JBI (Peters et al, 2020) como um guia para construir um título claro e significativo para uma revisão da literatura, baseando a construção da questão de investigação consiste na População (P), no Conceito (C) e no Contexto (C). Ainda com base em Peters et al (2020), na definição da população devem ser detalhadas características importantes dos participantes, desta forma nesta revisão definiu-se como população (P) os pós-cuidadores com 18 ou mais anos que prestaram cuidados informais a um dependente com idade também compreendida entre os 18 ou mais anos e que se encontrem em processo de luto pela morte do seu ente querido. Relativamente ao conceito, este deve ser claro de forma a orientar a revisão e a amplitude da investigação, podendo incluir detalhes relativos a elementos que seriam aprofundados numa revisão sistemática padrão, como as “intervensões” e/ou “fenómenos de interesse” e/ou “resultados”. Desta forma, o termo “vivências” constituirá o fenómeno de interesse em estudo (C). O elemento “Contexto” de uma revisão de literatura varia dependendo dos objetivos e questões da revisão deste modo, o luto do pós-cuidador pela morte do seu dependente é assumido como o contexto (C) da revisão. Baseada nesta estratégia foi formulada questão norteadora do estudo: “Como é vivenciado o luto, pelo cuidador informal, após morte por cancro da pessoa cuidada?”.

Definida a questão de investigação, delineou-se como objetivo desta revisão de literatura analisar a literatura sobre as vivências dos pós-cuidadores enlutados após a morte por cancro da pessoa cuidada.³

Para a concretização da revisão consistiu numa pesquisa limitada inicial (realizada entre outubro e novembro de 2022), nas bases de dados CINAHL e PubMed com o fim de identificar artigos sobre a temática. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, constitutivas do título da presente revisão: ‘caregiver’ e ‘bereavement’. Tal permitiu a análise dos títulos, resumos e índices de cada artigo.

Por conseguinte foi realizada uma segunda pesquisa utilizando todas as palavras-chave identificadas e termos de índice. Tal permitiu a seleção da lista de referência dos estudos identificados. Deste modo, foi possível adicionar fontes adicionais, e delimitar palavras-chave. Concluiu-se assim que seria necessário expandir o número de palavras-chaves e expressões que poderiam ser relevantes, o que potenciou o aumento da dimensão da amostra com potencial de inclusão no estudo.

Foi assim construída a equação de pesquisa, com recurso a Boolean operators: (caregiver OR carer OR informal caregiver OR family caregiver OR former carer OR postcaregiver) AND (guilt*) AND (bereavement OR grief OR mourning). Foi também definida uma equação de pesquisa em língua portuguesa: (cuidador OR cuidador familiar OR cuidador informal OR pós- cuidador) AND (culpa) AND (luto OR pesar).

Foram incluídos todos os estudos independentemente do tipo e metodologia utilizada. Deste modo, foi considerada inclusive estudos oriundos de literatura cinzenta. Como bases de dados foram delimitadas as seguintes: CINAHL Complete (by EBSCOHost), MEDLINE Complete (by EBSCOHost), Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive (by EBSCOHost), Cochrane Central Register of Controlled Trials (by EBSCOHost), Cochrane Database of Systematic Reviews (by EBSCOHost), Cochrane Methodology Register (by EBSCOHost), Library, Information Science & Technology Abstracts (by EBSCOHost), Medclatina (by EBSCOHost), PubMed (NLM), SciELO – Scientific Electronic Library Online, PROSPERO- International prospective register of systematic reviews. Estudos não publicados ou provenientes de literatura cinzenta foram identificados na Open Grey, RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e no Banco de teses da CAPES (Brasil). A equação descrita foi adaptada de acordo com as limitações de cada base de dados.

³ “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: b) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” -Decreto-Lei nº 74/2006

A pesquisa foi realizada a 2 de outubro de 2022 por título e por abstract. Foram considerados todos os estudos em língua portuguesa, castelhana e inglesa. Não foram aplicados limites temporais.

Foram incluídos todos os estudos independentemente do tipo e metodologia utilizada. Deste modo, foi considerada inclusive estudos oriundos de literatura cinzenta. A gestão dos registos de pesquisa foi realizada com recurso ao software EndNote V8.2 (Clarivate Analytics, PA, EUA).

A pesquisa inicial identificou assim 203 estudos: 88 estudos By EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers), 38 artigos na PUBMED, 20 artigos na OpenGrey, 32 artigos no RCAAP, e 25 artigos na PROSPERO. Não foram determinados resultados na ScieLo. Na amostra, 46 artigos encontravam-se repetidos, pelo que foram eliminados (n= 157).

A avaliação da amostra resultante foi então realizada independentemente por dois revisores. Dos 157 artigos, 141 foram eliminados após apreciação do título, e 5 após apreciação do abstract, resultando em 11 artigos elegíveis para avaliação por leitura integral, mediante aplicação dos critérios de inclusão e exclusão determinados no protocolo de investigação. De notar que, nesta fase, não foram identificadas revisões ongoing, concluídas e publicadas ou não publicadas sobre a temática apresentada na PROSPERO.

Após a leitura integral dos 11 artigos resultantes 8 foram eliminados, respeitando a mesma lógica de elegibilidade por aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Nesta fase, foi necessária a intervenção de um terceiro revisor com o fim de esclarecer divergências. A amostra final foi assim constituída por 3 artigos primários que foram assim os considerados para revisão.

Os resultados da pesquisa e o processo de delimitação da amostra encontram-se apresentadas no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) flow diagram (Peter et. al, 2020) (FIGURA 1).

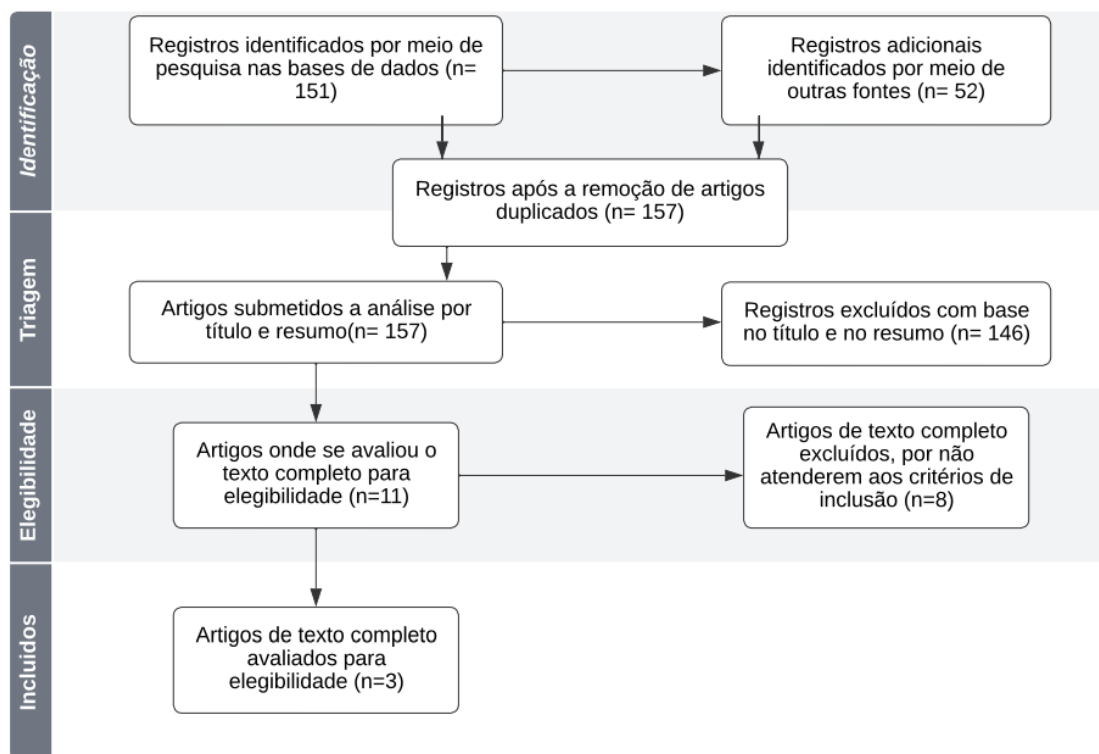


Figura 1- Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos artigos para o estudo segundo Joanna Briggs Institute

1.3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi realizada com recurso a 7 tabelas.

A primeira diz respeito à sinopse dos estudos elegíveis, que foram assim apresentados por ordem cronológica (Quadro 1). Na análise à tabela apresentada é possível compreender que nenhum dos artigos responde de forma direta aos objetivos da revisão. Contudo, é também através da sua leitura que é possível compreender que a culpa apresentasse como um elemento de estudo constituinte das conclusões da totalidade da amostra. Sendo assim, justifica-se a utilização da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2015), como técnica de análise e mapeamento de conhecimento sobre as questões de investigação delineadas.

Por conseguinte, as restantes 6 tabelas dizem assim respeito ao mapeamento do conhecimento existente sobre os objetivos traçados, a saber: as vivências de culpa no cuidador informal enlutado por cancro (Quadro 2), os motivos que o levaram a sentir culpa (Quadro 3), as características da culpa por si vividas (Quadro 4), os fatores que a predispõe (Quadro 5), as suas consequências (Quadro 6), e as metodologias identificadas

para a sua resolução (Quadro 7). As mesmas servirão, concomitantemente, como auxílio na discussão de resultados.

	Artigo (1)	Artigo (2)	Artigo (3)
Autor e Ano	Gallardo et al. 2003	Trevino et al. 2018	Walsh et al. 2020
Título	<i>Bereavement of the main caregivers of oncological patients cared for in the home</i>	<i>Bereavement Challenges and Their Relationship to Physical and Psychological Adjustment to Loss</i>	<i>The Last Day Narratives: An Exploration of the End of Life for Patients with Cancer from a Caregivers' Perspective</i>
Fonte e Origem	<i>Metas de Enfermería</i> Spain	<i>Journal of palliative medicine</i> United States of America	<i>Journal of palliative medicine</i> United States of America
Objetivos/propósito	Avaliar o luto dos principais cuidadores de doentes oncológicos cuidados no domicílio.	Realizar um exame preliminar da estrutura fatorial da escala <i>Bereavement Challenges</i> e suas relações com qualidade de vida e doença mental.	Explorar a experiência do último dia de vida na perspetiva do pós-cuidador.
Métodos	Uma entrevista em profundidade com análise subsequente.	Aplicação de escalas que medem desafios de luto (Escala de Desafios de Luto, BCS), qualidade de vida (Medical Outcomes Study Short Form-36), luto prolongado (PG-13) e transtornos mentais (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV). A análise fatorial de componentes principais identificou a estrutura fatorial subjacente do BCS. Exame das associações entre os fatores e qualidade de vida do cuidador, luto prolongado e taxas de transtornos mentais.	O método consistiu em uma abordagem de investigação narrativa. Em seguida, os dados foram revisados, codificados, categorizados (individualmente e depois coletivamente) e analisados tematicamente para fornecer uma análise sumativa.
População	12 Cuidadores principais de doentes oncológicos cuidados no seu domicílio.	162 Cuidadores enlutados de doentes oncológicos	10 Cuidadores de doentes falecidos com cancro numa única instituição.
Resultados	As entrevistas revelaram não só manifestações de luto resolvido, mas também mecanismos de defesa na maioria dos cuidadores e sentimentos de culpa e culpa - indicativos de luto não resolvido. O luto disfuncional é um diagnóstico presente que pode surgir entre os principais cuidadores.	Foram identificados 5 fatores: "Desafios de se conectar com os outros", "Desafios de mudança", "Desafios de imaginar um futuro promissor", "Desafios de aceitar a perda" e "Desafios de culpa". Maior endosso dos desafios do luto pode ser prejudicial para a população do estudo.	Seis temas foram capturados. Um deles foi "Navegar nos últimos dias e no período inicial de luto forjado com culpa e encerramento". Os cuidadores vivenciaram sofrimento e culpa relacionados à perda de seu papel de cuidador. É necessário o preparo dos cuidadores. O estudo mostrou a frequência de visitas/experiências espirituais durante o luto.

Quadro 1 Resumo dos artigos elegíveis

1.4 DISCUSSÃO

A discussão surge a partir da interpretação e síntese dos resultados, é nesta fase, onde se comparam os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Desta forma, para além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros (Souza, et al. 2010).

No decorrer da análise dos artigos, foi possível obter diversas características da culpa sentida pelos cuidadores informais, especificamente os sentimentos de culpa, os motivos de culpa, as características de culpa, os fatores predisponentes da culpa, as consequências da culpa e a resolução da culpa. Desta forma, e ao longo dos próximos subcapítulos, precedesse à discussão dos resultados com bases nos resultados obtidos.

1.4.1 Vivências de Culpa

Em resposta à principal questão de investigação, foram encontradas na amostra 7 vivências de culpa no cuidador informal enlutado por cancro (Quadro 2). São elas: 1) *Perturbação ambiental*, 2) *Sofrimento*, 3) *Camuflagem da culpa em outros sentimentos*, 4) *Distress*, 5) *Sobrecarga*, 6) *Preocupação com o que os outros poderão pensar sobre si por terem novas relações de amizade* e 7) *Perceção de egoísmo por construir novas relações e atividades*.

De acordo com Gallardo *et al.* (2003), as duas primeiras vivências (a 1) *Perturbação ambiental*, que o autor considera serem alterações que ocorrem e que afetam o equilíbrio do pós-cuidador de forma negativa e o 2) *Sofrimento*) encontram-se associadas a duas caracterizações de motivos de culpa: a *Partida desejada* e o *Desejo que tudo acabe o quando antes* (Quadro 3). Contudo, a definição de *Perturbação ambiental*, não é clara:

La pérdida deseada es la que se toma de referencia como parte del marco teórico de nuestra investigación, es la situación típica en familiares cercanos de enfermos fallecidos tras larga y penosa convalecencia, como por ejemplo ciertos procesos oncológicos. En estas situaciones se produce tal estado de perturbación ambiental y sufrimiento que el cuidador principal descubre su deseo de que todo termine cuanto antes. En estos casos, una vez ocurrido el fallecimiento, estará presente de manera muy significativa el sentimiento de “la culpa”.

De acordo com os mesmos autores, a culpa poderá apresentar-se camuflada (3) em outros sentimentos, tais como a indiferença, o rancor e a depressão.

Por sua vez, Walsh et al. (2020) apresentam o 4) *Distress* e a 5) *Sobrecarga* como duas vivências associadas à culpa, diretamente associadas à exigência da trajetória de cuidados.

Trevino et al. (2018) destacam no seu estudo a 6) *Preocupação com o que os outros poderão pensar sobre si por terem novas relações de amizade* e a 7) *Percepção de egoísmo por construir novas relações e atividades como vivências associadas à culpa*, sendo estas duas vivências associadas à perda do papel anterior (o de cuidador) e à construção, por conseguinte, de um novo papel no mundo interno e externo da pessoa que cuidou.

As vivências apresentadas apenas encontraram-se associadas a um artigo, não havendo repetição de vivências na amostra apresentada ($f = 1$)

Questão de investigação: Quais são as vivências de culpa do cuidador informal enlutado por cancro? <i>(f= frequência com que a categoria foi identificada na amostra)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
VIVÊNCIAS DE CULPA	↓	↓	↓	<i>f</i>
1) Perturbação ambiental	•			1
2) Sofrimento	•			1
3) Camuflagem da culpa em outros sentimentos (como a indiferença o rancor e a depressão)	•			1
4) <i>Distress</i>			•	1
5) Sobrecarga			•	1
6) Preocupação com o que os outros poderão pensar sobre si por terem novas relações de amizade.		•		1
7) Percepção de egoísmo por construir novas relações e atividades		•		1

Quadro 2 Vivências de culpa do cuidador informal enlutado por cancro

1.4.2 Motivos de Culpa

De acordo com a amostra, são 10 as motivações para o cuidador informal enlutado por cancro sentir culpa (Quadro 3). A destacar: a 1) *Partida desejada*, o 2) *Desejo que tudo acabe o quanto antes*, o 3) *Não ser capaz de dizer à pessoa cuidada o que queria em vida*, a 4) *Convicção de não ter feito o suficiente pela pessoa cuidada em vida*, a 5) *Perceção de falta de força para ter estado presente junto à pessoa cuidada na altura do óbito*, a 6) *Perceção de pouco tempo disponibilizado*, o 7) *Não se ter despedido/ não ter estado presente nos últimos momentos de vida do ente querido*, a 8) *Perceção de traição por envolver-se em novas tarefas ou iniciar novos relacionamentos após o óbito*, a 9) *Responsabilidade na tomada de decisão e seus resultados* e por fim o 10) *Seguir em frente com a sua vida após o óbito*.

A 6) *Perceção de pouco tempo disponibilizado* e o 7) *Não se ter despedido/ não ter estado presente nos últimos momentos de vida do ente querido* apresentam-se como as duas motivações para o cuidador informal enlutado por cancro sentir culpa mais referidas na amostra ($f=2$).

Questão de investigação: <i>Quais são os motivos que conduzem o cuidador informal enlutado por cancro a sentir culpa?</i> <i>(f= frequency in which the category was identified in the sample)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
MOTIVOS DE CULPA	↓	↓	↓	<i>f</i>
1) Partida desejada	•			1
2) Desejo que tudo acabe o quanto antes	•			1
3) Não ser capaz de dizer à pessoa cuidada o que queria em vida.	•			1
4) Convicção de não ter feito o suficiente pela pessoa cuidada em vida	•			1
5) Perceção de falta de força para ter estado presente junto à pessoa cuidada na altura do óbito	•			1
6) Perceção de pouco tempo disponibilizado	•		•	2
7) Não se ter despedido/ não ter estado presente nos últimos momentos de vida do ente querido	•		•	2
8) Perceção de traição por envolver-se em novas tarefas ou iniciar novos relacionamentos após o óbito		•		1
9) Responsabilidade na tomada de decisão e seus resultados		•		1
10) Seguir em frente com a sua vida após o óbito		•		1

Quadro 3 Motivos de culpa do cuidador informal enlutado por cancro

1.4.3 Características da Culpa

São 8 as características da culpa experienciada pelo cuidador informal enlutado por cancro na amostra apresentada (Quadro 4).

A primeira característica, é intrínseca à própria culpa: 1) A culpa é um processo intrapessoal, e não interpessoal (Gallardo et al., 2003).

Por sua vez, as restantes características demonstram a relação forte entre a culpa e a vivência do processo de luto. Sendo assim, e de acordo com Trevino et al. (2018) 2) A culpa é um desafio no luto.

Já Gallardo et al. (2003) afirma que 3) A culpa é o sentimento mais presente no luto não resolvido, patológico ou disfuncional, e que 4) A sua resolução não é dependente da presença do defunto. Para além do descrito, os autores supracitados afirmam que a o processo de elaboração de um luto saudável é constituído por 4 objetivos: a ‘Aceitação,’ a ‘Conexão com a dor e a raiva’, ‘Limpeza e saneamento da relação (culpa), e a ‘Despedida Agradecida’. (p. 63). De acordo assim com as suas afirmações, foi possível concluir por inferência/ categorização que a culpa 7) É impeditiva da resolução de um luto saudável - obstáculo na fase de ‘Limpeza e saneamento da relação’ e é 8) É impeditiva da resolução de um luto saudável - obstáculo na fase de ‘Despedida grata’.

Outra consideração relativamente à temática das características da culpa diz respeito à sua temporalidade no luto. Nos estudos de Trevino et al. (2018) e Walsh et al. (2020) é possível concluir que a culpa 5) Pode estar presente nos dias que antecipam a morte do ente querido, e numa fase de luto efetivo precoce, sendo esta a característica mais frequente na amostra (f=2). Contudo, Walsh et al. afirma também que a culpa 6) Pode estar presente num período longo após o óbito do ente querido.

Questão de investigação: <i>Como se caracteriza a culpa sentida pelo cuidador informal enlutado por cancro?</i> <i>(f= frequency in which the category was identified in the sample)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
CARACTERÍSTICAS DA CULPA	↓	↓	↓	<i>f</i>
1) A culpa um processo intrapessoal	•			1
2) A culpa é um desafio no luto		•		1
3) A culpa é o sentimento mais presente no luto não resolvido, patológico ou disfuncional	•			1
4) A sua resolução não é dependente da presença do defunto	•			1
5) Pode estar presente nos dias que antecipam a morte do ente querido, e numa fase de luto efetivo precoce.		•	•	2
6) Pode estar presente num período longo após o óbito do ente querido			•	1
7) É impeditiva da resolução de um luto saudável - obstáculo na fase de 'Limpeza e saneamento da relação'	•			1
8) É impeditiva da resolução de um luto saudável - obstáculo na fase de 'Despedida grata'.	•			1

Quadro 4 – Características da culpa experienciada pelo cuidador informal enlutado por cancro

1.4.4 Fatores predisponentes da culpa

Na amostra da revisão realizada foram identificados 4 fatores que predispõe o cuidador informal a sentir culpa (Quadro 5), sendo que os três primeiros fatores relatados por Trevino et al. (2018) dizem respeito às características do próprio cuidador informal enlutado: o 1) *Ser cônjuge*, o 2) *Ser do género feminino* e a 3) *Idade*.

Por sua vez, Walsh et al. (2020) apresenta outro fator predisponente de culpa: a 4) *Perda do papel de cuidador e consequente transição para o papel de pós- cuidador*.

“Caregivers also experienced distress and guilt related to the loss of their caregiver role” (p. 1);

"(...) guilt not only related to the loss of the person, but as a caregiver.”
(p.4)

“This shift from a caregiver role to an uncertain role post death serves as another potential loss that may contribute further to these feelings. This is an important area to further understand in considering caregiver health.” (p.4)

(...) or a loss of responsibility altogether (that of caregiver). This latter group reported more guilt (...) (p. 4)

Deste modo, os autores afirmam que os cuidadores informais experienciam, aquando o óbito dos seus entes queridos, um processo de transição caracterizado pela perda de um papel anterior (o de cuidador), e a construção de um novo papel (o de pós-cuidador), o que poderá induzir culpa.

Questão de investigação:				
<i>Quais são os fatores predisponentes de culpa no cuidador informal enlutado por cancro?</i>				
<i>(f= frequency in which the category was identified in the sample)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
	↓	↓	↓	<i>f</i>
FATORES PREDISPOONENTES DE CULPA				
1) Ser cônjuge		•		1
2) Ser do género feminino		•		1
3) Idade		•		1
4) Perda do papel de cuidador e consequente transição para o papel de pós- cuidador			•	1

Quadro 5 Fatores predisponentes de culpa no cuidador informal enlutado por cancro

1.4.5 As consequências da Culpa

De acordo com os resultados da amostra, sentir culpa poderá assumir consequências nefastas para o cuidador informal enlutado por cancro (Quadro 6).

Segundo Gallardo et al. (2003) e Trevino et al. (2018), 1) A culpa é um indicador/fator de risco de luto patológico ($f=2$), revelando que a culpa assume um papel preponderante na construção e vivência de um luto.

Trevino et al. (2018) vão mais longe nas suas considerações e afirmam que existe uma relação entre a culpa e a 2) *Diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental*, assumindo uma 3) *Maior probabilidade de cumprir critérios de uma saúde mental comprometida*. Do mesmo modo, estes autores afirmam que 4) *A culpa*

pode interferir com a resposta a tratamentos do âmbito do foro mental.

Questão de investigação: <i>Quais são consequências para o cuidador informal enlutado por cancro ao sentir culpa?</i> <i>(f= frequency in which the category was identified in the sample)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
	↓	↓	↓	<i>f</i>
CONSEQUÊNCIAS DA CULPA				
1) A culpa é um indicador/ fator de risco de luto patológico	•	•		2
2) Diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental		•		1
3) Maior probabilidade de cumprir critérios de uma saúde mental comprometida		•		1
4) A culpa pode interferir com a resposta a tratamentos do âmbito do foro mental		•		1

Quadro 6 Consequências da culpa no cuidador informal enlutado por cancro

1.4.6 A resolução da culpa

Em termos gerais, as categorias relativas à forma como os autores preconizam a resolução da culpa dividem-se em duas partes: a primeira diz à declaração da sua necessidade a segunda, à especificação de propostas de intervenção (Quadro 7).

Deste modo, Trevino *et al.* (2018) considera que existe uma necessidade clara em avaliar a culpa no luto (1), sendo esta uma das possíveis intervenções. Para além do mais, os autores afirmam que existe a necessidade de intervir para a sua resolução (2), o que é corroborado por Walsh *et al.* (2020) ($f=2$).

Contudo, apenas Gallardo *et al.* (2003) apontam a metodologia de resolução da culpa. De acordo com os autores, a resolução da culpa passa por mobilizar o perdão para transmutar a culpa em compreensão (3), e reconverter essa mesma compreensão em agradecimento.

Questão de investigação: <i>Quais são as considerações dos autores sobre a forma como o cuidador informal enlutado por cancro pode resolver a culpa?</i> <i>(f= frequency in which the category was identified in the sample)</i>				
AMOSTRA	STUDY (1)	STUDY (2)	STUDY (3)	
RESOLUÇÃO DA CULPA	↓	↓	↓	<i>f</i>
1) <u>Necessidade</u> : avaliar a culpa no luto		•		1
2) <u>Necessidade</u> : Intervir na resolução da culpa no luto		•	•	2
3) <u>Intervenção</u> : Mobilizar o perdão para reconverter a culpa em compreensão	•			1
4) <u>Intervenção</u> : Reconverter a compreensão em agradecimento	•			1

Quadro 7 Resolução da culpa no cuidador informal enlutado por cancro

1.5 CONCLUSÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

A amostra constituinte da revisão proposta permitiu responder às questões de investigação delineadas. Contudo, nenhum deles tinha como objetivo de estudo as suas respostas. A culpa apresentou-se assim como um elemento de estudo nos artigos enunciados, e as considerações de si tecidas fruto e cerne das suas conclusões.

Deste modo, não foram encontrados artigos que respondem diretamente às questões de investigação enunciadas na revisão. Contudo, a forma como a culpa foi conduzida como elemento de estudos na amostra enunciada permitiu a extração de dados por parte dos revisores. Tal foi realizada com recurso à técnica de análise de conteúdo, que permitiu extrair dados através das considerações e conclusões dos autores, assim como dos exemplos por si dados de cuidadores informais enlutados por cancro em discurso direto.

A necessidade da realização de um estudo construído neste sentido, apresenta-se como uma das conclusões da presente revisão: é necessário compreender quais são as vivências de culpa nos cuidadores informais enlutados por cancro. É preciso saber mais sobre os motivos que os levam a sentir culpa. É necessário compreender exatamente quais são as características e as consequências dessa mesma culpa, e quais serão os fatores que a predispõe na sua globalidade. Não menos importante, e face às consequências identificadas, é necessário saber como intervir para resolver a culpa. O facto de os dados conseguirem ter sido mapeados na amostra identificada (que já por si, não é ampla), não

estabelece que estes elementos constitutivos da culpa se encontram completamente identificados face à complexidade da problemática.

Do mesmo modo, o facto de alguns dos dados mapeados serem identificáveis em mais do que um artigo (os $f=2$), não revela per si qualquer evidência sobre a prevalência desses aspetos no fenómeno da culpa.

Apesar das limitações supracitadas, foram identificadas 7 vivências de culpa, 10 motivos que a despoletam, 8 características sobre o fenómeno, 4 fatores predisponentes, 4 consequências possíveis da sua vivência, e foram tecidas 4 considerações sobre a metodologia proposta para a sua resolução.

Como possível estratégia para mitigar as lacunas no conhecimento identificadas, os revisores recomendam a realização de estudos qualitativos, fenomenológicos, que permitam responder às questões de investigação propostas junto dos que vivem o fenómeno em si: os cuidados informais enlutados por cancro, sabendo que, já por si, pouco se encontra estudado sobre a população visada.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS

O presente capítulo tem por objetivo analisar de modo crítico e reflexivo as vivências decorridas ao longo dos estágios, demonstrando como foram atingidos os objetivos delineados, dando ênfase ao crescimento pessoal e profissional que atingi. Pretendo demonstrar as competências adquiridas ao longo deste percurso, tendo por base as definidas no perfil de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica que se encontram regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (Regulamento nº140/2019), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018) e as Competências de Mestre definidas no Diário da Republica (Decreto-Lei nº 74/2006).

As competências na área de Enfermagem ilustram a conjugação entre a abordagem interpretativa e ilustrativa das situações vividas e uma descrição dos conhecimentos da prática vivenciada. A aquisição de competências corresponde portanto à junção entre a teoria e a prática (Benner, 2001). Para Boterf (2003), a competência situa-se em três eixos formados pela pessoa (biografia e socialização), pela formação/educação e pela experiência profissional, considerando também que a competência é um saber agir profissional responsável, reconhecido pelos pares. O desenvolvimento de competências ocorre através de uma prática reflexiva contínua baseada na evidência científica. É da reflexão sobre o observado e vivenciado através de práticas reais que o profissional é capacitado para enfrentar e a tomar decisões sobre novas situações complexas, gerando conhecimento que irá reforçar o que foi adquirido academicamente (Netto, et al. 2018). Neste sentido, pretende-se que este trabalho reflexivo seja considerado como um instrumento que possa validar as competências de Enfermeiro Especialista adquiridas ao longo de todo este percurso.

Os cuidados especializados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, são definidos como sendo cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa que apresente uma

ou mais funções vitais em risco imediato, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, mais especificamente “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018, p.19362). Também é competência a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Deste modo, o meu percurso para desenvolvimento de competências foi repartido em dois contextos clínicos distintos mas que se complementam nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica. O primeiro estágio foi realizado num Serviço de Urgência Geral (SUG), o segundo realizou-se num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ambos pertencentes a uma Unidade Hospitalar Central de Lisboa. Para cada um dos contextos elaborei, ao longo dos primeiros turnos, um projeto de estágio a desenvolver no decorrer do mesmo, projetei objetivos específicos que pretendia alcançar em cada contexto, e um objetivo geral em comum aos dois estágios, sendo este “*Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica*”. Este projeto serviu como guia orientador ao longo de todo o estágio, e permitiu-me uma articulação entre a intenção de realizar algo e a realização do mesmo, tal relação que existe entre a teoria e a prática.

Ao longo dos próximos subcapítulos irei proceder à descrição e análise destes dois contextos de estágio separadamente e pretendo demonstrar a evolução de aprendizagem construída ao longo de ambos, assim como, a descrição das vivências que foram fulcrais no meu desenvolvimento a nível pessoal e profissional e consequente aquisição de competências como enfermeira especialista.

2.1 CONTEXTO DE ESTAGIO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Para realizar o meu primeiro estágio - *Estágio de Vigilância e Decisão Clínica*, optei pelo Serviço de Urgência Geral de uma Unidade Hospitalar Central de Lisboa, durante o período de 29 de abril a 11 de junho de 2022, tendo a carga horária de 180 horas de contacto, acompanhando o horário laboral do Enfermeiro Orientador e 70 horas de trabalho individual, correspondendo a 12 ECTS.

O SUG onde estagiei está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Centro de Trauma (Despacho nº10319/2014, p.20673). Foi criado no decorrer do ano 1961 primeiramente como serviço de urgência externa, contudo apenas em 1988 se dá a sua autonomia com a formação de uma equipa. Em 2003 foi criada uma equipa de Medicina interna fixa alocada ao SUG e isto permitiu várias reformulações no funcionamento do serviço em geral, com a abertura de salas de reanimação, a inclusão da componente cirúrgica e o desenvolvimento da assistência ao trauma. Neste mesmo ano deu entrada em funcionamento a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que foi integrada neste mesmo serviço.

O SUG funciona de forma ininterrupta ao longo de todos os dias do ano, dando resposta a todas as pessoas com idade superior a 18 anos, urgentes de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, bem como os doentes menores de 18 anos vítimas de trauma que são acolhidos no serviço de SUG, pois o serviço de urgência pediátrico não tem sala de reanimação. Apenas as especialidades de Dermatologia e Oftalmologia não funcionam ininterruptamente pois alternam com outra Unidade Hospitalar da região de Lisboa. Os doentes do foro pediátrico e ginecológico-obstétrico tem um serviço de urgência próprio. Para além de receber os doentes pertencentes a esta área de intervenção, recebe também doentes provenientes de outros Hospitais Distritais que não possuem determinadas especialidades, trata-se portanto de um campo de estágio rico de situações geradoras de conhecimento e promotoras de aquisição de competências. O SUG é composto por diversos sectores: uma pequena área, onde é realizada triagem segundo a Triagem de Manchester, duas salas de reanimação com capacidade para 3 camas e possibilidade de ventilação invasiva (doentes emergentes), sala de doentes muito urgentes, sala de doentes que englobam os urgentes, pouco urgentes e não urgentes, uma sala de observação com capacidade com monitorização contínua electrocardiográfica, pressão arterial tanto invasiva como não invasiva, saturação periférica de O₂, sala de tratamentos, pequena cirurgia, sala de observação de ortopedia. Existe ainda, uma sala onde os doentes permanecem para realização de Métodos Complementares de Diagnóstico, Laboratório de Análises Clínicas, e sala destinada ao serviço social. O SUG tem sempre apoio de um bloco operatório (Bloco de Urgência Central).

Devido à situação de pandemia, em particular nas fases do pico da mesma em que recorriam à urgência um grande número de doentes e existiam grandes limitações no número de profissionais, foi criado um espaço específico para doentes de foro respiratório

fora do espaço físico da urgência central e também criado um sistema com base na triagem de catástrofe onde se tentou assegurar tanto a priorização do atendimento para os que mais necessitam como uma distribuição justa dos recursos, de modo que os profissionais de saúde consigam “*fazer o máximo pela maioria*” (Silva et al., 2015, p.255). A criação deste espaço pretendia também o isolamento das pessoas com doença SARSCoV-2, evitando o contágio para os restantes doentes do SU. Este espaço funciona com a mesma equipa do SUG, sendo composto por uma pequena sala de triagem onde se encontra um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Operacional e três salas de tratamento para a necessidade de fazer pequenos tratamentos. No caso de o doente necessitar de um acompanhamento/tratamento mais prolongado existem duas salas interligadas com capacidade para colocar doentes em isolamento. Todas as unidades, que compõem este setor, à semelhança com a sala de observação do SUG permitem a monitorização dos doentes a nível electrocardiográfica, pressão arterial não invasiva, saturação periférica de O₂. Neste espaço existe também uma sala de reanimação para doentes emergentes, equipada com todo o material necessário. Por serem doentes que devem manter critérios de isolamento respiratório, existe também uma sala com equipamento para realização de Tomografia Computorizada (TAC), evitando assim que o doente tenha que se deslocar para o exterior deste espaço.

Ao longo do estágio fui gerindo com a Enfermeira Orientadora os sectores onde seria mais expressiva a intervenção de Enfermagem do ponto de vista de oportunidades de aprendizagem e reflexão para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado ao Doente em Situação Crítica. Apesar disto, tive oportunidade de conhecer todos os setores e perceber a importância do enfermeiro especialista em cada um deles, devo realçar a capacidade de adaptabilidade do Enfermeiro do SUG para cada situação, visto que todos os setores são díspares e complexos, o que obriga a que o Enfermeiro esteja sempre apto e preparado para as diversas situações.

Durante as primeiras semanas de estágio, fiquei a conhecer o espaço físico do SUG e a dinâmica do mesmo, desta forma delineei objetivos específicos que sustentassem o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista, nomeadamente: *Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica em contexto de trauma*; e *Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica em contexto de AVC*.

Este estágio permitiu-me participar várias vezes na admissão dos doentes no SUG, onde pude compreender que o primeiro contacto do doente é feito com o Enfermeiro. Na realidade portuguesa, são os enfermeiros os responsáveis pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM), sendo imprescindível que desenvolvam competências no contexto desta intervenção. A metodologia consiste na identificação dos sinais e sintomas que o utente apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. Este processo de triagem permitiu-me ter contato direto com as pessoas doentes e as famílias/cuidadores, e apesar do mesmo ter de ser realizado de forma rápida e do pouco tempo para aprofundar a comunicação e desenvolver um processo de Enfermagem, consegui perceber as dinâmicas familiares, assim como a forma como cada pessoa/família/cuidador vivencia o processo de doença.⁴ No contacto que estabeleci, observei o processo de transição saúde/doença, que é definido por Meleis (2012) como transições que ocorrem na pessoa, como mudanças repentinas de função, que resultam da mudança de um estado de saúde para uma doença aguda, sendo os enfermeiros sem dúvida elementos facilitadores para a promoção de uma transição saudável.

Uma das situações que mais me marcou enquanto procedia à realização do STM foi uma situação de violência doméstica. Acolhi uma doente com sintomas de parestesias nos membros superiores após trauma, que se encontrava bastante ansiosa e chorosa. Ao iniciar a triagem a doente explicou-me que tinha sido vítima de violência doméstica e que o agressor também se encontrava no mesmo Hospital, pois ambos ligaram para o número europeu de emergência médica que os encaminhou para este SU. Procurei no sistema para que sector tinha sido triado o agressor, e confirmei que estava nos doentes urgentes. Ao aplicar o fluxograma perante as queixas apresentadas a doente também recebeu a categoria de urgente. Contactei a polícia, que está sempre presente no SU e acordámos separar a vítima do agressor de modo a protegê-la, encaminhando-a de imediato para os muito urgentes e pedindo para a equipa médica a observar.⁵ É muito importante que durante a triagem seja sempre respeitada a privacidade dos doentes, sobretudo neste contexto de violência onde devem ser geridas as fragilidades da vítima, por meio de uma abordagem holística, onde comunicação tem mais uma vez um aspeto fundamental, pois o contato inicial entre o Enfermeiro e a vítima está dificultada em virtude desta estar

⁴ “Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” – Regulamento nº429/2018

⁵ “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” - Regulamento nº429/2018

fragilizada e com medo, no entanto ao aplicar um atendimento humanizado torna a abordagem mais fácil (Silva et al., 2014)⁶.

No decorrer do estágio, foram vários os contatos que tive com pessoa em situação crítica e que triei através da STM, onde ativei vias verdes de forma a encaminhar e consequentemente iniciar um tratamento o mais rápido possível. Relativamente ao Sistema de Resposta Rápida, denominadas Vias Verdes, o SUG está capacitado conforme o Despacho nº10319/2014 com a existência de Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Sépsis no Adulto Via Verde de Acidente Vascular Cerebral, sendo que esta última tem como constrangimento que o SUG deste hospital apenas tem o tratamento terapêutica endo-venosa (TEV) a funcionar dois dias por semana, sendo outros dois dias assegurados por outro Hospital central e o quinto dia por um Hospital da periferia, sem que ao fim de semana exista rotatividade entre Hospitais. Todas as vias verdes podem ser ativadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e encaminhados para os Centros Hospitalares de referência, ou ativados a qualquer momento no SUG. Durante o estágio no SUG apenas não tive oportunidade de presenciar a ativação da Via Verde Sépsis no Adulto. Todos os doentes que têm critérios para ativação da Via Verde são encaminhados diretamente para a Sala de Reanimação (SR).

A SR foi o espaço onde decorreu maioritariamente o meu estágio, pois é repleto de situações ricas de aprendizagem intrínsecas à prestação de cuidados enquanto Enfermeira Especialista à Pessoa em Situação Crítica. É um local de exceção onde existe um elevado potencial para a aquisição de conhecimento e consequente desenvolvimento de competências inerentes a esta especialidade. No contacto com os doentes admitidos na SR pude testemunhar a vulnerabilidade associada à doença aguda, ou à descompensação da doença crónica, uma transição de uma vida independente para um grau de dependência elevado e, por vezes, com risco de perder a vida. Foram inúmeras as situações de emergência que vivenciei na SR, nestas situações pude observar e comprovar que a rapidez, eficiência, os conhecimentos e coordenação de cada elemento da equipa são essenciais para a eficácia dos cuidados prestados ao doente em risco de vida.⁷ Outro fator essencial à eficácia dos cuidados à Pessoa em situação crítica é a preparação da sala, sempre que iniciava o turno, percorria a mesma a certificar que todo o material estava

⁶ “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” - Decreto-Lei nº 74/2006

⁷ “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” - Decreto-lei nº 74/2006

apto para utilização, verificava a necessidade de realização dos testes aos equipamentos de suporte avançado de vida e se os carros de urgência estavam selados, sinal que estavam repostos e prontos a utilizar.⁸

A abordagem à pessoa em situação crítica é caracterizada pelo estabelecimento de prioridades após uma avaliação inicial, a qual tem por objetivo identificar rapidamente compromisso de funções vitais ou lesões que possam comprometer a vida, durante a permanência na SR, considero que desenvolvi e aprimorei a minha capacidade de avaliação a avaliação primária do ABCDE conforme é preconizado pela American Heart Association (Jauch et al, 2013): o “A - *Arway*” consiste na observação da permeabilidade da via aérea; o “B - *Breathing*” consiste na ventilação devemos observar se o doente ventila e a oxigena de forma eficaz; no “C - *Circulation*” avalia a função circulatória, observa-se o pulso, a pele e verificar a existência de hemorragias; o “D - *Disability*” centra-se na observação da disfunção neurológica, aplicando-se a escala de Glasgow através de questões simples e claras; e por fim o “E - *Expose/Environment*” onde se procuram sinais de traumatismo, queimaduras ou hemorragias. À chegada do doente à SR procedia sempre a esta avaliação de forma a garantir uma correta priorização dos cuidados.

Os cuidados prestados aos doentes críticos provenientes das vias verdes, permitiu-me adquirir conhecimentos e atingir os objetivos a que me propus neste campo de estágio. Relativamente ao trauma, foram poucas as situações que ocorreram durante a minha permanência no SUG, no entanto houve uma situação que me deixou a refletir e que considero que foi um dos pilares no meu crescimento pessoal e profissional. Recebemos um alerta do CODU que iríamos receber uma Via Verde Trauma, tratava-se de uma criança de 4 anos vítima de atropelamento, não nos foi transmitido quais as condições físicas da criança nem que cuidados necessitaria em específico. Iniciamos de imediato a preparação da SR, todo o material teria que ser adaptado e preparado para uma criança. A SR tem um carro de emergência pediátrico, encontra-se dividido com material para várias faixas etárias desde o recém-nascido até à adolescência, de imediato abrimos o carro e colocamos de forma visível todo o material equivalente aos 4 anos. Dividimos tarefas dentro da equipa, permitindo assim a organização do espaço no menor tempo possível, enquanto as colegas organizavam o material do carro de urgência, eu fui preparando o ventilador, visto que as traqueias que estão sempre colocadas são para

⁸ “Planeia resposta à situação de catástrofe” – regulamento nº429/2018

adultos e a funcionalidade de ventilação também está pré definida para adultos. Senti que a equipa estava bastante ansiosa, no entanto preparada para a chegada da criança. Para além da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais, já se encontrava na SR uma equipa médica de diversas especialidades e uma máquina e técnico de meios complementares de diagnóstico para realização de RX. Uma Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica assumiu de imediato a liderança da equipa e distribuiu os restantes elementos, uma na Ventilação, outro no Carro de urgência e mais dois para os restantes cuidados que fossem necessários.⁹

À chegada da criança, vinha acompanhada pela equipa da VMER, já sob ventilação invasiva, no entanto instável a nível hemodinâmico, toda a equipa começou a fazer o que lhe tinha sido atribuído, sendo que eu fiquei no carro de urgência e preparei toda a medicação que me foi solicitada, no entanto foi sem duvida um trabalho em equipa com o médico anestesista, pois por se tratar de uma criança e os meus conhecimentos enquanto profissional serem dirigidos para adultos, desconheço as dosagens de administração dos fármacos. A criança apresentava à chegada um pneumotórax hipertensivo bilateral, tendo sido colocadas drenagens torácicas de imediato o que promoveu a estabilidade respiratória, foi também cocada uma sonda nasogástrica em drenagem passiva, evitando a aspiração de conteúdo gástrico, colocada uma drenagem vesical para contagens de débitos urinários e colocado um cateter venoso central para administração de medicação. Após a estabilização hemodinâmica da criança, foi transferida para a unidade de cuidados intensivos pediátricos.

Após a estabilização hemodinâmica da criança e existirem condições para a transferência do mesmo, olhei na direção de uma pequena janela junto à entrada da SR e vi um homem encostado a tentar espreitar para dentro da sala, senti na sua expressão facial medo e preocupação, questionei quem era ao qual me responderam que era o pai da criança. De imediato saí, falei com o familiar e tentei diminuir aquela angústia, naquela fase pouco haveria a dizer sobre a criança e o prognóstico, no entanto o pai sentiu-se confortado em saber que estava bem. Solicitei à equipa se o pai poderia ver a criança ao qual responderam prontamente que sim. A família apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional, experienciando uma das situações mais stressantes que alguma vez vivenciou, pelo que os enfermeiros, sendo os profissionais mais capacitados para intervirem nestas situações devido à proximidade que

⁹ “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

criam com o doente e família, devem apoiar emocionalmente a mesma (Sá, et al. 2015). Com o confronto com esta situação, tornou-se claro, para mim enquanto enfermeira, que confortar por via da informação é apoiar os processos de transição da pessoa que vivencia uma situação complexa de doença crítica (Meleis, 2012).¹⁰

Segundo Lei nº 15/2014 de 21 de Março, o doente tem direito a acompanhamento durante a permanência no serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde, sendo que a Lei prevê também que o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos, o que pela natureza deste tipo de doentes e da ansiedade e medos provocados pela família, a presença da mesma durante os procedimentos pode comprometer a atuação dos profissionais de saúde. Em Portugal é pouco discutido a presença ou não das famílias nas SR, no entanto a nível internacional tem sido objeto de estudo, ao qual apresentaram posições institucionais favoráveis à presença de familiares em situações de reanimação e procedimentos invasivos (Batista, et al., 2017). Devido ao tipo de cuidados prestados na SR, as necessidades das famílias são muitas vezes colocadas em segundo plano, visto que neste contexto os enfermeiros tendem em valorizar as necessidades da Pessoa em Situação crítica (Sá, et al. 2015). Ao longo do estágio foram diversas as vezes em que as famílias estiveram junto dos doentes, mesmo este estando inconsciente ou sob medicação sedativa, no entanto vivência estas situações de forma muito intensa e o facto de poder estar próximo do seu ente querido tranquiliza a família. O doente de forma inconsciente, muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação enquanto a família vivencia esta situação limite em que está associado diretamente o risco de vida (Sá, et al. 2015). Cabe ao Enfermeiro desmistificar e explicar tudo o que está a ocorrer com o doente e a função de cada equipamento, é essencial a existência de comunicação e interação do enfermeiro com o doente e família de forma a obter a sua confiança e definir um melhor plano de cuidados (Meleis, 2012).¹¹

Relativamente ao segundo objetivo específico que me propus desenvolver, considereei ser importante abordar a intervenção de enfermagem junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a sua família, uma vez que esta doença é uma das maiores causas de morte e de incapacidade permanente em Portugal, prevendo-se que até 2035 o crescimento do número de óbitos por AVC em 45% (Cernadas, 2021). O doente e família necessitam de cuidados especializados que lhes permitam ultrapassar esta

¹⁰ “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

¹¹ “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

situação complexa da melhor forma. Sendo de conhecimento científico que as sequelas do AVC podem causar grande incapacidade psicomotora é exigido, cada vez mais, uma rápida e eficaz intervenção dos serviços de saúde, alicerçada nos seus profissionais, onde inclui o Enfermeiro. É essencial que o Enfermeiro do SUG consiga reconhecer precocemente os sinais e sintomas do AVC, de forma a ativar o mais rápido possível a via verde AVC e diminuir o tempo que medeia entre o início de sintomatologia e o tratamento. (Pereira et al., 2017).

No caso do doente com AVC, uma triagem realizada de forma adequada representa um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das vítimas de AVC (Pereira et al., 2017), torna-se essencial para a recuperação do doente que o tempo entre o alerta, a ativação da via verde e o encaminhamento para o Hospital de referência com consequente início de tratamentos seja o mais breve possível, garantindo assim o aumento da possibilidade de eficácia dos mesmos. Como refere Barreira et al. (2019), existe um paradigma que refere que o Tempo é Cérebro.

Uma das questões mais preocupantes na ativação da via verde AVC, prende-se, na maior parte dos casos pela dificuldade da identificação a hora correta de início da sintomatologia, sendo que literatura refere que o tempo para início do tratamento fibrinolítico não deve exceder as 4h30 e a terapêutica endo-vascular às 6h (Ponce & Mendes, 2021). Foram diversas as situações que acompanhei em que não se conseguia definir concretamente a hora de início da sintomatologia, o que condiciona diretamente o tratamento, no entanto segundo a *European Stroke Organisation* foram feitos vários estudos que evidenciam que em doentes com especificidades neurológicas, menos de 80 anos de idade e obstrução relatada em exames imagiológicos da artéria cerebral M1, há evidência de recuperação em parte dos casos (Berge et al., 2021), pelo que se opta pela realização do tratamento na tentativa de diminuição das sequelas pós AVC.

Uma das situações que vivenciei e que foi motivo para a realização de uma reflexão crítica, refere-se a uma doente que chegou à urgência trazida pelos bombeiros, apresentava hemiparesia à direita, afasia, desvio da comissura labial e edema palpebral à direita. Tinha sido encontrada em casa caída no chão pela filha que menciona ter falado com a mãe cerca de 6h antes e que estaria tudo bem, pelo que não se consegue determinar a hora aproximada do episódio. Quando a doente chegou, realizei de imediato a triagem e assumi de imediato os cuidados, contactei a neurologia de urgência de forma a ativar a Via Verde AVC uma vez que não tinha sido ativada anteriormente. Seguidamente

contactei a equipa de Neurologia para vir avaliar a situação clínica da doente, monitorizei hemodinamicamente de forma a manter uma rigorosa avaliação dos parâmetros vitais, que se mantiveram sempre dentro dos parâmetros normais. À chegada da equipa médica de neurologia onde pude observar e colaborar na avaliação neurológica, de seguida transferimos a doente para a TAC Crânio encefálica e Angio-TAC de forma a avaliar imagiológicamente a gravidade da lesão cerebral. A doente vai sempre acompanhada por um Enfermeiro e pelo Neurologista, antes da transferência para o exame expliquei à doente todo o procedimento que iria decorrer. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem que respeitar a capacidade de autonomia e autodeterminação doente e, conseqüentemente, a sua dignidade, possuiu o dever ético, deontológico e legal de informar de forma esclarecida acerca das intervenções indispensáveis no seu processo de transição saúde-doença. O doente tem sempre o direito a receber ou recusar os cuidados de saúde (Lei de Bases da Saúde Lei nº 48/90, alterada pela Lei nº 27/2002).

Durante a realização do exame mantivemos a vigilância através da observação da doente e do monitor por uma janela exterior à sala da TAC. Depois da realização dos exames imagiológicos e decisão clínica após avaliação dos mesmos, procedemos à transferência da doente para o serviço de neurorradiologia onde irá realizar a terapêutica endo-vascular. Ao chegar ao serviço, a doente é recebida pelo Enfermeiro do serviço a quem transmito toda a informação clínica da doente.

Uma das maiores dificuldades que senti durante os cuidados a esta doente em específico, foi a dificuldade na comunicação, pois ela apenas respondia com um sorriso, era muito difícil de perceber se a doente entendia o que lhe explicava, pedi para sorrir se entendesse o que lhe estava a explicar e obtive um sorriso, pelo que continuei, utilizando sempre com uma linguagem simples e concisa. A comunicação é uma das principais competências que o Enfermeiro deve desenvolver porque é através dela que se chega a quem se cuida. A Associação Nacional de Afasia (2022) define-a como um comprometimento da linguagem, que afeta a produção ou compreensão da fala e a capacidade de ler ou escrever, sendo que cabe ao profissional de saúde determinar a quantidade de funções afetadas e conseqüente fazer o possível para ultrapassar esta situação e estabelecer comunicação com o doente. Nesta situação em particular, a comunicação não-verbal revelou-se fundamental por conseguir compreender que a doente reagia ao contato, o que poderia condicionar um melhor prognóstico.¹²

¹² “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” – Regulamento nº429/2018

Como referi anteriormente, as patologias agudas estão diretamente relacionadas com o funcionamento e dinâmica familiar, neste caso em particular, quando há um diagnóstico de AVC a família surge de imediato o sentimento de medo devido ao facto de saberem que este diagnóstico afeta significativamente a vida da doente em vários níveis, incluindo físico, cognitivo, comportamental e social, mas também da própria família (Souza & Miranda, 2021). Nesta situação que descrevi, a filha esteve sempre presente, foi através dela que conseguimos colher alguma informação clínica da doente, no entanto senti que estava bastante ansiosa, insegura e preocupada com a mãe. Tentei sempre desmistificar o que estava a acontecer, expliquei o exame que a mãe fez e no que consistia o tratamento seguinte, face às naturais dúvidas que surgiram associadas ao diagnóstico e uma incerteza muito grande relativamente ao futuro, tentei esclarecer e acalmar a filha e aconselhei a ir para casa pois a doente iria ficar em recuperação e não teria visitas. Forneci ainda o contacto telefónico para onde poderiam pedir informações, desse modo foi meu objetivo assegurar que a filha encontrasse uma equipa disponível para ajudar e demonstrar o impacto da doença. O acompanhamento de enfermagem deve estar direccionado não só para os doentes mas também para a transição da família, sendo que a finalidade será sempre o bem-estar de ambos. Assim, cabe aos enfermeiros a tarefa de facilitar este caminho de cada doente/família e fornecer-lhes mecanismos que os ajudem na tomada de decisão, com reflexos de autoconfiança e autorrealização de forma a ultrapassarem as fases de transição (Santos, et al., 2015).

A Infecção Hospitalar é atualmente um grande problema de saúde pública mundial, aumentando a morbilidade e a mortalidade entre os doentes, elevando os custos hospitalares, em grande parte devido à utilização de procedimentos cada vez mais complexos (Santos et al., 2016). A Enfermagem representa um papel muito importante no controle de infeções porque são os profissionais de saúde com maior contato com os doentes (Ferreira, 2021). Na SR estamos perante situações de urgência em que o tempo é fundamental e que devemos executar as intervenções de Enfermagem de forma rápida não devemos descuidar os cuidados básicos do controlo de infeção. Segundo a norma nº029/2012 da DGS - Precauções Básicas do Controlo da Infeção, quando admitimos um doente devemos sempre assumir que este pode estar infetado e suscetível de adquirir um microrganismo, pelo que apesar de estarmos perante situações emergentes devemos manter as precauções básicas do controlo de infeção.

Na SR são muitos os procedimentos invasivos que são realizados, por exemplo, durante o período de tempo em que permaneci no estágio foram inúmeros os

procedimentos que observei, como colocação: de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, tubos orotraqueais para ventilação invasiva, drenagens torácicas, cateteres vesicais, entre outros. Todos estes procedimentos tem um elevado risco de infeção quando não procedemos aos devidos cuidados de controlo de infeção. Sempre que participei na colocação deste tipo procedimentos invasivos tive por base as normas da Direção Geral de Saúde (DGS), nomeadamente norma das Precauções Básicas do Controlo da Infeção e as normas das “Bundles” / Feixes de Intervenção de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, com o Cateter Vesical, à Pneumonia Associada à Intubação e à Infeção do Local Cirúrgico, sendo que este último apliquei quando eram realizados pequenos procedimentos cirúrgicos como suturas de lesões abertas (Normas nº 019/2015, nº 022/2015, nº 021/2015 e nº 020/2015). Estes feixes consistem num conjunto de intervenções que quando se utilizam coletivamente e continuamente pelos profissionais contribuem efetivamente para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Devido a esta fase pandémica que atravessamos provocada pelo vírus SARSCoV-2, foram diversas as vezes que estive na unidade para doentes de foro respiratório. Nesta existem diversas formas de disseminação vírus, através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados, mediante procedimentos técnicos geradores de aerossóis, além do contato direto ou indireto com pessoas, objetos ou superfícies contaminadas (Oliveira, et al, 2020), portanto ao prestar cuidados a este tipo de doentes, devemos estar ainda mais atentos ao protocolo de utilização dos equipamentos de proteção individual de forma a evitar uma infeção cruzada e consequente controlo da disseminação do vírus, como também proteger todos os profissionais envolvidos na linha de frente desta nova realidade.¹³

Para além do contato direto na prestação de cuidados, durante a permanência no setor de doentes positivos para SARSCov-2, também tive a oportunidade de em alguns turnos colaborar na coordenação do serviço em conjunto com a minha Enfermeira Orientadora. Nesta função estávamos responsáveis pela admissão dos doentes, alocação às camas, gestão de material e medicação, transferências para internamentos e altas para o domicílio, entre outras situações mais específicas que pudessem surgir. Esta dinâmica permitiu-me desenvolver a minha capacidade para gestão e liderança dos recursos humanos e materiais visando a garantia da qualidade dos cuidados prestados. As altas clínicas em que os doentes iam para o domicílio exigiam bastantes ensinamentos, pois por

¹³ “Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

vezes, a restante família estava negativa para o vírus SARSCoV-2, cabendo-me a mim como Enfermeira proceder a todos os ensinamentos necessários ao doente e família para a prevenção de infeção cruzada no domicílio. Apesar de bastante trabalhosos e desafiantes, estes turnos tornaram-se muito enriquecedores para o meu crescimento enquanto Enfermeira Especialista.¹⁴

2.2 CONTEXTO DE ESTAGIO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo campo de estágio intitulado *Estágio Final e Relatório*, decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de uma Unidade Hospitalar Central de Lisboa, durante o período de 5 de Setembro a 16 de Dezembro de 2022, tendo a carga horária de 360 horas de contacto direto, acompanhando o horário laboral do Enfermeiro Orientador, correspondendo a 30 ECTS.

Florence Nightingale é considerada a fundadora do conceito de cuidados intensivos. No decorrer do século XIX, durante a guerra da Crimeia, Florence classificou os feridos da guerra de acordo com o grau de gravidade, onde os mais graves ficavam mais próximos da equipa de enfermagem e com monitorização contínua, tinha como principal objetivo recuperar ou dar suporte às funções vitais dos doentes promovendo um ambiente físico e psicológico adequado (Ouchi, et al 2018). Foram várias as epidemias que surgiram cronologicamente após esta guerra, onde foi decorrendo o desenvolvimento da monitorização avançada e das técnicas de suporte de vida, bem como a criação de equipas de médicos e enfermeiros que trabalhavam em determinados espaços dependendo da gravidade das doenças. Estes espaços foram sendo criados e desenvolvidos ficando denominados de Unidades de Cuidados Intensivos (Ponce & Mendes, 2021).

Em Portugal, segundo Paiva et al. (2017) as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses. Ao longo dos anos as Unidades de Cuidados Intensivos passaram a ter a missão da gestão de doentes críticos a nível Hospitalar, evoluindo assim para Serviços de Medicina Intensiva, tornando-se responsáveis pelo cuidado ao doente crítico, independentemente do local onde este se encontra no hospital. Deste modo, Paiva et al (2017, p.6) define Medicina intensiva como

¹⁴ “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” - Regulamento nº429/2018

“uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).

As UCI são classificadas consoante o nível de cuidados prestados, podendo variar entre o nível I a nível III. O serviço onde decorreu o estágio, trata-se de uma UCI polivalente de nível III que recebe doentes para diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, que necessitem de suporte respiratório avançado (ventilação mecânica invasiva) ou suporte de pelo menos 2 órgãos. Aqui incluem-se todos os doentes complexos que necessitem de suporte por falência multiorgânica como é exemplo a necessidade de substituição da função renal (Ponce & Mendes, 2021). Como referi anteriormente, o serviço encontra-se inserido num Centro Hospitalar de Lisboa polivalente, com capacidade para receber múltiplas especialidades clínicas como é exemplo neurologia, cardiologia, grandes queimados, entre outros. Devido a este facto, são direccionados para este centro hospitalar doentes que tenham área de residência abrangida pelo mesmo, mas também doentes de outras unidades Hospitalares que necessitam de avaliação por subespecialidades inexistentes nos mesmos.

A UCI funciona com um sistema de vigilância centralizado, ou seja, as unidades dos doentes encontram-se distribuídas em redor de um espaço central onde existe um posto de vigilância e registo e um posto de trabalho de enfermagem. Estes dois postos estão protegidos por um envidraçado que permite a vigilância com contato visual permanente e uma proteção acústica do doente. Tem capacidade para 14 camas, sendo duas delas quartos isolados, em *box* de isolamento pressurizado, existindo a possibilidade de aplicar pressão negativa ou positiva consoante a necessidade e o tipo de isolamento. Cada unidade é constituída por todo o equipamento necessário para tratamento e monitorização do doente. É exemplo deste material: um ventilador, uma torre de seringas/bombas infusoras, um monitor *vigileo*, um monitor para visualização do Índice Bispectral (BIS), entre outros. Para além do equipamento disponível em cada unidade, o serviço tem também equipamento de apoio e acesso rápido como: carros de emergência, carros de apoio à via aérea, ecógrafos, e equipamento para técnicas utilizadas mais pontualmente como são as técnicas de substituição pulmonar e as técnicas contínuas de substituição da função renal. Para além deste espaço central, existem vários gabinetes de apoio como salas de reuniões, formação, gestão, informação à família, assim como salas

para armazém de material e gabinetes das administrativas. Os cuidados prestados na UCI baseiam-se num trabalho multidisciplinar, existindo um trabalho conjunto com equipas de Enfermagem que inclui enfermeiros generalistas, especialistas em Médico-Cirúrgica e Reabilitação, equipas médicas com diversas especialidades clínicas, dietistas e nutricionistas, equipa de medicina física e reabilitação, perfusionistas, entre outros a que se pode recorrer em situações específicas. A presença de Enfermeiros Especialistas na equipa de Enfermagem, permite a existência de cuidados seguros, éticos e profissionais, tomando por base a decisão ética e deontológica que caracteriza a atuação do Especialista, competências que assentam num corpo de conhecimentos que avalia de forma sistemática as melhores práticas e preferências do doente que é alvo dos seus cuidados.

A ponderação pela escolha desta UCI para campo de estágio assentou no facto de se tratar de uma unidade polivalente rica em patologias complexas, um serviço com múltiplas especialidades que funcionam como retaguarda para um grande número de unidades Hospitalares, permitindo assim o desenvolvimento das minhas competências de Enfermagem ao nível do doente em situação crítica.

Defini como objetivos específicos a desenvolver ao longo deste estágio *“Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica, sob ventilação mecânica invasiva internada no serviço de medicina interna intensiva”* e *“Desenvolver conhecimentos na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica vítima de trauma internada no serviço de medicina interna intensiva”*.

A integração na UCI, sendo este um novo ambiente de cuidados pelo qual nunca tinha tido oportunidade de ter contacto diretamente, despontou em mim receios e expectativas que assentavam na complexidade e tecnicidade presente neste contexto, assim como na imponente tecnologia que o compõe. De forma a combater estes receios e basear o meu conhecimento em evidência científica, foi necessário, ao longo de todo o estágio, o desenvolvimento de estudo autónomo sobre diversos temas que surgiram na prestação de cuidados e que não estava familiarizada. A pesquisa baseada na evidência é o alicerce para uma boa prática, ou seja, a prestação de cuidados apoiados no uso consciente e criterioso dos melhores saberes da atualidade, desenvolvidas em paralelo com a experiência clínica e a par com os valores do doente, de modo a orientar as decisões dos profissionais aquando o seu agir (Peixoto, et al. 2016). No decorrer do estágio, tive ainda oportunidade de assistir a duas formações ministradas no serviço que promoveu o aumento do meu conhecimento relativamente aos temas “Segurança do Doente” e

“Cuidados ao doente com patologia neurológica”. O conhecimento é fundamental e fornece-nos ferramentas para a prestação de cuidados de enfermagem, capacitando-nos para atenuar os efeitos da transição ou manter a integridade do indivíduo (Meleis, 2012).

A UCI é considerado um espaço que provoca muita ansiedade em doentes, famílias e nos profissionais de saúde que ali trabalham. O internamento neste serviço está centrado na dicotomia entre transição e mudança, uma transição implica sempre uma mudança, enquanto o inverso não o significa. A importância que o doente e família vão atribuir a esta fase vai sempre depender das várias dimensões associadas à transição, como a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais. (Santos et al, 2015). Existe medo e tensão associado à condição clínica dos doentes que estão sujeitos a tratamentos de alta complexidade e que muitas vezes têm a vida em risco. E se a humanização dos cuidados é algo que deve ser transversal a todos os locais, neste contexto assume ainda mais importância, cuidar do doente como um todo e não direccionar os cuidados apenas para o motivo do internamento (Santos et al, 2022).

A UCI é por definição uma unidade que admite doentes críticos com condições clínicas potencialmente reversíveis que necessitam de cuidados complexos e especializados, sendo que a dimensão técnica é muito valorizada. A tecnologia aplicada é baseada em questões biomédicas, não valorizando os processos de cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). Desta forma, torna-se evidente que princípios humanos são indispensáveis, sendo estes os que valorizam a vida. A utilização de tecnologia só tem sentido se for utilizada em conjunto com os princípios humanos (Fernandes & Silva, 2016). Os Enfermeiros não podem estar direccionados apenas para o cuidar ao nível dos problemas fisiopatológicos, têm que se focar também nas situações psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física (Silveira & Contrim, 2015). Toda a equipa que trabalha na UCI, especialmente a equipa de enfermagem por ter um contacto mais presente com o doente em estado crítico e a sua família, deve dispor de um local onde possa realizar o acolhimento aos familiares, humanizando o contato, explicando rotinas, os meios tecnológicos envolvidos e o estado de saúde do doente, contribuindo dessa forma para desmistificar preconceitos que possam existir. A permanência de um doente numa unidade de cuidados intensivos é gerador de *stress*, desgaste físico e psicológico, tornando-se essencial a existência de apoio por parte das equipas para diminuir este tipo de complicações (Silva, et al., 2011). Com base na Teoria das Transições de Meleis, é essencial nesta fase a compreensão dos enfermeiros

sobre o doente e as transições do cuidador/família que levam ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem, intervenções, e recursos que são adaptados para experiências individualizadas dos doentes e famílias, a fim de promover respostas saudáveis e bem-sucedidas à transição (Smith & Perker, 2015).

O uso de equipamentos, tecnologias e técnicas de cuidado, mesmo as consideradas essenciais à manutenção da vida, podem ser desumanizadoras dependendo de como forem aplicadas pela equipa de saúde e de como são interpretadas pela família (Carli, et al., 2018). É desafiador para os profissionais de saúde prestarem cuidados com toda a tecnologia que existe em redor do doente, controlar parâmetros, vigiar sinais, prever complicações e ver o doente como um ser humano com sentimentos e opiniões (Luiz, et al., 2017). Identifico-me com esta citação, pois principalmente no início do estágio, com tanta tecnologia que para mim era desconhecida, por vezes tinha dificuldade e focar-me no lado humano do doente e sua família, contudo com o decorrer dos dias considero ter desenvolvido essa capacidade, sendo que no presente sinto que já consigo enquadrar a tecnologia envolvente no cuidado ao doente e não o inverso.¹⁵ É, sem dúvida, uma capacidade que deve ser desenvolvida, pois os cuidados individualizados necessitam da vertente tecnológica, mas também, e acima de tudo necessitam da vertente humana. Torna-se essencial a comunicação do Enfermeiro com o doente e família, de forma a desmistificar a tecnologia, diminuir a ansiedade causada pela mesma, e tornar perceptível a sua importância para a recuperação do doente. Em suma, o grande desafio da prática de cuidado nas UCI reside em encontrar uma sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e um modo mais humano de estar na relação de cuidado (Fernandes & Silva, 2016), sendo assim congruente com a natureza da enfermagem que se define como uma ciência humana e uma disciplina de cuidado (Meleis, 2012).¹⁶

Apesar da UCI ser um serviço totalmente inovador ao nível do conhecimento para mim, foram vários os momentos em que consegui transpor os meus conhecimentos anteriores para a prestação de cuidados, sentindo que a minha experiência era valorizada pela restante equipa. Falo particularmente na experiência vivida com uma pessoa em contexto crítico, que demonstrava um quadro evidente de descompensação hemodinâmica, com necessidade de implementação da técnica de substituição renal. Neste sentido foi necessário colocar um cateter de hemodiálise e posteriormente conectar

¹⁵ “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” – Regulamento nº140/2019

¹⁶ “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” – Regulamento nº429/2018

ao circuito diálise. Uma vez que há poucos anos trabalhei num centro de diálise e de colocação de acessos vasculares rapidamente percebi que estava ali uma oportunidade de contribuir com o meu saber, partilhando experiências e apoiando a enfermeira e o médico na colocação do acesso vascular e na implementação segura da técnica dialítica. Colaborei com o médico no procedimento da colocação do cateter de diálise, posteriormente em conjunto com a Enfermeira orientadora, montámos o circuito de diálise, se bem que neste processo necessitei de ajuda pois a máquina e o sistema de diálise eram ligeiramente diferentes ao que estava habituada, e posteriormente como o monitor de diálise era bastante semelhante do que conhecia realizei o restante procedimento de forma autónoma. Foi sem dúvida gratificante, sentir que os conhecimentos que tinha adquirido anteriormente com a minha experiência profissional foram importantes, tendo a possibilidade de os refinar enquanto competência técnica de Enfermeira Especialista.¹⁷

Ainda sobre a mobilização de conhecimentos que sustentam práticas de qualidade, e dando ênfase ao refinamento de competências na prevenção do controlo de infeção, ao longo da minha carreira como Enfermeira generalista foram várias as formações e pesquisas que realizei sobre o controlo de infeção associado aos cuidados de saúde, tendo tido também oportunidade de ter sido elo de ligação com Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA) na instituição onde trabalho. Sem dúvida que estes conhecimentos anteriormente adquiridos foram fundamentais na prestação de cuidados num serviço tão específico. O Enfermeiro é um dos grandes responsáveis pela prevenção da infeção associado aos cuidados de saúde, uma vez que é dos profissionais de saúde que maior contacto direto tem com os doentes. Está estimado que nas UCI ocorrem cerca de 20% das infeções nosocomiais, devido ao facto dos doentes serem portadores de múltiplas comorbilidades que limitam a sua reserva funcional prévia, a agravamento agudo da sua função fisiológica, a necessidade de dispositivos invasivos e a total dependência dos cuidados prestados por profissionais de saúde (Ponce & Mendes, 2021). O Enfermeiro Especialista é capacitado de conhecimento científico e experiência, tendo um papel fundamental na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

De forma a prevenir estas infeções associadas aos cuidados de saúde, a UCI aplica *Bundles*/Feixes de Intervenção, sendo estes um conjunto de intervenções definidas pela DGS que quando se utilizam coletivamente e continuamente pelos profissionais

¹⁷ “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” – Regulamento nº140/2019

contribuem efetivamente para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Trata-se de um conjunto de intervenções necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, pelo que as medidas têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido. Na UCI são aplicadas as seguintes *Bundles*: Intervenções da prevenção da infeção relacionada com Cateter Venoso Central (Norma DGS nº022/2015); Intervenções da prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Norma DGS nº019/2015); Intervenções da prevenção da pneumonia associada a intubação (Norma DGS nº021/2015). O serviço promove ações de formação que pretendem promover o aumento do conhecimento dos profissionais de saúde relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde. Para além disso, as normas estão afixadas num cartaz de forma a serem facilmente consultadas por todos os profissionais, e existe ainda no registo diário efetuado pelos Enfermeiros uma zona específica onde é certificado que as medidas de prevenção foram aplicadas aquando a prestação dos cuidados.¹⁸

Relativamente ao primeiro objetivo específico que defini para este estágio, nomeadamente *“Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica, sob ventilação mecânica invasiva internada no serviço de medicina interna intensiva”*, considero que ao longo de todo o estágio desenvolvi competências nos cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva (VMI), sendo esta uma temática bastante complexa e desconhecida no meu contexto de trabalho. A VMI é uma técnica essencial na UCI que consiste na utilização de ventiladores específicos e uma interface invasiva, permitindo assim reduzir o trabalho ventilatório do doente e manter a oxigenação/ventilação (Ponce & Mendes, 2021). São variadas as modalidades ventilatórias existentes que se aplicam conforme as características do doente e as suas necessidades como seja, se tem estímulo próprio ou não, se a sua fisiologia em contexto de doença estão ou não muito alterada (Marcelino, et al., 2009). Segundo Ponce & Mendes (2021), todas as modalidades ventilatórias tem vantagens e desvantagens na sua aplicação, portanto quando selecionamos a modalidade a aplicar deve ser a que temos mais experiência e maior domínio.

Abordando ainda as modalidades ventilatórias, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes sob VMI na modalidade de ventilação por volume controlado, ventilação por volume assistido, ventilação por pressão controlada, ventilação por pressão

¹⁸ “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

assitada e ventilação com controle de volume regulado por pressão (*Pressure Regulated Volume Control* - PRVC). Cada modalidade ventilatória tem características específicas, diferindo conforme são controladas por volume, pressão ou por ambas. Foi sem dúvida desafiante a interpretação e compreensão dos modos ventilatórios, sendo fulcral a pesquisa bibliográfica que realizei e os conhecimentos da Enfermeira orientadora para a aquisição de conhecimentos e competências nos cuidados prestados a um doente sob VMI.

Recordo-me de um exemplo que foi bastante complexo ao nível da VMI, um doente politraumatizado após acidente de viação, com traumatismo craniano e torácico, contusão pulmonar e múltiplas fraturas faciais. Nesta situação descrita pude observar o quão desafiante é a ventilação neste tipo de doente com expansão torácica diminuída devido ao trauma e consequentemente na presença um síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) descompensada. Em todos os doentes devemos ter uma ventilação protetora, no entanto neste tipo de doentes devemos ter isto ainda mais em conta, uma vez que existe um processo inflamatório pulmonar que provoca edema, tendo como consequência a hipoxemia, redução da *compliance* pulmonar e aumento do espaço morto, logo a ventilação deve consistir na redução do volume corrente para que não haja *stress* na membrana alveolo-capilar por distensão, evitando a lesão pulmonar associada ao ventilado (Costa, 2020).

Outra situação que me recordo foi a de um doente com queimadura da via aérea e consequente diminuição da *compliance* pulmonar. Optou-se neste caso por uma ventilação por pressão, onde o doente realiza apenas os volumes que o pulmão permite. Cabe ao ventilador determinar a pressão máxima inspiratória e o valor final expiratório, assim neste tipo de ventilação o volume corrente fornecido depende da diferença entre o valor da pressão inspiratória e expiratória. O doente ao longo dos primeiros dias de internamento foi sempre agravando a sua função respiratória, segundo Costa (2020), devemos calcular a relação de PaO_2/FiO_2 nos doentes ventilados, uma vez que nos dá a gravidade da lesão pulmonar. Quando obtemos um valor de rácio menor que 150mmHg devemos adotar um posicionamento em ventral, que está recomendado durante 16h, vários dias consecutivos. Este posicionamento permite-nos reduzir o gradiente de pressão pleural nas unidades alveolares dorsais, através de efeitos gravitacionais e da alteração da estrutura morfológica do pulmão. O resultado é uma melhor ventilação pulmonar e distribuição mais homogénea da tensão. Apesar das medidas implementadas não existiu melhoria do padrão respiratório do doente. Quando a ventilação mecânica convencional

não consegue cumprir os objetivos de oxigenação e ventilação é indicado a utilização da oxigenação por membrana extracorporeal como suporte respiratório temporário, essencialmente na sua versão Veno-Venoso. Os principais critérios para utilizar a técnica de Oxigenação por Membrana Extra Corporal (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation* – ECMO) é a presença de uma insuficiência respiratória aguda potencialmente reversível com uma relação de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100\text{mmHg}$ após utilização de ventilação mecânica invasiva e uma hipercapnia de difícil resolução com $\text{pH} < 7,20$ (Ponce & Mendes, 2021). Nesta situação em concreto, a decisão para a aplicação da técnica de ECMO foi a relação de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inferior a 100mmHg acrescida ao facto da modalidade ECMO Veno-Venoso ser preferencial no caso do tratamento da ARDS uma vez que evita as complicações associadas à cateterização arterial, diminui a necessidade de anticoagulação e permite, que numa primeira fase o ECMO possa pré-oxigenar o sangue e, numa segunda fase, os pulmões reforcem esta oxigenação e remoção do dióxido de carbono (Costa, 2020).

A prestação de cuidados a um doente com terapia de ECMO permitiu o desenvolvimento de conhecimentos não só ao nível ventilação mas também os conhecimentos relativamente ao doente em ECMO. É evidente a importância do papel do Enfermeiro nos cuidados à pessoa sob técnica ECMO, antes da colocação da terapia, durante e após a descanulação. Em virtude disso torna-se fundamental que existam Enfermeiros capacitados que possam intervir, com base em conhecimentos científicos, nos cuidados realizados a este tipo de Doentes (Santos, et al. 2019). Segundo Guia Orientador de Boas Práticas publicado pela OE é importante neste tipo de doentes a avaliação, o planeamento e a intervenção de enfermagem, sendo estas dirigidas por três objetivos principais: “*a promoção do conforto e repouso, a prevenção de complicações e o suporte enquanto ocorre o processo de cura*” (OE - GOBP, 2021, p.116). Neste sentido, deparei-me com a necessidade de desenvolver conhecimentos nesta área, que até agora me era totalmente desconhecida, de forma a prestar cuidados de forma consciente e baseada na evidência científica.¹⁹

Relativamente ao segundo objetivo definido - “*Desenvolver conhecimentos na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica vítima de trauma internada no serviço de medicina interna intensiva*”, foram muitas as experiencias que me permitiram desenvolver competências nos cuidados aos doentes

¹⁹ “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” – Regulamento nº429/2018

vítimas de trauma. São múltiplos os tipos de trauma que podemos receber no SMI, como são exemplos o trauma crânio encefálico, vertebro-medular, torácico, abdominal e da bacia. Na avaliação do doente vítima de trauma é de extrema importância a observação e o pensamento crítico sobre, porque e como o evento traumático aconteceu, pois estes são fatores importantes que ajudarão a antecipar lesões que podem estar presentes.

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), é definido por Menon & Ercol (2017, p.2) como *“uma alteração na função cerebral ou outra evidência de patologia cerebral causada por uma força externa”*, segundo Ponce & Mendes (2021, p.39) *“é uma das causas de maior morbidade e mortalidade em todos os grupos etários, sendo um grande problema de saúde pública”*. O TCE é um problema crescente, responsável por uma carga substancial de incapacidade e morte, e que gera custos substanciais em saúde. Desse modo, os cuidados de saúde especializados podem economizar vidas e melhorar a qualidade dos resultados (Menon & Ercol, 2017).

Durante o estágio, tive a oportunidade de cuidar de diversos doentes com TCE. Uma das experiências que recordei foi de um doente com traumatismo cerebral por queda, e onde foram vários os parâmetros e avaliações que tive de realizar, destacando a neuromonitorização que assume um papel de destaque na avaliação do doente com TCE, pois disponibiliza-nos dados de extrema importância para a orientação de terapêutica e na prevenção precoce de complicações. Na UCI aplicam um protocolo de neuroprotecção abrangente criado para ajudar os médicos e enfermeiros no tratamento dos doentes com TCE grave, sendo estes submetidos a uma monitorização da pressão intracraniana, da pressão de perfusão cerebral, da oxigenação, da temperatura, do fluxo sanguíneo cerebral e eletroencefalografia. A aplicação deste protocolo e consequente monitorização da função cerebral permite guiar-nos nos cuidados e na terapêutica necessária para prevenir lesões cerebrais definitivas. Durante os cuidados a este doente avaliei continuamente todos estes parâmetros, sendo que por vezes apresentou elevação da pressão intracraniana e consequentemente tive que intervir juntamente com a equipa médica e administrar a medicação protocolada para diminuição da mesma.²⁰

Também tive a oportunidade de contactar com um doente com trauma vertebro-medular. Este tipo de traumatismo pode apresentar quadros de lesões ligamentares isoladas, lesões medulares completas a nível cervical ou dorsal alto, provocando um quadro de hipoxemia e insuficiência ventilatória grave que se pode prolongar durante

²⁰ “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” – Regulamento nº429/2018

vários dias, pelo que necessitam de vigilância numa UCI (Ponce & Mendes, 2021). O doente que referi, apresentou uma queda de uma árvore, apresentando lesão ligamentar e a nível da coluna cervical (C5), com um quadro de respiração paradoxal, períodos de ansiedade alternados com períodos de confusão. Após observação do doente comuniquei a sintomatologia à equipa médica que recorreu à VMI invasiva, de forma a prevenir fadiga e consequente falência respiratória²¹. É essencial, neste tipo de trauma, vigiar a sintomatologia de forma a prevenir complicações mais graves. A boa avaliação inicial, pode promover que o doente seja ventilado calmamente evitando uma ventilação de emergência, com todas as complicações que podem daí despontar.

Ao longo deste estágio, criei um novo entendimento sobre a importância da estadia da família na UCI. Pois a sua presença tem efeitos positivos observados nos próprios e nos doentes, como redução da ansiedade e aumento da sensação de bem-estar. O contato com familiares reduz a confusão e a agitação do doente, sendo considerada uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes na prevenção do *delirium* e é utilizado como recurso em muitas unidades de cuidados intensivos (Rodriguez, et al. 2021). Pude observar uma doente que deu entrada por politrauma após um acidente de viação, sedada durante vários dias, que no momento da diminuição da sedação apresentou *delirium* com agitação psicomotora o que se tornava um risco para a sua recuperação. A presença dos pais que passavam várias horas com ela de forma a promover o conforto da mesma, diminui a agitação e revela-se um fator promotor para o sucesso desta recuperação.

No entanto, nem sempre o final do internamento na UCI resulta na recuperação do doente. Foram várias as situações que observei em que a família foi chamada para se despedir do doente em situação de fim de vida e em que o conforto era a única meta a alcançar, pelo que, o facto de poderem observar de perto os cuidados prestados e terem a oportunidade de se despedir, faz com que sintam que tudo foi feito pelo seu familiar, permitindo assim um luto mais apaziguador.²² Recordo-me de uma situação em que a família solicitou a presença de um Padre na fase terminal do doente, contactei o serviço espiritual do Hospital e solicitei a presença do senhor Padre, senti que aquela família ficou tranquila em perceber que após aquela visita o seu familiar poderia partir em paz.²³ Creio

²¹ “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” - Decreto-lei nº 74/2006

²² “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.” – Regulamento nº429/2018

²³ “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” – Regulamento nº140/2019

que nestas situações identifiquei uma oportunidade de contribuir em práticas melhoradas pela evidência, lembrando todo o envolvimento com a pesquisa realizada para a elaboração da revisão sistemática da literatura apresentada no capítulo anterior, onde sabemos que *“as circunstâncias que cercam a experiência do cuidador tanto antes e no momento da morte pode ter um grande impacto em sua resposta à perda e suas reações subsequentes”* (Coelho, et al, p.152, 2015).²⁴

Para além do contacto direto com os doentes, foram vários os momentos que vivenciei no estágio e que foram promotores de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, de exercer supervisão do exercício profissional na minha área de especialização, bem como de liderar as equipas de prestação de cuidados especializados. Neste sentido acompanhei diversas vezes a enfermeira orientadora nas suas funções de coordenação²⁵, que requer uma gestão eficaz da UCI, ao nível dos profissionais, saída dos doentes e enfermeiros para realização de exames complementares de diagnóstico, transferências intra e extra hospitalares, pedidos de medicação em falta, confirmação do *stock* de estupefacientes e na gestão das visitas.²⁶

No decorrer do estágio, consegui desenvolver uma boa relação com toda a equipa multidisciplinar, participando no trabalho em equipa, assumindo uma atitude pró ativa e autónoma na gestão e prestação dos cuidados de enfermagem tanto ao doente como à sua família/cuidadores, pautei-me de uma conduta responsável baseando-me nos princípios éticos e deontológicos.²⁷ Na prestação de cuidados a antecipação de possíveis complicações e a consequente prevenção da ocorrência das mesmas, são dois aspetos que em simultâneo permitem a segurança do doente. A decisão de determinado cuidado é alicerçada no processo de enfermagem, que é formulado com base no conhecimento ético e científico de enfermagem (Deodato, 2010).

²⁴ “Suporta a prática clínica em evidência científica” – Regulamento nº 140/2019

²⁵ “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” - Decreto-Lei nº 74/2006

²⁶ “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” – Regulamento nº 140/2019

²⁷ “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” - Regulamento nº 140/2019

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, que agora se encerra, surge como um documento ilustrativo onde pretendi refletir o percurso académico que percorri e a aprendizagem adquirida durante o Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica. No decorrer deste processo foi evidente o desenvolvimento das habilidades profissionais e consequente evolução e crescimento a nível pessoal e profissional, assim como a edificação de competências comuns e específicas que são a definição de enfermeiro especialista.

O decorrer deste período de formação foi bastante desafiador, especialmente nos meses em que frequentei os estágios, nos quais tive de sair da minha zona de conforto enquanto enfermeira de cuidados gerais num serviço de cirurgia. No entanto, o contacto com estas novas realidades e com outros enfermeiros com experiências opostas às minhas, detentores de perícia, permitiu-me adquirir novos conhecimentos, tornando-se, sem dúvida, um fator motivador que me inspirou para ultrapassar as dificuldades encontradas diariamente.

O primeiro estágio realizado num SUG, permitiu-me desenvolver competências principalmente na área de avaliação e identificação das necessidades da pessoa em situação crítica, é fulcral uma identificação da sintomatologia da pessoa para uma priorização correta e consequente encaminhamento. No caso do doente crítico, é essencial que o enfermeiro possua conhecimentos especializados que lhe permitam a realização de uma avaliação rápida do doente de forma a garantir a estabilização hemodinâmica do mesmo.

O segundo estágio, realizado na UCI permitiu-me um contacto direto e privilegiado com a pessoa em situação crítica, díspar do SUG onde este contato era transitório, na UCI permitiu um cuidado mais continuado, assim como uma relação mais próxima com a família. É, sem dúvida, essencial a importância de uma boa avaliação inicial e diagnóstica, da monitorização e supervisão continua, estas avaliações permitem-nos detetar precocemente alterações e prevenir complicações com vista na recuperação total do doente.

Durante os dois campos de estágio, o conhecimento dos protocolos e normas em vigor, a realização de uma pesquisa constante de bibliografia sobre as temáticas com que me deparei, assim como a concretização de reflexões críticas, foram essenciais para adquirir e consolidar competências especializadas. Foram vários os momentos de partilha e discussão de ideias e experiências com ambas as equipas de enfermagem, as dúvidas que por vezes surgiam serviam de mote para a partilha de conhecimento baseados na evidência científica e consequente aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem. Todos os momentos que permitem um desenvolvimento de competências são essenciais e estão diretamente relacionados com a melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica, sendo esta sempre o ponto principal da nossa atuação enquanto enfermeiros especialistas.

O contato com a transição de saúde/doença descrita por Meleis foi constante ao longo de ambos os estágios, tanto por parte das pessoas em situação crítica como das suas famílias. Cabe ao Enfermeiro, a operacionalização das transições, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem, intervenções e aplicação dos recursos disponíveis para promover respostas saudáveis e bem-sucedidas à transição. Por vezes, basta o conforto da voz do enfermeiro através do esclarecimento de dúvidas ou explicação de um procedimento para promover o conforto do doente e família, sustentando assim o processo de transição.

A transição de ocorre nas famílias após a morte de um familiar é descrita como Meleis como uma transição situacional, é também exercício do enfermeiro a promoção desta transição de forma saudável, o cuidado não termina com a morte da pessoa, a família também é merecedora de cuidado. Foi com esta base, que elaborei uma revisão integrativa da literatura, onde procurei mapear o conhecimento científico atual sobre as vivências dos cuidadores após a morte do seu ente querido com o diagnóstico de cancro. Para além da elaboração da revisão ter permitido contribuir para a investigação em enfermagem, também foi essencial para a apropriação de conhecimentos teóricos baseados na evidência, que foram facilitadores no entendimento de fenómenos e situações que vivenciei.

Deste modo, considero que o percurso que realizei, as vivências e experiências que adquiri enquanto pessoa e enfermeira, foram essenciais no meu desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista. Termina, com a certeza da necessidade contínua da atualização de conhecimentos e formação permanente enquanto enfermeira.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C., Rebelo Botelho, M. Henriques, A. & D’Espiney, L. (2015). Post Caregiver Experience in the Reconstruction of Everyday Life. *Journal of Aging & Inovation*, 4 (3): 13 – 29
- Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barreira, I., Martins, M., Preto, P., & Preto, L. (2019). Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 117-126.
- Batista, M., Vasconcelos, P., Amaral, T., Miranda, R., Geraldês, J., & Fernandes, A. (Abril/Maio/Junho de 2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 83-92.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., Marchis, G., Fonseca, A., Padiglioni, C., . . . Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) - Guidelines on Intravenous Thrombolysis for Acute Ischaemic Stroke. *European Stroke Journal*, pp. 1-62.
- Boterf, G. L. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Carli, B., Ubessi, L., Pettenon, M., et al. (2018) O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 10(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018>.

- Cernadas, R. (2021). AVC em Portugal: um combate a não perder! *Stroke.pt Revista Informativa da Sociedade Portuguesa de acidentes cerebrais*.
- Coelho, A., Delalibera, M., Barbosa, A., & Lawlor, P. (2015). Prolonged Grief in Palliative Family Caregivers: A Pilot Study in a Portuguese Sample. *OMEGA—Journal of Death and*, pp. 151-164. doi:10.1177/0030222815574833
- Costa, D. (2020). Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda – ARDS (Mestrado integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Costa, F., Souza, C., & Torres, R. (2022). Triagem de Manchester: Percepções dos Enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série –A, N.º 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto e pelo Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro
- Deodato, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos. *Tese de Doutoramento, UCP*. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf
- Despacho normativo n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde: Rede de Serviços de Urgência (2014). Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>, accessed February 2021)

- Fernandes, M. & Silva, A. (2016) Os significados do cuidado de Enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE on line* 10 (6). Recife. DOI: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601
- Ferreira, V. (2021). Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar e segurança do paciente. *Saúde Coletiva*, pp. 6080-6084.
doi:<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6080-6089>
- Gallardo, C.; Navarro, D.; Rodríguez, A. (2003). El duelo de los cuidadores principales de pacientes oncológicos atendidos en domicilio. *Ética y sociedad*, pp61-64.
- Gamble, N., & Saad, T. (March de 2022). A taxonomy of conscientious objection in healthcare. *Clinical Ethics*, pp. 63-70.
doi:<https://doi.org/10.1177/1477750921994283>
- Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Demaerschalk, B., . . . Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, pp. 870–947.
doi:<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Kadlac, A. (December de 2020). Fostering hope in the face of death. *Clinical Ethics*, pp. 167-174. doi:<https://doi.org/10.1177/1477750920927167>
- Larkin, M. (2009). Life after Caring: The Post-Caring Experiences of Former Carers. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1026–1042s doi:
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn030>
- Lei nº 15/2014 de 21 de Março (2014). Diário da República: Série i de 2014-3-21.
Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990) Lei de Bases da Saúde. Diário da República: Série I de 1990-08-04.
- Luiz, F., Caragnatol, R., Costal, M. (2017) Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira em Enfermagem* 70 (5). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>

- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Dias, C., Ribeiro, P., . . . Borba, A. (2009). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Camarate: Lusociência.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed). Pennsylvania: Wolters Kluwer/ Lippincott; Williams & Wilkins.
- National Aphasia Association (2022) Definições de Afasia: O que é afasia? www.aphasia.org
- Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (Janeiro de 2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas. *Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas*.
- Nietzsche, F. (2008) *Genealogia da Moral, uma Polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras
- Norma nº 029/2012 (2012). *Precauções Básicas no Controlo de Infecção*, Lisboa: DGS
- Norma nº 019/2015 (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: DGS.
- Norma nº 020/2015 (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico: DGS.
- Norma nº 022/2015 (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central: DGS.
- Norma nº 021/2015 (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação: DGS.
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2018). *Relatório de Outono 2018*. Lisboa, Portugal, Observatório Português dos Cuidados Paliativos
- Oliveira, E., Silva, F., Pereira, E., & R., O. (2020). Acções da Comissão de Infecção de Controlo Hospitalar Frente ao Novo Coronavírus. *Revista Baiana Enfermagem*. doi: 10.18471/rbe.v34.37259

- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) - Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporeal de vida: um desafio para a prática especializada. Onda Grafe.
- Ouchi, J., Lupo, A., Alves, B., Andrade, R., & Fogaça, M. (2018). O Papel do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva Diante de Novas Tecnologias em Saúde. *Revista Saúde em Foco*, pp. 412-428.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Intensiva.
- Parkes, C. (1989). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus editorial
- Peixoto, M., Pereira, R., Martina, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações*, pp. 26-34.
- Peña-Longobardo, M., & Oliva-Moreno, J. (2022). The Economic Value of Non-professional Care: A Europe Wide Analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, pp. 2272–2286. doi:10.34172/IJHPM.2021.149
- Pereira, M., Oliveira, L., & Martins, J. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 93-102.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco A. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Retrieved from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Pinheiro, G., Macedo, A., & Costa, N. (Maio/Junho de 2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 101-109. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1381>
- Ponce, P., & Mendes, J. (2021). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel.

- Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: 2ª série, nº135/18. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: 2ª série, nº26/19. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Reis, H., Deodato, S., (2022). Análise ao conceito de culpa: Da divergência conceptual à sua implicação para a investigação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, doi: <https://doi.org/10.12707/RV20178>
- Rodriguez, A., Villamea, S., Vallejo, A., Lorenzo, J., & Menéndez, M. (2021). Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.02.007>
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (1º Semestre de 2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do. *Pensar Enfermagem*, pp. 31-46.
- Santos, A., Silva, M., Carvalho, L., Moura, M., & Landim, C. (2016). Perfil das infeções hospitalares em unidades de terapia intensiva de um hospital de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 194-201. doi:<http://doi.org/10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201601>
- Santos, D., Cardoso, L., Clássia, T., Prata, M., & Santos, E. (2019). Cuidados a pacientes em uso de Oxigenação por Membrana Extracorpórea. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242035>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, L. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, R., Amorim, L., Santos, L., Monteiro, L., Dourado, G., & Cardoso, R. (2022). Humanização no Cuidado na UTI Adulto. *Enfermagem Brasil*. doi:10.33233/eb.v21i3.4709

- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (Março de 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 15-23.
- Silva, P., Souza, A., Oliveira, R., Rocha, R., Abreu, G., & Oliveira, E. (2014). Atendimento do Enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, pp. 1604-1611.
- Silva, R., Moretti, M., Souza, R., Lima, D., Franqueiro, N., & Lourenção, L. (2011). Humanização da assistência sob a ótica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, pp. 267-273.
- Silva, R., Reis, A., Campos, P., & Bandeira, R. (2015). Princípios e Medicina de Catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Associação Portuguesa de Riscos, Prevenção e Segurança: Imprensa da Universidade de Coimbra*, pp. 249-266.
- Silveira, R., & Contim, D. (2015). Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, pp. 2113-2122. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2113-2122
- Smith, M., & Perker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice (Fourth Edition)*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., Antunes, A. (2018). Modelos de Formilação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp 31-39.
- Souza, M., & Miranda, A. (2021). Clinical correlates of social cognition after an ischemic stroke: preliminary findings. *Dement. Neuropsychol.*
- Souza, M., Silva, M., Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), pp. 102-106. doi:10.1590/s1679-45082010rw1134
- Trevino, K. M., Litz, B., Papa, A., Maciejewski, P. K., Lichtenthal, W., Healy, C., & Prigerson, H. G. (2018). Bereavement Challenges and Their Relationship to Physical and Psychological Adjustment to Loss. *Journal of palliative medicine*, 21(4), 479–488. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0386>

- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473, doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vieira JVDS, Deodato S, Mendes F. The concept of futility in health: a scoping review. *Clinical Ethics*. 2021 dez;16(4):347-353. doi: 10.1177/1477750920977109
- Walsh, E.; Flanagan, J.; Mathew, P. (2020). The Last Day Narratives: An Exploration of the End of Life for Patients with Cancer from a Caregivers' Perspective. *Journal of palliative medicine*, pp1-5. DOI: 10.1089/jpm.2019.0648
- World Health Organization (WHO) a). (2019). ICD-11 (International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics): 6B42 Prolonged grief disorder). Genève, Switzerland: World Health Organization