



**CATÓLICA**  
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 em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES  
CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE FUTILIDADE  
TERAPÊUTICA**  
PERCEPTION OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES ON  
THERAPEUTIC FUTILITY

Por  
Raquel Sofia Ruela Casqueira

Lisboa, 2023





**CATÓLICA**  
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 em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica

.....

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES  
CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE FUTILIDADE  
TERAPÊUTICA**  
PERCEPTION OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES ON  
THERAPEUTIC FUTILITY

Por  
Raquel Sofia Ruela Casqueira

Sob a orientação de Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2023

“O degrau da escada não foi inventado para repousar,  
mas apenas para sustentar o pé o tempo necessário  
para que o homem coloque o outro pé  
um pouco mais alto.”

Aldous Huxley

## AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso, não poderia deixar de mostrar a minha **gratidão**, principalmente a quem permitiu que fosse possível concluí-lo com sucesso.

À minha **família**, pela presença constante apesar da distância entre cidades, pelo incentivo incessante, pelo carinho, pela compreensão e pela tolerância nas minhas dificuldades.

À minha **melhor amiga**, sobretudo pelo uso das suas palavras que sempre me apoiaram e motivaram.

Ao **Professor Dr. Sérgio Deodato**, pela presente orientação, pelos ensinamentos e pelas aprendizagens, especialmente nos momentos em que me parecia ser impossível superar-me.

Ao colega e futuro doutorado **João V. Vieira**, pela dedicação e pela disponibilidade na partilha do seu conhecimento para a realização da *scoping review*.

Aos **enfermeiros orientadores** dos diferentes campos de estágio, especialmente ao **Enfermeiro Pedro M. Rosa** pelo tempo disponibilizado e pelos momentos de partilha de conhecimento teórico-prático.

Às **equipas** que me acolheram, pela cooperação.

À minha **entidade empregadora**, ao **enfermeiro diretor** do meu local de trabalho, às diferentes **enfermeiras gestoras** dos serviços onde desempenhei funções profissionais e aos meus **colegas de trabalho**, pelo esforço em facilitar-me a conjugação do papel de trabalhador-estudante.

A todos os outros **elementos chave** neste percurso, pelo enriquecer deste processo.



## RESUMO

O presente Relatório tem com finalidade principal, evidenciar o meu percurso de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Tendo por base os objetivos delineados nos projetos de estágio, este relatório pretendeu, numa perspetiva crítica e reflexiva, dar visibilidade às principais atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio que decorreram em contexto de Serviço de Urgência e de Unidade de Cuidados Intensivos.

Independentemente da distinção verificada nos contextos de estágio, exigiram cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família com uma prática essencialmente desenvolvida pela Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Enquanto futura Mestre em Enfermagem, pareceu-me pertinente desenvolver um tema que me inquietasse, que fosse ao encontro de uma resposta para algum questionamento que já tivesse tido durante a minha prática profissional.

O desenvolvimento das ciências médicas e da saúde com conseqüente necessidade da complementaridade tecnológica com os cuidados prestados, provocou notoriamente um aumento da sobrevida. Avanços muito positivos, mas que não deixam de ser um desafio para os enfermeiros.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, a multidisciplinaridade e dispositivos existentes parecem oferecer um prolongamento da vida. Contudo, será que garantem qualidade de vida?

Surge assim, a questão de investigação: Para os enfermeiros que desempenham funções em unidades de cuidados intensivos de adulto, quais é que são as suas perceções sobre futilidade terapêutica na pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos?

**Palavras-Chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Futilidade Terapêutica em Unidades de Cuidados Intensivos.



## **ABSTRACT**

The main purpose of this Report is to highlight my journey of developing skills as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation and Master in Nursing, throughout the Curricular Unit Final Internship and Report of the 15th Master's Course in Medical-Surgical Nursing: Nursing for the Person in a Critical Situation, from the Lisbon School of Nursing of the Catholic University of Portugal.

Based on the objectives outlined in the internship projects, this report intended, from a critical and reflective perspective, to give visibility to the main activities carried out in the different internship fields that took place in the context of an Emergency Service and an Intensive Care Unit.

Regardless of the distinction verified in the internship contexts, they demanded specialized care for the person in critical situation and family with a practice essentially developed by Jean Watson's Theory of Human Caring.

As a future Master in Nursing, it seemed pertinent to me to develop a theme that concerned me, that would meet an answer to some questions that I had already had during my professional practice.

The development of medical and health sciences, with the consequent need for technological complementarity with the care provided, has notoriously caused an increase in survival. Very positive advances, but nonetheless a challenge for nurses.

In Intensive Care Units, the multidisciplinary and existing devices seem to offer an extension of life. However, do they guarantee quality of life?

Thus, the research question arises: For nurses who work in adult intensive care units, what are their perceptions of therapeutic futility in critically ill patients hospitalized in an intensive care unit?

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse; Person in Critical Situation; Therapeutic Futility in Intensive Care Units.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SE - Sala de Emergência

SU - Serviço de Urgência

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - ventilação mecânica invasiva

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA: FUTILIDADE TERAPÊUTICA - PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> .....	17
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b> ...	32
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	34
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	50
<b>CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>ANEXO I</b> – Certificado de Formação Profissional: Suporte Avançado de Vida .....	83
<b>ANEXO II</b> – Curso Online: Doença Respiratória e Terapêutica Inalatória .	85
<b>ANEXO III</b> – Curso Online: Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos.....	86
<b>ANEXO III</b> – Curso Online: Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos.....	87
<b>ANEXO IV</b> – Outras certificações (1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência; curso de formação profissional “Eletrocardiografia”; IV Congresso Internacional de Enfermagem CUF; V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -Enfermagem Especializada: uma voz para o humanismo) .....	88
<b>APÊNDICE I</b> – Resultados da <i>Scoping Review</i> .....	95
<b>APÊNDICE II</b> – Delirium: avaliação e medidas não farmacológicas (Rascunho de um Guia Orientador para formulação de uma norma de procedimento).....	109

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de pesquisa de literatura .....	24
---	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 15º Mestrado em Enfermagem, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC): Enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi elaborado este relatório.

O ciclo de estudo no qual se insere, permite a aquisição do título de enfermeiro especialista e ao mesmo tempo o grau de mestre em Enfermagem.

O objetivo principais do presente relatório é, assim, fundamentar a obtenção de ambos os títulos, através da descrição e análise do percurso realizado, demonstrando, conseqüentemente, as competências adquiridas.

No decorrer da frequência deste mestrado são desenvolvidas competências de investigação em Enfermagem de forma a obter as ferramentas necessárias, essencialmente para que o enfermeiro apresente uma prática fundamentada em evidência atualizada.

Neste sentido, o primeiro capítulo apresenta o desenvolvimento de competências de investigação com a exposição de uma Revisão de Literatura, utilizando como metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Realizada com a colaboração de outro investigador, no âmbito do Projeto "*Ethics4care*" do "Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde" da UCP.

As competências de enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC foram desenvolvidas em locais de estágios potenciadores da aprendizagem: Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) . Embora estes contextos sejam os

mais pertinentes nesta especialização, uma vez que as competências do enfermeiro especialista são desenvolvidas ao longo de três semestres, na unidade curricular “Vigilância e Decisão Clínica” do 1º ano-2º semestre foram também realizadas 180 horas de estágio, numa equipa de urgência do Bloco Operatório de um Hospital de Lisboa. Permitiu-me enriquecer ainda mais o leque de experiências em contexto da PSC, bem como desenvolver competências específicas de EMC na prática clínica perioperatória e em situações de urgência e emergência perioperatória.

No segundo capítulo, encontra-se a caracterização dos locais de estágio de forma a contextualizar as atividades desenvolvidas e evidenciar o seu contributo para a minha aprendizagem.

A aquisição de competências nos diferentes contextos de estágio, sustentou-se em projetos de estágio distintos, onde foram estabelecidos os objetivos e atividades a desenvolver.

A análise do desenvolvimento de competências em estágio procedeu-se de forma crítica e reflexiva às atividades realizadas, permitindo identificar os objetivos delineados e a aquisição das competências.

De forma a fundamentar o trabalho desenvolvido, o mesmo desenvolveu-se tendo como pressuposto a uma das teorias inseridas na Escola do Cuidar, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. A sua marcante defesa pela humanização do cuidar identifica-se comigo, com a minha prática profissional diária.

Este relatório de estágio encontra-se, portanto, estruturado em introdução, dois capítulos e conclusão, tendo sido redigido de acordo com a norma de referências bibliográficas *American Medical Association 11th edition*.

## 1. REVISÃO DA LITERATURA: FUTILIDADE TERAPÊUTICA - PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

### Introdução

Atualmente, pelo desenvolvimento das ciências médicas e da saúde, tem se verificado um aumento da sobrevivência. Muitas doenças, situações agudas e problemas que antes eram considerados fatais são cada vez mais controláveis e na maioria das vezes curáveis. Estes avanços, sobretudo pelos verificados a nível tecnológico, revolucionam diariamente a forma como os cuidados de saúde funcionam. Contudo, questiona-se a longevidade sem qualidade de vida em fases terminais e, neste sentido, tem sido um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros.<sup>7,41,56,96</sup>

Em consonância, surge um aumento da procura por leitos em unidades de cuidados intensivos, até porque pela sua definição são serviços que proporcionam prestação de cuidados de elevada complexidade a pessoas com doença crítica, em condições fisiopatológicas com risco ou falência de uma ou mais funções vitais com elevada vulnerabilidade. Ainda assim potencialmente reversíveis, fruto do excepcional desenvolvimento multidisciplinar não só das tecnologias utilizadas na monitorização, na vigilância contínua, nas medidas diagnósticas e nas múltiplas modalidades de suporte de órgãos fisiológicos, mas também na área da fisiopatologia e terapêutica.<sup>41,47,113,116,117</sup>

Independentemente do nível de cuidado, a pessoa encontra-se sujeita a riscos de mortalidade e morbidade significativos, sendo que a morte é um evento recorrente nas UCI.<sup>20,116</sup> Mesmo assim, face à tecnologia avançada e recursos terapêuticos disponíveis, cada vez mais domina uma cultura de negação da morte.<sup>20,41,62</sup> O que acarreta dilemas éticos complexos e, portanto, múltiplas

questões éticas no cuidado de pessoas que vivenciam o processo de morrer e a morte, em particular pela eventual futilidade nos cuidados, tratamentos e intervenções instituídos.<sup>20,62,82</sup>

Neste contexto, embora a tecnologia ofereça um fascinante potencial para o aumento da expectativa de vida, para o prolongamento da vida, nem sempre garante qualidade de vida.<sup>22,51</sup> Por conseguinte, repara-se numa maior dificuldade em definir o prognóstico das pessoas em situação crítica, bem como determinar o quanto o tratamento está a ser agressivo, quando esse tratamento é fútil devendo ser interrompido, e quando se chegou ao limite de forma que o processo de morte deva ser aceite, providenciado e suportado.<sup>20,51</sup>

Identicamente, devido à escassez de leitos, debate-se a existência sobre futilidade terapêutica até porque muitos estudos comprovam uma proporção considerável dos recursos das UCI para casos deste cariz.<sup>6,8,45,49,76,80</sup>

A maioria dos médicos e enfermeiros de cuidados intensivos relata ter a experiência de fornecer cuidados fúteis, ou seja, de cuidados inadequados ou excessivos.<sup>51,64,66,78,80,86,94,100,105,106,114</sup> A pesquisa realizada por Palda, Bowman, McLean e Chapman mostra que 87% dos médicos e 95% dos enfermeiros sentiram que tinham prestado cuidados fúteis pelo menos uma vez no ano anterior à pesquisa.<sup>80</sup>

Apesar de muitos médicos e enfermeiros relatarem fornecer futilidade terapêutica, não existe uma descrição universalmente aceite. Pouco se sabe sobre as definições e perceções dos profissionais de saúde.<sup>106,121</sup> Verificando-se alguma controvérsias sobre a sua definição.<sup>100,106,117</sup>

Vieira *et al.* na sua revisão de literatura sobre o conceito de futilidade em saúde corroboram isso mesmo, identificando inclusive alguns elementos centrais: “o diagnóstico de futilidade está intimamente relacionado com o julgamento clínico; a futilidade tem raízes quantitativas e qualitativas; a futilidade é sempre apreciada a posteriori; futilidade está relacionada com a falta de benefício”.<sup>117</sup>

A definição de futilidade terapêutica é percebida e interpretada de diversas maneiras. Varia com base na condição da pessoa tal como nos julgamentos do sucesso ou insucesso do tratamento, nível de informação, e nos valores pessoais (designadamente, como percebe a qualidade ou a quantidade de vida), crenças espirituais e valores éticos do médico, enfermeiro, pessoa e família.<sup>21,41,51,55,70,80,94,114,120</sup>

Na época de Hipócrates, iniciou-se o debate do tema com a definição de medicina - inclui cessar com o sofrimento, reduzindo o impacto da doença todavia recusando tratamento para os casos onde a medicina é impotente.<sup>47,58,62,120</sup>

O termo "cuidado fútil" foi definido pela primeira vez em 1980, utilizado na ética médica em 1990 e nos últimos anos discutido com interesse crescente.<sup>46</sup> Neste sentido, a despeito da pluralidade do conceito, alguns autores consideram "futilidade terapêutica" aquando do tratamento e/ou do cuidado que não traz benefício à pessoa, apenas efeitos terapêuticos que são fúteis e inúteis.<sup>46,97</sup> Principalmente pelos que são prestados de formas inadequada, que prolongam a vida sem o melhor prognóstico e sem aliviar os sintomas.<sup>67</sup> Não conduzem à sobrevivência, não permitem a alta ou a melhoria da sua qualidade de vida.<sup>21</sup>

Quinn definiu futilidade terapêutica como: "uma situação fútil existe quando o tratamento não pode, dentro de uma probabilidade razoável, curar, melhorar ou restaurar uma qualidade de vida que seria satisfatória para a pessoa". Outros estabeleceram na categorização diretrizes quantitativas e qualitativas: tratamento "fisiologicamente implausível", "não benéfico" ou "não validado, mas plausível".<sup>90</sup>

Em 2009, Lo expôs duas definições de futilidade terapêutica baseadas em: a possibilidade de sucesso é improvável; o objetivo pode não ser alcançado; a qualidade de vida implausível da pessoa; a dimensão do consumo de recursos excede os benefícios esperados. De acordo ainda com o autor, pode ser dividida em quatro dimensões: decisões e julgamentos feitos por médicos sobre o

tratamento; consentimento da pessoa (ou familiares ou seus substitutos legais); decisões e julgamentos dos médicos; valor atribuído à qualidade de vida do paciente; uso de recursos médicos.<sup>59</sup>

Nas UCI, uma proporção considerável de recursos é destinada a cuidados fúteis, sendo evidenciado que entre 40 a 60% dos cuidados prestados são inúteis.<sup>69,80</sup>

Cuidados fúteis aumentam riscos, perdas, custos e criam complicações (como por exemplo: úlceras por pressão, infecções por cateter, pneumonia induzida por ventilação mecânica invasiva) que excedem os benefícios para a pessoa.<sup>37,68,81</sup> Relativamente aos custos de cuidados fúteis, somam-se cerca de 30% a todos os gastos de tratamento. Estudos têm evidenciado que, sem cuidados fúteis, poderiam ser poupados milhões de dólares.<sup>68</sup> Não obstante a todas as consequências para a pessoa e para a família, averigua-se o impacto negativo na satisfação profissional.<sup>78</sup>

Neste sentido, tem-se indagado sofrimento moral e exaustão emocional nos enfermeiros. As experiências negativas são ampliadas pela posição do enfermeiro na hierarquia do trabalho, um fator que contribui para a falta de voz na discussão sobre futilidade terapêutica, porque geralmente as decisões de tratamento são tomadas sem prévia discussão, são tomadas unicamente pelo médico/equipa médica.<sup>54,78,83,87,122</sup> Dado que grande parte dos resultados advém do enfermeiro, ou seja, dependem diretamente da sua prática de cuidados e da implementação das terapêuticas prescritas.<sup>13,25,41,99</sup>, se cumprir terapêuticas com as quais não concorda, pode vir a sofrer intensamente pelo conflito com seus próprios pontos de vista, chegando a questionar os valores que fundamentam sua prática e os valores sobre o benefício desse tratamento na pessoa.<sup>51,57,82</sup>

Porém, revisões recentes sobre a melhor forma de abordar situações fúteis, promovem modelos de tomada de decisão colaborativa, sendo que os enfermeiros estão a ser reconhecidos como os primeiros a serem questionados. Contrariamente ao utilizado nas definições de futilidade terapêutica antes de

2009, tendo em conta que as definições envolvem julgamentos de valor, não devem ser avaliadas apenas por médicos.<sup>52</sup>

Quando a pessoa está na UCI, depende dos enfermeiros para a satisfação das suas necessidades.<sup>39,66</sup> Os enfermeiros são assim os profissionais de saúde com uma relação mais estreita e que passam mais tempo com a pessoa. Por conseguinte, geralmente detêm diferentes perceções sobre a futilidade terapêutica.<sup>55,80,95</sup>

Pelo exposto anteriormente, mas acima de tudo pelo grau de proximidade com a pessoa, os enfermeiros têm papéis de defesa da pessoa nas práticas do cuidado e no processo de tomada de decisão do tratamento. O enfermeiro deve cuidar com competência profissional tendo sensibilidade ética sobre futilidade terapêutica, nomeadamente devido ao cuidar ser a essência e o cerne de enfermagem.<sup>13,25,41,95,99</sup> Cuidar esse que garanta o conforto da pessoa e o seu alívio da dor, podendo até vir a fornecer aconselhamento e a explicar a sua condição clínica.<sup>3,39,41,64,66</sup>

Em suma, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na futilidade terapêutica ou na sua prevenção, pois estando sensibilizados e com experiências anteriores, o seu papel pode ter efeitos importantes e positivos principalmente sobre a pessoa e a sua família.<sup>123</sup>

Sendo assim necessário discutir tais práticas, compreender o papel do enfermeiro e como têm respondido à implementação da futilidade terapêutica. Além do mais, por explorar-se as perceções dos enfermeiros, pode-se conseguir esclarecer as ambiguidades existentes deste tema.

## **Objetivo**

Descrever a perceção dos enfermeiros de unidades de cuidados intensivos de adultos sobre futilidade terapêutica dos cuidados implementados à PSC.

## Método

De modo a compreender-se a evidência científica para o problema que se decidiu estudar, procedeu-se à realização de uma revisão sistemática da literatura a partir da *Scoping Review*, protocolo do *The Joanna Briggs Institute*, incluindo-se o desenvolvimento dos seguintes passos: questão de pesquisa, pesquisa em bases de dados científicas, critérios de inclusão e de exclusão, seleção de estudos, análise e interpretação dos estudos selecionados e síntese e apresentação de resultados.<sup>84</sup>

Assim, definiu-se o objetivo do estudo supra anunciado e, posteriormente desenvolveu-se a questão de investigação: Para os enfermeiros que desempenham funções em unidades de cuidados intensivos de adulto (População), quais é que são as suas perceções sobre futilidade terapêutica (Conceito) na PSC internada em UCI (Contexto)?

A formulação desta questão de pesquisa responde ao objetivo traçado e serve, portanto, como o princípio orientador desta revisão de literatura.

A estratégia de pesquisa foi conduzida através do motor de busca *EBSCOHost*, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Methodology Register*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *Cochrane Clinical Answers*, bem como pelas bases de dados *Scopus e Web of Science*.

Optou-se por eleger uma pesquisa num período compreendido entre janeiro de 1990 e dezembro de 2022, devido ao conceito “futilidade terapêutica” ter surgido pela primeira vez na literatura médica na década de 1990, permitindo, deste modo, uma maior abrangência de resposta ao objetivo do estudo. Identificaram-se estudos publicados em português, inglês, espanhol, francês e turco.

Para a pesquisa incluiu-se os seguintes descritores, que foram extraídos de *Medical Subject Headings* e de *Vocabulary Descriptors in Health Sciences: nursing*

(enfermagem), *futility* (Futilidade), *futile* (fútil), *critical care* (cuidados intensivos), *critical illness* (doença crítica), *critically ill patient* (paciente em estado crítico) e *intensive care unit* (unidade de cuidados intensivos). De modo a encontrar a melhor evidência que respondesse à pergunta de partida, os descritores foram conectados com os operadores booleanos “AND” e “OR” com o arranjo: “*Futility*” OR “*futile*” AND “*Nursing*” AND “*Intensive Care Units*” OR “*Critical Care*” OR “*Critically Illness*” OR “*Critically Ill patients*”.

Identificou-se um total de 689 resultados, procedendo-se então à remoção dos 226 duplicados e posterior avaliação dos 457 resultados em duas fases: a fase de exclusão após a leitura dos títulos e interpretação dos *abstracts*, o que permitiu a identificação de 29 estudos com potencial interesse de inclusão; e a segunda fase através da leitura integral de todos os estudos, aplicando os critérios de inclusão e uma análise dos níveis de evidências e qualidade metodológica, selecionou-se 14 estudos para esta revisão de literatura (Figura 1).

Os estudos antepostos, além de se encontrarem publicados em revistas acadêmicas, apresentam as referências bibliográficas disponíveis e aplicam metodologias voltadas para o objeto de estudo, centrando-se maioritariamente em enfermeiros que desenvolvem a sua prática profissional em unidades de cuidados intensivos de adultos. Foram excluídos os estudos que não evidenciam estas características, nomeadamente pela metodologia ambígua e/ou pela não relação ao objeto de estudo nem refletiam a percepção dos enfermeiros.

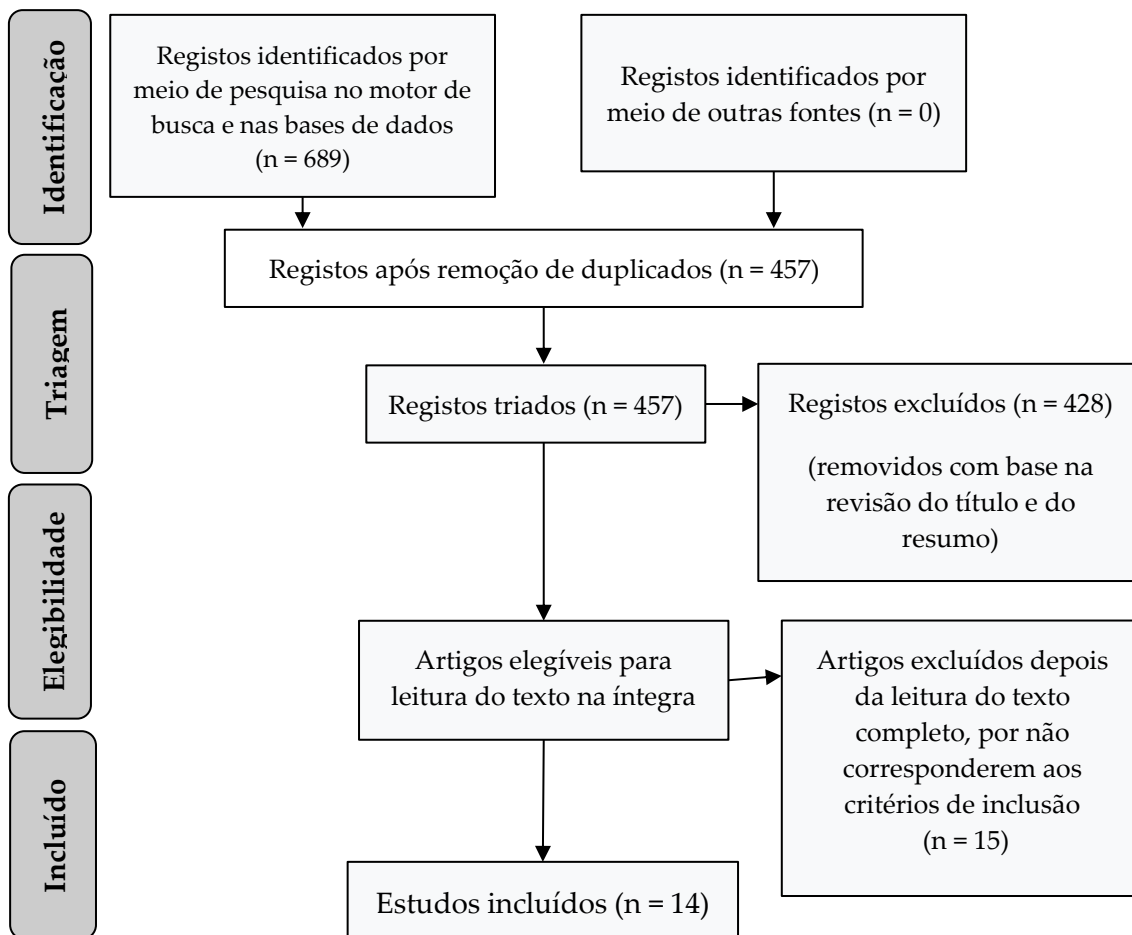


Figura 1 - Processo de pesquisa de literatura

## Resultados

De maneira que a leitura e interpretação dos estudos incluídos nesta revisão fosse facilitada, optou-se por apresentar os resultados obtidos por meio de uma tabela (Apêndice I). Para cada estudo é correspondentemente apresentado os autores, o título, o desenho, a população, o objetivo e as principais conclusões.

Subsequentemente, tendo por base os resultados encontrados, irá proceder-se à discussão e análise dos mesmos.

## Discussão

No que se refere ao conceito de “futilidade terapêutica”, verificou-se a não existência de uma definição única devido à sua complexidade, estando

intimamente associada a um processo ético altamente complexo.<sup>51,118</sup> Consequentemente e como evidenciado no estudo realizado em Portugal por Vieira *et. al*, os enfermeiros apresentam dificuldade “em caracterizar a dimensão e extensão desta conceção, tendo os participantes manifestado algumas reservas, sobretudo na apresentação de propostas de termos/terminologia para esta dimensão”.<sup>119</sup>

Na Turquia, considerando que alguns enfermeiros (cerca de 35%) não definiram o conceito, pode-se acreditar que não é popular nesse país, nem que os enfermeiros estejam familiarizados.<sup>77</sup> Até mesmo no Brasil, verificou-se algo idêntico. Quando os participantes foram questionados sobre o termo, a maioria afirmou desconhecer. Contudo, após a leitura de uma definição, consideraram ser uma prática muito presente em UCI.<sup>19</sup>

A análise das respostas dos questionários aos enfermeiros de UCI, sugere a presença de futilidade terapêutica nestes serviços. Constatou-se que entre 55% a 60% dos enfermeiros afirmaram que algumas das pessoas admitidas receberam tratamento fútil com alguma frequência apesar da falta de prognóstico favorável, inclusivamente, alguns responderam ser todos os dias.<sup>26,77,79</sup>

Não obstante à existência de futilidade terapêutica nesse contexto, não se exclui a complexidade do conceito, isto é, não é facilitado a sua caracterização. Como referem Yekefallah *et al.*, o conceito resulta da cultura, valores, religião, crenças, efeitos médicos e estado emocional de um país.<sup>123</sup> Deste modo e apesar dos participantes dos diversos estudos apresentarem diferentes perspetivas, em concreto acerca do significado do termo “fútil”, há algumas semelhanças passíveis de o clarificar devido, essencialmente, à possível complementaridade das evidências verificadas.<sup>124</sup>

Num estudo intitulado “*Nurses’ experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study.*”, conduzido no Irão, a futilidade terapêutica foi definida, por parte dos enfermeiros, como “cuidados inúteis e ineficazes, com desperdício de recursos e tormento de pacientes e enfermeiros com aspetos

médicos e de enfermagem".<sup>123 (pág. 235)</sup> O mesmo demonstra que na perspectiva dos enfermeiros, o cuidado fútil não melhora a condição do paciente e é prestado sem rumo, diminuindo a qualidade do cuidado prestado.<sup>123</sup> Identicamente, os enfermeiros de UCI de Taiwan, reconheceram como o que não beneficia evidentemente a condição da pessoa ou a sua qualidade de vida.<sup>77,79,124</sup> Em Ontário, menciona-se o mesmo, mas dando ênfase ao uso de recursos consideráveis para uma esperança razoável de que a pessoa possa recuperar um estado de relativa independência ou interagir adequadamente com o seu ambiente.<sup>106</sup> Concomitantemente, no estudo Turco "*Opinions of Nurses Working at Critical Care Units on Futility in Therapy and Practice.*", refere-se ao tratamento inútil ao qual faz mais mal do que bem, suporta doenças incuráveis, bem como se aplica em casos de morte cerebral ou de doença oncológica terminal.<sup>77</sup>

Complementando a informação exposta previamente, tanto em Ontário como na Turquia, determinaram que a dor e o sofrimento não seriam essenciais para a definição, mas que ambos tornam as circunstâncias de futilidade terapêutica particularmente angustiantes para os profissionais de saúde e para a própria pessoa.<sup>79,106</sup>

Na determinação de se o tratamento ou cuidados seria fútil, a maioria experiência dilemas éticos.<sup>77,79,124</sup> Vieira et al. (2020), na sua revisão da literatura considera que a sua implementação desrespeita os princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça, não respeita a integridade e a dignidade da pessoa.<sup>118</sup>

Ainda que os enfermeiros tenham reconhecido futilidade terapêutica, demonstraram serem incapazes de interromper os tratamentos e cuidados porque por um lado, supõem que as condições da doença podem mudar inesperadamente e por outro, consideram que a prestação de futilidade terapêutica acontece devido à exigência legal e cultural.<sup>124</sup>

Em algumas UCI, a tomada de decisão sobre cessar ou continuar o tratamento é feita unilateralmente pela equipe médica, levantando preocupações

sobre o julgamento carregado de valor.<sup>51</sup> Yildirim *et al.* no seu estudo constata que a opinião dos participantes não foi clara acerca de quem decidirá, no entanto a literatura verificada pelos autores enfatiza que a pessoa e família têm prioridade.<sup>125</sup>

A falta de comunicação efetiva, a ausência de diretrizes nacionais e internacionais claras sobre o início e a manutenção do tratamento, a falta de educação, os exemplos positivos dos médicos, o medo da responsabilidade legal, bem como as dúvidas éticas e ideológicas, podem levar ao sofrimento moral, em particular, por parte do enfermeiro dada a sua proximidade.<sup>26,77</sup> Os enfermeiros sentem frustração por terem de administrar um tratamento com o qual não concordam. Este conflito moral, inevitavelmente, pode direcionar o enfermeiro a deixar esta área diferenciada ou até abandonar a profissão de enfermagem.<sup>51,96,125</sup>

Apesar da dificuldade de uma definição única de futilidade terapêutica, identificaram-se as seguintes situações onde se verifica: implementação das intervenções apesar da evidência de indicadores biofisiológicos incompatíveis com a vida; persistência do cuidado que visa apenas o prolongamento da vida; pessoas com situações cirúrgicas altamente irreversíveis associadas a comorbilidades graves; contextos de resultados inatingíveis e que não justificam a implementação de intervenções.<sup>119</sup> Adicionalmente a estes achados, Yekefallah *et al.* incluem os seguintes aspetos, onde também se confirmam: medidas tomadas pela equipa médica (admissão fútil, procedimentos diagnósticos e ordens médicas) e de enfermagem (intervenções fúteis de enfermagem e atribuições de funções irrelevantes para enfermeiros).<sup>123</sup>

Relativamente à futilidade terapêutica especificamente de enfermagem, em "*Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group*" foram identificadas quatro subcategorias por enfermeiros especialistas em terapia intensiva do adulto: situação de futilidade declarada em enfermagem, intervenções fúteis de enfermagem, o reconhecimento de futilidade terapêutica em enfermagem e

abrangência da futilidade terapêutica em enfermagem. Destacam-se as situações de futilidade terapêutica declarada em enfermagem, que nos mostra onde o enfermeiro poderá constatar maior conflito ético: participação em algumas intervenções de enfermagem interdependentes que são prescritas por outros profissionais de saúde e nas quais o enfermeiro assume responsabilidade pela sua implementação, com particular destaque para a colocação de dispositivos clínicos invasivos; intervenções autónomas de enfermagem, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição e execução; intervenções implementadas exclusivamente por normas e protocolos, rotinas ou escores; a prestação de cuidados em exames complementares de diagnóstico que visem exclusivamente um diagnóstico e que não ofereçam qualquer contributo para a melhoria do prognóstico/resultado.<sup>119</sup>

Como causas para a sua prática poderão indicar-se várias. As mais evidentes e as que na sua generalidade se verificam nos artigos preferidos nesta revisão da literatura, são as seguintes: diferentes perceções de futilidade terapêutica; costumes culturais; conceções religiosas; valores pessoais e profissionais; dificuldades em lidar com a morte e com a impotência em evitar a morte; solicitações do médico; pedido da família; exigência da direção do hospital; mudanças imprevisíveis na condição clínica da pessoa; falta de comunicação oportuna e qualificada; priorização da cura da pessoa e acreditar no princípio da beneficência pela minimização de danos.<sup>19,79,123,124</sup>

Mais da metade dos médicos e enfermeiros afirmaram que não se deve oferecer tratamento fútil para pacientes em UCI “Fornecer tratamentos e cuidados fúteis é contrário aos objetivos da medicina” .<sup>79</sup> Num estudo Polaco para os enfermeiros mais jovens, ou seja, aqueles com menor tempo de trabalho, foi mais notória a importância do conforto nos últimos dias de vida da pessoa, provavelmente devido à visão de mundo mais moderna com a ideologia de uma vida plena, não limitada pela doença.<sup>26,77</sup>

De salientar a importância da média de horas de trabalho por semana, uma vez que está diretamente relacionado com a percepção de cuidados fúteis. Quando um enfermeiro realiza frequentemente uma ação, apesar de saber da sua futilidade, a sua percepção das situações ficará alterada.<sup>97</sup>

Existe uma relação direta entre futilidade terapêutica e desperdício de recursos, conflitos morais e emocionais, exaustão dos enfermeiros e intenção de rotatividade dos enfermeiros, tendo sido além disso verificada uma relação negativa entre a percepção do cuidado fútil e o comportamento dos enfermeiros no cuidado.<sup>96,118,125</sup> Particularmente em casos terminais, em virtude pelo respeito à vida, pelo seu instinto de manter vivo e pelos cuidados com a pessoa de grande proximidade à mais avançada tecnologia.<sup>125</sup>

Na sua generalidade, não se comprovou nenhuma prática voltada para a prevenção.<sup>77</sup> Alguns dos estudos apontam sugestões de medidas a implementar.

De forma a poder-se prevenir ou reduzir a necessidade de administrar cuidados médicos fúteis, determinar o momento ideal para a comunicação, confortar a família da pessoa e comunicar mudanças na condição crítica clínica presente são elementos fundamentais.<sup>124</sup>

Foram evidenciadas estratégias preventivas, privilegiando-se o cuidado humanizado essencialmente pela escuta dos valores e vontades da pessoa face ao processo de morrer e de morte, à perspectiva de vida e o modo como os sintomas da doença e do tratamento o poderão afetar.<sup>19</sup> Parece assim, ser mandatário levar em consideração o uso justo de recursos limitados, o princípio ético (não causar danos) e os critérios nacionais, incluindo dimensões éticas e legais.<sup>125</sup> Do mesmo modo, aponta-se de extrema relevância a discussão regular dos cuidados e tratamentos em reuniões multiprofissionais de forma a delinear-se o melhor a ser feito.<sup>19</sup> Quando fica claro que a recuperação é improvável, competências e experiências de alto nível são necessárias para julgar, decidir e gerir os próximos passos.<sup>51,124</sup> A decisão pelo tratamento e cuidado fútil deve ser de

responsabilidade compartilhada, sendo de relevante importância o promover de consenso entre equipas multidisciplinares, pessoa e família da pessoa.<sup>79,124</sup>

Foi demonstrada a necessidade e a importância de se assumir o grande desafio ético de avaliar as medidas terapêuticas. Partindo do pressuposto que não implementar tratamentos de cura não significa deixar a pessoa morrer, mas, sim, aceitar o processo de morte, que não tem como ser evitado, sobressai o papel do enfermeiro. Quando a cura não é possível, é necessário cuidar, é necessário proporcionar a manutenção da qualidade de vida, respeitando-se a sua integridade e autonomia.<sup>19</sup>

Nessas situações é também necessário conhecer e entender a percepção das pessoas na hora de tomar a decisão de limitar ou continuar o tratamento, pois quando essa decisão é puramente unilateral surgem questionamentos quanto aos juízos de valor. Os enfermeiros referem que existem oportunidades para participar no processo de tomada de decisão, considerando que a sua participação pode ser de grande importância e ter um impacto significativo na experiência da pessoa e da família, como forma de prevenir a ocorrência deste fenómeno e as consequências negativas associadas.<sup>51,96,118,119</sup>

Na opinião dos enfermeiros, para limitar-se a tomada de decisão sobre futilidade terapêutica, devem incluir-se critérios de elegibilidade precisos, declaração de vontade da pessoa, ato legal inequívoco e educação da população sobre esse assunto.<sup>26</sup>

Os enfermeiros são agentes essenciais na suspensão de tratamentos e cuidados fúteis, podendo ter um impacto significativo por poderem desempenharem um papel fundamental na gestão de cuidados fúteis, numa posição de defensores da pessoa, mediadores e coordenadores das famílias e das equipas.<sup>51,91</sup> O desenvolvimento das competências dos enfermeiros nesta área, nomeadamente por parte dos enfermeiros gestores, é um valioso contributo, sobretudo através da formulação de estratégias de suporte para reduzir a

quantidade de cuidados fúteis e, conseqüentemente, resolver os problemas específicos dos enfermeiros em UCI.<sup>91,96,97,118,119,125</sup>

## **Conclusão**

O conceito de futilidade terapêutica em UCI, ainda que seja difícil a sua definição clara e única, é percebida pela maioria dos enfermeiros. Comparando esta revisão de literatura com as outras duas realizadas por Vieira *et.al* em 2009 e Rostami *et al.* Em 2016, conseguiu-se averiguar com maior precisão essa mesma percepção e mais ainda, reforçar a fulcralidade do enfermeiro nestes contextos.

Apesar de a pesquisa ter sido realizada de janeiro de 1990 a dezembro de 2022, foram selecionados artigos de 2006 a 2022, podendo-se assim constatar um crescente interesse na sua análise, o que não é de todo descabido, sobretudo devido ao desenvolvimento da tecnologia na área da saúde. Estes 16 anos de análise refletem evolução, mas com particular dificuldade em implementar medidas preventivas.

O facto de se ter evidenciado ser uma prática comum, a tomada de conhecimento principalmente do conceito, carece então de diligência das equipas multidisciplinares, principalmente das equipas de enfermagem por serem quem estão mais próximo da pessoa e da sua família.

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A enfermagem tem se afirmado como desafiante, especialmente pela sua exigência crescente a nível técnica e científica.<sup>115</sup> A diferenciação e a especialização tendem a ser uma realidade mais comum. Creio que os estágios sejam momentos de aprendizagem indispensáveis ao enfermeiro, permitindo aplicar a teoria na prática sob a orientação de um orientador com o intuito, neste caso em particular, de adquirir competências que promovam a melhoria da qualidade dos seus cuidados, procurando igualmente capacitar-se para o nível de perito.

O perfil de um enfermeiro especialista surge da indiscutivelmente da importância do aperfeiçoamento profissional, de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, e assim, a aquisição de um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção e que, portanto, conferem também ao enfermeiro níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.<sup>92</sup> A todos os enfermeiros especialistas são conferidas transversalmente competências comuns fruto do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.<sup>92</sup> A EMC: Enfermagem à PSC uma das possibilidades para atribuição de título de especialista, apresentando consequentemente as suas competências específicas.

Os cuidados de enfermagem à PSC acontecem em contexto de risco imediato ou falência de uma ou mais funções vitais, sendo importante detetar precocemente qualquer complicação, durante a manutenção das suas funções básicas, com o objetivo de recuperação.

De referir que sem teoria, o conhecimento científico de enfermagem na prática não é possível. As teorias constituem explicações, descrições e prescrições úteis, permitindo o outro tomar conhecimento quem é o enfermeiro naquele contexto em particular.<sup>14</sup>

Pela minha experiência de vida e profissional, cada vez mais me identifico com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, inserida na Escola do Cuidar nas Escolas de Pensamento a ser considerada e adotada, fazendo da minha prática enquanto enfermeira bastante inteirada pela mesma, salvo raras exceções. A mesma foi evidente durante a minha *praxis* em contexto de estágio e é presenciada ao longo deste relatório.

A pessoa é o centro da atuação do enfermeiro, mas com os seguintes dez fatores orientadores do cuidado: Ser generoso, na forma como o enfermeiro se lê a si e aos outros; Promoção da fé e da esperança; Solução criativa para problemas; Formação necessária dos enfermeiros, uma formação humanista, altruísta e baseada num sistema de valores próprio; Assumirmos como enfermeiros expressões mais positivas e mais negativas quando cuidados de alguém porque também somos pessoas; Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança na relação humana do cuidado; Aprendizagem constante e formação contínua; Proteção e suporte circundante ao ambiente onde a pessoa está; Assistência face às Necessidades Humanas Básicas; A permissão das forças fenomenológicas e espirituais.<sup>108</sup>

Em complementaridade com o que foi previamente descrito e como menciona Figueiredo: “não basta executar cuidados de enfermagem com delicadeza, solicitude e simpatia, mas também questionar a própria ação, refletir sobre o porquê das coisas” .<sup>42 (pág. 113)</sup> Neste sentido os dois subcapítulos que se seguem descrevem de forma reflexiva e crítica e reflexiva do que me pareceu retrospectivamente mais pertinente na aquisição das competências nos diferentes contextos de estágio, como por exemplo: objetivos definidos e atividades desenvolvidas; maiores dificuldades sentidas e estratégias utilizadas.

De forma a ser-se possível contextualizar as atividades desenvolvidas durante esta unidade curricular, neste capítulo são também caracterizados os locais de estágio elegidos como ideias para o desenvolvimento das “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, definidas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, e das “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, que se encontram no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros, bem como das presentes no “Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior” aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018. Tendo em consideração que este relatório é de natureza pública, foram excluídos os nomes das instituições.<sup>74</sup>

## 2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

A primeira parte da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” desenvolveu-se em contexto de estágio, teve início a 5 de Setembro de 2022 e termo a 26 de Outubro de 2022, com uma carga horária de 180 horas de estágio, de 10 horas de orientação tutorial e de 175 horas de trabalho individual. Visou principalmente a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, uma vez que é descrito como competência específica deste profissional o descrito na alínea a) do n.º 1 do artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.”<sup>74</sup>

O ensino clínico teve lugar num SU de Lisboa, correspondendo ao nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência. A opção, por este SU para a prática clínica, prendeu-se com o facto de ser um SU de referência.

“Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (alínea 2 do artigo 1º do Despacho Normativo no 11/2002).<sup>30</sup>

Este SU não é exceção pela positiva, particularmente por cumprir as características pela qual é definido, ou seja, as referentes ao nível três de acolhimento de situações de urgência/emergência e de resposta. Como define a alínea c) do Despacho do Ministério da Saúde n.º 727/2007, de 15 de janeiro de 2007, significa dispor, para além dos recursos Humanos (equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência), das valências médicas e das especialidades com os respetivos equipamentos (medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório, imagiologia, patologia clínica com toxicologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia, medicina intensiva, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, gastroenterologia com endoscopia, neurocirurgia, pneumologia com endoscopia, psiquiatria, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética), a articulação com as urgências específicas de pediatria e obstetrícia segundo as redes de referenciação. Concede igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral [AVC]), Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.<sup>31</sup>

Relativamente à sua estrutura física é um serviço grande e diversificado. Desta forma, encontra-se dividido segundo o grau de prioridade e necessidade de cuidados/terapêutica por várias áreas de atuação de atendimento, implementando, especialmente, a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester, conforme referido na norma "Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata" da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2018.<sup>35</sup> O próprio hospital, encontra-se organizado de forma a assegurar toda a articulação necessária para a continuidade de cuidados à PSC, desde o pré-

hospitalar, passando pelo SU até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas.

Contempla fundamentalmente 2 Salas de Triagem, 2 Salas de Pequena Cirurgia (e Sala de Abscessos), Sala de Ortopedia, Gabinetes Médicos, Sala de Imagiologia, Sala de Análises Clínicas e Eletrocardiografia, Sala de espera de azuis e verdes (atendimento a doentes triados com prioridade Não Urgente [pulseira azul] e prioridade Pouco Urgente [pulseira verde]), 2 Balcões de amarelos e laranjas (atendimento a doentes triados com prioridade Urgente [pulseira amarela] e prioridade Muito Urgente [pulseira laranja]), 2 Salas de Trauma, 2 Salas de Emergência e 6 Salas de Observação.

A denominação “Balcão” representa a zona do SU onde os doentes autónomos, em cadeira de rodas ou em maca são encaminhados depois de serem triados, para que decorra a observação médica e a prestação de cuidados para a sua estabilização/recuperação, nomeadamente algumas técnicas invasivas, oxigenoterapia e medicação de urgência.

O SU incorpora uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de ação médica, técnicos de apoio, administrativos e entre outros essenciais ao funcionamento global e o mais adequado possível, como é o caso da presença de polícias.

Verifica-se a aplicabilidade da Base 21 da Lei de Bases da Saúde, legislada na Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, ou seja, é salvaguardado o princípio da equidade no acesso aos cuidados de saúde. Cada pessoa detém o mesmo direito a cuidados de saúde.<sup>10</sup>

Com uma ampla capacidade de atendimento a pessoas doentes de todos os foros, médico e cirúrgico, e suas famílias, de forma a que se verifique um atendimento eficaz e organizado no SU, estabelece-se um circuito próprio desde o processo de inscrição e admissão no serviço, bem estruturado e traçado pela equipa, principalmente pela equipa de enfermagem. Esta medida também

proporciona uma prestação de serviços de saúde adequados, mais estruturados e coerentes, de acordo com a situação e prioridades identificadas no processo de triagem, tendo dessa maneira em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem tal como, em associação, promover mais adequadamente uma humanização no atendimento e na prestação de cuidados.

De acordo com Sheehy, reduzir a mortalidade e a morbidade num SU pela importância do sistema de prioridades, pois assume-se como estruturante, Neste sentido, o processo de admissão apresenta dois sentidos iniciais. As pessoas com situações de emergência médica, uma vez que necessitam de cuidados imediato, entram diretamente para a sala de emergência (SE)/trauma, enquanto que as restantes iniciam com o administrativo e posteriormente, aguardam pela chamada às salas de triagem para que seja feito o acolhimento. O mesmo é realizado pelo enfermeiro escalado na sala de Triagem, que formaliza a avaliação clínica a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pela pessoa ou pelo profissional de saúde que motiva a pessoa a recorrer ao SU.<sup>104</sup>

Efetua-se, então, uma avaliação inicial sumária tendo como base o fluxograma do sistema de triagem de Manchester. O enfermeiro seleciona o fluxograma mais específico e através dos diferentes discriminadores questiona. Este método permite estabelecer prioridade clínica rapidamente, incluindo a pessoa numa das cinco prioridades clínicas que podem ser gerais ou específicas, essencialmente de modo a controlar e a gerir prioridades relativas às necessidades de cuidados de saúde, sobretudo para o atendimento de cuidados urgentes à PSC que apresente situação comprometedora à sua vida. Abrange portanto 5 níveis de prioridades, cada um com cor diferente correspondente a um tempo alvo de observação inicial: prioridade máxima, emergente - cor vermelha (0 minutos); muito urgente - cor laranja (até 10 minutos); urgente - cor amarela (até 60 minutos); não urgente - cor verde (até 120 minutos); situação que não justifica deslocação ao SU - cor azul (até 240 minutos). Após a triagem de

prioridades, a pessoa é encaminhada para as diferentes áreas de atendimento.<sup>50,104</sup>

A pessoa triada com a cor Verde e Azul é encaminhada para a sala de espera “Verdes e Azuis” para posterior observação em gabinete médico, que face à constante grande afluência de pessoas no serviço e pelo seu carácter não e pouco urgente (não justifica encaminhamento rápido), verifica usualmente bastante tempo de espera para atendimento. Onde o seu atendimento é mais rápido, corresponde à cor Amarelo e Laranja, podendo ser direcionado para os Balcões de Amarelos e Laranjas, exceto o que assume especificidades correspondentes às especialidades das salas de Pequena Cirurgia (e sala de Abscessos) ou Sala de Ortopedia, que por vezes poderia não apresentar necessidade de ir aos balcões. De acordo com a situação concreta terá alta hospitalar, é transferida para outro serviço/hospital ou permanecerá no SU na Sala de Observação, sendo que no último caso justifica-se pelo seu estado hemodinâmico que requeira vigilância, monitorização e cuidados mais diferenciados que não sejam de UCI.

Como referido anteriormente e tendo como perspetiva constante a otimização do atendimento, o SU é provido de sistema de orientação de vias verdes, nomeadamente via verde AVC, via verde coronária, via verde sépsis e via verde trauma - protocolos elaborados pela DGS cujo o objetivo é acelerar o início do diagnóstico e tratamentos. A pessoa que reúna estas condições, bem como qualquer doente que se encontre em falência ou eminência, entra diretamente na SE. O mesmo acontece com pessoas oriundas do exterior, transferidas pelas equipas do extra-hospitalar ou provenientes de outros serviços do hospital/do próprio SU, às quais se verifique falência de uma ou mais funções vitais, isto é, triadas cor Vermelha.

Estrategicamente a SE está localizada junto à porta de entrada. A admissão é notificada por um sinal sonoro audível em todo o SU, sendo que na eventualidade de o enfermeiro chefe de equipa e/ou o médico forem informados

previamente da entrada necessária nessa sala, comunica-se aos restantes elementos da equipa, acima de tudo para que sejam agilizados os eventuais recursos materiais, técnicos e humanos para situação clínica descrita (na sua maioria, informações transmitidas via telefone pelas equipas do extra-hospitalar).

A PSC particularmente sob situação de emergência, carece de cuidados e assistência imediatos.<sup>75</sup> Posto isto, como descreve Martins, para a estabilização da pessoa, a SE envolve uma conjuntura essencial de meios humanos altamente qualificados, inúmeros materiais e equipamento sofisticado, da mesma forma que assenta na abordagem sistemática por meio de algoritmos de atuação da mais recente evidência científica, fundamental à resposta adequada que a situação exige.<sup>61</sup> Na sua maioria a SE deste SU consegue fazê-lo, sobretudo pelos recursos humanos que detém.

No que concerne ao registo da informação clínica é realizado em sistema informático, ficando gravado numa base de dados. O que permite não só facilidade no acesso à informação (por exemplo: permite o acesso em simultâneo e a partir de diferentes locais), maior velocidade no acesso à informação e da sua atualização, confidencialidade pela melhor proteção de informação do que em papel, legibilidade, diminuição do erro, como também ter um processo clínico com toda a informação clínica da pessoa com subsequente possibilidade mais acessível de apoio à análise de dados, à decisão e à troca de informação entre especialidades.

Identifiquei a transmissão de informação como bastante importante por ser determinante em garantir-se a continuidade dos cuidados de enfermagem e para minimizar-se quaisquer equívocos. Concomitantemente, o enfermeiro deve adquirir competências em priorizar e sistematizar a informação, tal como assegurar que a informação é transmitida de forma objetiva, clara e concisa.

Pelo serviço que é, verificam-se diversos fatores muito propícios ao erro, particularmente proporcionados pelos rácios por vezes desajustados devido ao elevado número de afluência ao serviço.

Com tais características, torna-se relevante a criação de estratégias adaptativas. Uma das medidas adotadas pelos enfermeiros é o preenchimento de uma folha com a informação clínica mais relevante, sendo utilizada na “passagem de turno” e fornecida ao colega que o substitui.

A título de exemplo, outra estratégia passa pelo papel ativo do chefe de equipa e/ou outros elementos com mais competências da equipa, nomeadamente: articulação do trabalho em equipa; delegação de funções específicas a cada elemento da equipa de enfermagem; gestão de situações de conflito; verificação do que está menos bem, sendo selecionado como alerta aos colegas, indicando e/ou providenciando estratégias alternativas.

Privilegiando o correto funcionamento do serviço, mas principalmente por pretender-se garantir continuamente a sua segurança, o SU possui ainda um plano de emergência/catástrofe - no decorrer do estágio tive a oportunidade de o consultar e participar numa simulação do uso do mesmo, permitindo estar preparada para uma ocorrência desta natureza.

No início do estágio, em concordância com o enfermeiro e o professor orientadores, foi construído um projeto de estágio, onde se delinearam objetivos. Uma etapa pilar no processo de aprendizagem, pois não só traça o ponto de partida para um caminho sólido e orientado, como também serve de guia orientador para todo o percurso. Em consonância, sendo que se pretendia facilitar a construção de aprendizagem e ultrapassar os obstáculos, elaborou-se um plano de atividades para concretização de cada objetivo com os respetivos indicadores de resultado.

Na 1ª fase da elaboração do meu projeto de estágio, foi fundamental encontrar um objetivo para todo o período de estágio que servisse de orientação, de suporte, e que realmente fosse ao encontro da descrição do meu

desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em EMC na área à PSC.

Desse modo, reconheci como objetivo geral: “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em EMC à PSC e família em contexto de SU.”. Como objetivo específico: “Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializado à PSC e família em contexto de SU”. Tratam-se de objetivos que vão ao encontro aos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritos no Regulamento 140/2019 publicado em Diário da República a 6 de Fevereiro de 2019: “responsabilidade profissional, ética e legal”, “melhoria contínua da qualidade”, “gestão dos cuidados” e “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.<sup>92</sup>

Depreendi desde o início do estágio que este serviço, dado, em especial, à sua elevada diferenciação técnica, polivalência e acesso irrestrito, grande imprevisibilidade assim como um grau de complexidade elevado de exigências crescentes. Fui indiretamente compelida a apresentar um andamento e uma gestão de cuidados, opostos à minha realidade de trabalho. Considero que tenha sido extremamente desafiante do início ao fim, mas denotando progressivamente adaptação ao ritmo exigido, perceção da dinâmica da urgência sobretudo da equipa de enfermagem presente nas salas de emergência e trauma.

No primeiro dia de estágio, além de ter sido realizada uma visita guiada a todo o serviço, procedi à pesquisa de orientações, normas, posters informativos e protocolos instituídos no serviço, sobretudo por servirem de orientação e uniformização da prática de enfermagem. As intervenções dos enfermeiros autónomas e interdependentes, “(...) decorrentes de planos de acções previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. (n.º 1 e 3, artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]). Este processo de integração visa igualmente adquirir uma das competências de enfermeiro

especialista, visto que é da sua competência demonstrar capacidade de trabalho de forma adequada na equipa multidisciplinar.

Num SU a qualidade dos cuidados prestados estabelecem-se pelo conceito de equipa, “em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde são tão importantes o trabalho em equipa”.<sup>104 (pág.5)</sup> Convencida deste fundamento, trabalhei por aprimorar capacidades de integração na equipa multidisciplinar, nomeadamente as competências comunicacionais e relacionais. Se a comunicação for eficiente, a intenção colaborativa prevalece, beneficiando-se a pessoa cuidada.<sup>12</sup> Por esta razão, outro alvo de aprendizagem surgiu pela minha perceção do esforço coletivo incessante para possibilitar a cada doente o melhor cuidado, tratamento e atendimento, em consequência da falta constante de recursos humanos, materiais e estruturais para suprir as necessidades de cada pessoa. Esta situação, acabou por me transmitir valores humanos, da mesma maneira que me possibilitou procurar estratégias alternativas, principalmente na prestação de cuidados.

Integrar-me no serviço foi crucial, mais concretamente da sua metodologia de trabalho e da própria instituição, pois favorece o processo de aprendizagem e amplia a facilidade de desenvolvimento de conhecimentos, especialmente, no âmbito das competências de enfermeiro especialista construindo a identidade profissional, bem como a intervenção autónoma e especializada.

Tendo em consideração que o processo de ensino-aprendizagem envolve essencialmente três atores - o estudante, o docente e o Enfermeiro orientador.<sup>4,17</sup> O contexto em que estive inserida, sobretudo devido à relação pedagógica estabelecida com o Enfermeiro orientador e restante equipa, serviu de questionamento, pesquisa bibliográfica, reflexão crítica e, conseqüentemente, de uma enormíssima aprendizagem. Apesar de ter considerado uma experiência positiva, verifiquei que determinados elementos falharam, poderiam ter sido melhores e como tal influenciaram o meu desempenho, a minha adaptação e o

meu processo de aprendizagem. Refiro-me essencialmente à falta de vontade e disponibilidade genuína de ensinar e ao julgamento constrangedor constante.

O processo de orientação é dinâmico, condicionado por diversas variáveis e complexo.<sup>15</sup> Em nada me pareceu faltar oportunidades subsidiadas ao meu conhecimento teórico-prático, nem faltar conhecimentos científicos atualizados, competências técnicas e experiência profissional do Enfermeiro orientador. Tal como diz Garrido & Simões e Fernandes *et al*, possuem extrema expressão na aprendizagem. <sup>40,48</sup> Neste sentido, verificou-se ainda uma aposta na formação constante, fator essencial principalmente para a supervisão clínica.<sup>2,4,24,48,</sup>

No entanto, o processo de ensino-aprendizagem não se deve resumir ao improvisado.<sup>17,48,102</sup> É fundamental que o Enfermeiro orientador recorra a estratégias de supervisão e tenha, não só competências técnico-científicas, pedagógicas e formativas, mas também relacionais, comunicacionais e humanas. Evidencia-se portanto uma especial relevância, como impulsionadora do desenvolvimento positivo do estudante, às competências relacionais e comunicacionais: comunicar verbal e não verbalmente de forma eficaz; capacitar-se de reflexão; estar disponível, com gosto, dedicação e interesse; ter facilidade no relacionamento interpessoal; estabelecer uma relação empática, de abertura e confiança, baseada numa comunicação assertiva e honesta, apoiando e motivando o estudante para a reflexão e o diálogo; compreenda o estudante; não julgar, emitir juízos de valor ou promover constrangimentos; ser capaz de potenciar autoestima positiva.<sup>4,17,24,38,102,103,107,109</sup> Pelo motivo de facilitarem a aprendizagem e por espelharem as características, atitudes e competências que os estudantes devem adquirir na excelência do cuidar e na relação terapêutica de quem cuidam.<sup>11,17,60,102</sup>

Os ensinamentos clínicos são desafiantes para o estudante, cujo sucesso depende do seu desempenho, mas diretamente influenciado pelo processo de supervisão e de consideração do orientador desse desempenho.<sup>11,38</sup>

A frequência no campo de estágio incidiu em todos os setores do SU, contudo por opção e em conformidade com os objetivos/enfermeiro orientador/chefe de equipa, permaneci grande parte das horas de ensino clínico nas salas de observação e salas de emergência/trauma, onde o meu orientador maioritariamente prestava cuidados quando escalado para o turno, o que se revelou como grande ganho para o meu processo de aprendizagem. Não obstante, os cuidados especializados são desenvolvidos no restante SU. Realizar turnos nos diferentes setores permitiu-me tomar um conhecimento mais geral do serviço, tendo em consideração as suas especificidades e compreender a dinâmica, a organização e o circuito da pessoa. Além de que nada garante que depois de realizar-se a triagem, o seu nível de prioridade de atendimento e de cuidado não se altere.

Antes de iniciar o estágio, em conversa com colegas de enfermagem da área e pela verificação do Despacho n.º 10319/2014, percebi que nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados nas salas de emergência/trauma. Requer integração e tempo de experiência mínimo em todos os setores (cerca de 2 anos), tal como formação em, pelo menos, Suporte Avançado de Vida (SAV) e/ou SAV em trauma. Neste sentido, nos dias 16 e 17 de maio de 2022, frequentei a formação profissional SAV obtendo a classificação final de 17,5 valores correspondente a excelente (Anexo I). No dia 4 de Outubro de 2022, frequentei o curso de Formação Profissional: Curso Online - Doença Respiratória e Terapêutica (Anexo II). Ao longo do período de ensino clínico, também tive a oportunidade de assistir a Webinars Online (Interpretação do traçado Eletrocardiográfico no SU - princípios e boas práticas; Suporte Avançado de Vida em Trauma uma abordagem multidisciplinar no SU; Abordagem farmacológica no Tratamento das Taquiarritmias de complexos estreitos; Transporte da PSC; Material de Penso - Critérios de Avaliação e Seleção). Indo assim ao encontro do desenvolvimento de habilitações especializadas e com a mais recente evidência científica.

Por conseguinte, esmerei-me também por realizar pesquisas bibliográficas para melhoria ao nível da aprendizagem científica, no sentido em que pelo meu autoconhecimento, reconheci as minhas limitações. Considero que fundamentar a minha prática na investigação, na evidência científica atualizada e nos conhecimentos especializados, suporta mais facilmente a tomada de decisão, fortalece a assertividade, acima de tudo em situações sujeitas a colocar o profissional sob pressão, como é o caso do ambiente deste SU.

A minha prioridade nas primeiras semanas para desenvolvimento de competências foi maioritariamente na avaliação sistemática da pessoa, realizando registos precisos e também discussões críticas com o Enfermeiro orientador. O desenvolvimento das minhas competências na prestação de cuidados da PSC, teve em consideração as necessidades básicas, uma adequada comunicação, a segurança, a vigilância do estado de consciência e dos sinais vitais, a administração da medicação, entre outros.

Em qualquer situação, com a orientação e validação do enfermeiro orientado, passei a avaliar a pessoa e a esquematizar a transição dos cuidados com base na metodologia ABCDE. Esta metodologia é uma forma de garantir a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados de forma holística, pois tem objetivos estruturados de avaliação, assumindo-se como uma ferramenta de sistematização. A sua importância passa também pela consequente existência de linguagem protocolada, bem como uma sequência fundamentada para as intervenções a aplicar.<sup>53,93</sup> Os planos de cuidados seguiram deste princípio, assim como tive em consideração o mencionado por Ponce e Mendes: deve-se realizar a avaliação primária e posteriormente a avaliação secundária, sendo que se retoma à primeira sempre que ocorre deterioração do estado da pessoa.<sup>88</sup> Desta forma, consegui atender às necessidades emergentes e detetei alterações que poderiam colocar em risco a vida da pessoa.

Uma das situações que me marcou foi a oportunidade de presenciar e colaborar em paragens cardiorrespiratórias. Apesar de ser um motivo

desencadeador de stresse na equipa, não se verificou qualquer falta de organização. As mesmas transmitiram-me a necessidade do trabalho de equipa e os diferentes papéis presentes, nomeadamente o de team leader.

Muitas das vezes é necessário efetuar a transferência da PSC a outros serviços mais especializados, por exemplo, para realizar exames complementares de diagnóstico. O seu transporte deve ser acautelado devido ao risco, à instabilidade hemodinâmica presente, envolvendo assim, no seu processo, planeamento, decisão e efetivação.<sup>98</sup>

Ao longo deste período tive a oportunidade de realizar vários transportes, maioritariamente quando a situação hemodinâmica se encontrava estabilizada. Nestes contextos, percebi e participei na mobilização de recursos, refletindo e discutindo também a importância de ter-se o processo planeado, principalmente por podermos-nos munir dos recursos necessários para podermos atuar a qualquer momento. Verifiquei igualmente que a intervenção do enfermeiro é bastante significativa na fase de planeamento e de efetivação do transporte.

Consciente da complexidade envolvida num transporte da PSC, sob supervisão do enfermeiro orientador, coloquei em prática realizado todas as fases de forma autónoma, o que permitiu, sobretudo, o desenvolvimento da minha capacidade de tomada de decisão com um rápido raciocínio clínico em situações de maior complexidade. Um desses casos foi: transporte de uma PSC com enfarte agudo de miocárdio a outro hospital para que se pudesse realizar um cateterismo.

Apesar de o SU ser causador de stresse, sempre que possível, deverá se tentar proporcionar um ambiente calmo, sempre que possível, onde a pessoa possa descansar e se possível estar acompanhado. Relativamente à presença da família, a mesma pode ter relevante importância na recuperação da pessoa. O proporcionar deste ambiente também permite à pessoa perceber que tem espaço para esclarecer as suas dúvidas, controlando-se assim e de certa forma, a componente emocional.

Depreendi, principalmente desde o primeiro contacto com a pessoa em contexto de estágio na licenciatura, o destaque às competências de comunicação e relações interpessoais eficazes. Nos contextos como deste SU, sem dúvida indispensável mas facilmente esquecido. O stress constante provocado pelas situações de emergência/urgência maioritariamente evidentes nas Salas de Reanimação/Trauma (nas quais prioriza-se o atendimento mais rápido possível, não se podendo atrasar o socorro à pessoa pela necessidade de controlo hemodinâmico), fomenta uma dinâmica acelerada e rotinada com foco na doença e não na pessoa. O acolher da pessoa, o pedido à sua colaboração e ao seu consentimento ficam esquecidos. Ainda assim, verifiquei que a equipa multidisciplinar, em especial de enfermagem, procura fazê-lo, transmitindo-me este ponto de reflexão e consciencialização do tipo de abordagem que devo implementar independentemente das circunstâncias.

Creio que o processo comunicacional é complexo e em constante transformação. Por tanto, capaz de me desafiar, querendo continuamente de mim um desenvolvimento de capacidades, habilidades e conhecimentos especializados no cuidar da PSC e sua família. Porque é através deste processo que surge a promoção adequada de um ambiente terapêutico, capaz de providenciar respeito pela dignidade humana e privacidade, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade. Igualmente importante o cuidado justo, com responsabilidade e zelo, agente de segurança e de confiança. Por outra perspectiva, mas complementar, o cuidar em enfermagem dá-se pela parceria entre o enfermeiro e a pessoa/grupo alvo, num estabelecimento de relação de ajuda provida de comunicação verbal e não-verbal, empatia, validada pela compreensão e inteirada pela confiança mútua com vista no reconhecimento da autonomia, autodeterminação e liberdade de escolha do outro. Surgem deste modo ganhos em saúde, promoção do bem-estar e ambiente terapêutico.<sup>85</sup>

Como explanado previamente, os enfermeiros necessitam frequentemente de dar prioridade à pessoa. Por isso, eventualmente também se colocam as

necessidades da família em segundo plano. Ainda assim, os enfermeiros possuem competências para avaliar e intervir face às necessidades da família. Neste contexto, tive a oportunidade de perceber e participar numa das estratégias utilizadas pelo serviço para se fazer sentir a presença mais assídua possível na satisfação das necessidades das famílias: faz-se a transmissão de informações via telefone, havendo enfermeiros escalados no turno da manhã com essa função.

Tal como apontado na teoria das transições de Meleis, a família participa com a pessoa no processo de transição saúde/doença, o que justifica o papel do enfermeiro como elemento moderador na transição.<sup>63</sup>

No Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, verificam-se inúmeras vezes a referência à família nas Competências do Enfermeiro Especialista. O mesmo acontece no REPE, na alínea 1 e 3 do artigo 4º. De facto, Inevitavelmente também vivencia sentimentos com a incerteza da doença do seu familiar, devendo ser incluída no plano de cuidados da pessoa com as respetivas intervenções de enfermagem. A pessoa está inserida num contexto familiar, sociocultural, vive em comunidade. Cuidar da pessoa significa também incluir a família, pois ela é elemento importante na vida da pessoa.<sup>111</sup> Á vista disto, foi do nosso cuidado procurar a família, após se estabilizar hemodinamicamente a PSC - promover a escuta ativa; ajustar com disponibilidade, respeito, confiança e segurança a comunicação verbal e não-verbal; perceber o contexto em que o processo de doença se deu; incluir quando viável a família no cuidar, sentindo-se a família como útil e a pessoa mais apoiada.

Importante referir a relevância da validação da pessoa para a partilha de informações sobre o seu estado clínico/cuidados de enfermagem à família e também se pretende ou não visitas. Reparei que na maior parte das vezes tivemos a validação, até porque a própria pessoa sentia-se preocupada com o estado da família, necessitava de abordar o seu familiar. Quando a organização do serviço

permitia, em qualquer local do SU, acolhia, informava e acompanhava o familiar até à pessoa.

No momento de acolhimento ao SU, de forma a compreender melhor as necessidades da pessoa/família, avaliar, planear e executar os cuidados, fiz por recolher as informações mais pertinentes, dentro do que é possível devido à situação vivenciada que produz dificuldade de se expressarem.

O plano de cuidados de enfermagem, apesar de continuamente reformulado, inicia-se por estabelecer os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem capazes de responder aos problemas de enfermagem identificados de acordo com a sua individualidade, para subsequente execução das mesmas, pretendendo-se atingir os resultados esperados.<sup>71</sup>

Os cuidados de enfermagem, segundo Sheehy e validados em contexto da prática neste SU, devem ser sistemáticos que incluam planos de cuidados de enfermagem baseados na reflexão, investigação e tomada de decisão com avaliação e priorização permanente das necessidades.<sup>104</sup>

Progressivamente e autonomamente fui procedendo a essa metodologia e respetivos registos mas com vista de que os atos profissionais "(...) decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica".<sup>28 (pág.27)</sup>

Tanto nos cuidados de enfermagem que prestei como nas funções que deleguei e supervisionei, procurei apresentar responsabilidade profissional, legal e ética em concordância com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, e com o Código Deontológico dos Enfermeiros.<sup>27</sup>

O enfermeiro especialista (posição bastante verificada neste estágio) exerce competências na organização dos cuidados prestados e na organização da dinâmica estrutural. Desta forma, melhorei as minhas capacidades de

coordenação de equipas, numa perspetiva da visão periférica dos cuidados em curso pelos diferentes elementos. Face ao vivenciado, pretendo num futuro próximo, dotar-me de mais conhecimentos para conseguir efetuar liderança adequadamente .

Ainda tendo em consideração o ambiente deste SU, para a resposta adequada em tempo útil, fui progressivamente considerando quais as prioridades a estabelecer em complementaridade com a equipa multidisciplinar, levando em especial a deteção precoce, a resposta antecipatória, a estabilização, a manutenção e a recuperação da PSC. A esta conjuntura acrescento a capacidade de reação aquando das situações imprevistas e complexas. Julgo que ainda há um longo caminho da minha parte neste sentido, porque na minha opinião carecia de mais tempo de experiência neste campo de estágio. Contudo considero sentir-me capacitada para a imprevisibilidade e complexidade em contextos idênticos.

## 2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo estágio decorreu numa UCI de Lisboa no período de 27 de Outubro de 2022 a 16 de dezembro de 2022, com duração de cerca de 180h, perfazendo o total das 360h de contacto.

A escolha deste campo de estágio deveu-se sobretudo à panóplia de casos que poderia vir a encontrar, como também para possibilitar-me constatar a evolução da pessoa para aplicabilidade diária no contexto da minha prática profissional. Muitos dos casos admitidos no internamento, são provenientes da UCI e por vezes, sucede-se a necessidade de realizar o percurso inverso, transferir a pessoa do internamento para a UCI.

A DGS define as UCI como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” <sup>65</sup> (pág.6), de modo a reunir as condições necessárias que permitam o tratamento e que assegurem qualidade de vida.<sup>65</sup>

Além destas definições, o mesmo autor complementa afirmando que as UCI definem-se e reconhecem-se em função de três critérios: a prática, a avaliação e a investigação. Isto é, o primeiro, a prática, diz respeito ao que estes serviços apresentam em ações e em procedimentos não só humanos, mas também instrumentais (monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento) durante as 24h por dia, relativas às condições clínicas de cada PSC. O segundo critério, a avaliação, verifica-se pela função atribuída, analisando-se as variáveis - doentes admitidos, taxa de sobrevivência, capacidade de recuperação das funções vitais, disponibilidade e capacidade para acorrer às necessidades - para definir os recursos, tal como avaliar o desempenho. Por fim, a investigação traduz-se no saber acrescido, na promoção e na qualificação dos desempenhos organizacionais, uma vez que existe uma compreensão cada vez maior acerca da doença, um acumular de conhecimentos e de experiências, devido à monitorização contínua de cada e do conjunto das PSC.<sup>65</sup>

A UCI onde estagiei, de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, classifica-se com uma Unidade de Nível III, uma vez que apresenta "equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários;"<sup>65 (pág.8)</sup> dispõe e implementa "medidas de controlo contínuo de qualidade" "<sup>65 (pág.8)</sup> e detém "programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente" "<sup>65 (pág.8)</sup>. Também é considerada uma unidade polivalente por estar preparada para dar resposta e assegurar atendimento a doentes com diversas patologias, características e tratamentos, em cooperação com cuidados integrais.<sup>65</sup> Geralmente, admite doentes provenientes do SU ou transferidos da área cirúrgica ou médica.

Possui duas unidades abertas, cada uma com quatro unidades individuais. Cada unidade está equipada com: uma cama elétrica com colchão de

pressão alternada; material de monitorização invasiva e não invasiva; material de ventilação mecânica; sistemas de infusão e perfusão de diferentes tecnologias, uma prateleira de apoio e diversas tomadas de corrente elétrica, todas conectadas a gerador de reserva no caso de falha de energia elétrica; por cada duas unidades, existe um computador de apoio (para consulta, realização de registos) e um balcão de trabalho onde é disposto o material e a terapêutica. A disposição presente permite uma observação direta por parte do enfermeiro, garantindo uma maior vigilância, do mesmo modo que garante economia de espaço e menor isolamento. Contudo, apesar de existirem cortinas entre unidades, compreende maior probabilidade de infeção cruzada, menor privacidade e mais ruído.

A apresentação do serviço foi realizada pelo enfermeiro orientador que, apesar de mostrar um ambiente particularmente complexo e tecnológico, ficou marcada pela simpatia, união, boa relação interpessoal e espírito de equipa da equipa multidisciplinar, principalmente pela equipa que integra e que é chefe de equipa.

Para complementar e facilitar este processo de integração, procedi à pesquisa em material disponível no serviço - Normas de Procedimentos, *Bundles* implementadas, Pósteres Informativos, Manual de Formação, atividades e projetos desenvolvidos. Igualmente importante foi compreender a dinâmica, missão e os valores que a caracterizam. A presença destes documentos é bastante positivo para a UCI, pois potencializa a ação da equipa numa perspetiva de permitir a uniformização de cuidados, facilitar a inclusão de novas *guidelines*, prevenir e controlar a infeção e gerir os recursos disponíveis de forma racional.<sup>101</sup>

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos e outros profissionais, nomeadamente fisioterapeutas e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

A equipa de enfermagem tem diversos níveis de competência e experiência profissional. Apresenta dois elementos de gestão, um chefe e um subchefe, e apresenta uma divisão em equipas de cerca de oito elementos cada,

havendo em cada uma delas um chefe de equipa. Este, o chefe de equipa, além de ter doentes atribuídos, gere e ajuda na resolução de situações mais complexas. Por vezes também pode ter a seu cargo o telemóvel da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) (e neste caso não tem doentes atribuídos) - o sistema EEMI permite que seja acionado via chamada telefónica a equipa, composta por um enfermeiro e um médico da UCI, sempre que haja situações de emergência nos serviços do hospital.

O rácio de enfermagem é de um enfermeiro para duas pessoas, sendo que o método de trabalho é o método individual, da mesma forma que a transmissão das informações é realizada sobre os doentes atribuídos e que foram alvo da prestação de cuidados por aquele enfermeiro em específico. Ainda assim, é bastante notório o trabalho em equipa, sendo que todos os elementos que assumem o turno tem um conhecimento geral de cada pessoa. Em determinados momentos, principalmente quando o serviço permite e exige, colaboram uns com os outros para execução de determinados cuidados, intervenções ou até mesmo na partilha de conhecimentos/medidas terapêuticas/cuidados a implementar. Principalmente, o saber partilhar informação, por um lado traduz-se num enriquecimento a todo o processo do doente, família e pessoa significativa. Por outro, permite a prevenção de ocorrências (através da comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e diferentes equipas de enfermagem).

O primeiro contato com uma UCI foi precisamente neste estágio. Nos primeiros dias senti alguma ansiedade, receio e apreensão face a toda a dinâmica de equipa, fragilidade e complexidade que caracterizam este serviço. Eram-me desconhecidas do ponto de vista prático.

As horas de contacto foram distribuídas por turnos rotativos, entre manhãs, tardes e noites, o que proporcionou um maior número de experiências, ainda que tenha verificado novamente limite temporal para o desenvolvimento de competências. Gostaria de ter tido mais horas de contacto. Mesmo assim,

gradualmente superei-me. Considero ter demonstrado grande competência e capacidade no cuidado à PSC.

Em muito se deve à junção da minha dedicação com o tipo de acompanhamento, seja pelo Enfermeiro Orientador, pela Equipa de Enfermagem ou pela restante equipa multidisciplinar. Todos os elementos foram fundamentais. Na maioria dos turnos acompanhei o enfermeiro orientador, no entanto tive várias oportunidades de ser orientada e de trabalhar em equipa com outros colegas. Experiência essa que contribuiu para perceber outras formas de gestão de cuidados, de partilha de conhecimentos e práticas.

A minha evolução deve-se também, em parte, pelo tipo de situações/cuidados presentes na UCI serem mais concordantes com a minha personalidade e com o meu percurso profissional até ao momento. Desde que comecei a exercer enfermagem, a minha experiência profissional centrou-se fundamentalmente no internamento da área cirúrgica, mas mais recentemente na de medicina interna, o que me permitiu notoriamente apresentar outra curva de aprendizagem de constante crescendo e mais rápida comparativamente ao evidenciado no estágio anterior.

Enquadro o modelo utilizado pelo enfermeiro orientador centrado nas funções da supervisão clínica que permitiu, como refere Cruz, uma relação de trabalho entre o supervisor e o supervisionado de feedback e acompanhamento apropriado, com o objetivo de tomada de decisão autónoma do supervisionado assente na reflexão sobre a sua prática clínica.<sup>23</sup>

O processo na relação de supervisão clínica estabelecida evidenciou-se como promotora na consolidação das minhas competências. Fruto do processo interpessoal de um profissional qualificado comigo enquanto estudante (profissional menos qualificada), tendo em vista a ajudar-me na construção de conhecimento e a atingir a competência profissional adequada.<sup>43</sup>

O papel do orientador como um facilitador da aprendizagem, sem dúvida cumpriu as etapas de supervisão descritas por Alarcão - explanadas ao longo

deste parágrafo.<sup>5</sup> Nos primeiro turnos realizamos uma reunião de pré-observação, onde discutimos o projeto de estágio e realizamos um planejamento do estágio. Num segundo momento, mas com dinamismo no processo a cada dia, procedemos à observação concreta, seguida da minha análise do que recolhi dessa observação, ou seja, fazendo a ponte da pós-observação com a reflexão. Desta 2ª fase, de forma a melhorar a minha prática e a adquirir/consolidar competências, integrei os contributos fornecidos pelo enfermeiro orientador.

Na primeira semana, após reflexão e discussão com o enfermeiro orientador, assim como em concordância com o professor orientador, definimos o objetivo geral e específico: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em EMC à PSC em contexto de cuidados intensivos (objetivo geral); Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializado à PSC e família em contexto de cuidados intensivos (objetivo específico). De forma a manter o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, para o objetivo específico tive necessidade de elaborar atividades a desenvolver e indicadores de resultado.

A UCI requer do enfermeiro competências técnicas e científicas que permitam a prestação de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.<sup>72</sup> Assim, carece de uma abordagem à PSC global que exige observação, recolha e procura de dados sistemática, usando as tecnologias disponíveis, detetando e prevendo complicações para resolução eficiente em tempo útil, com o mais elevado padrão de qualidade e compreendendo abordagens psicossociais e holísticas.<sup>72,112</sup>

De nada serve a tecnologia estar intimamente relacionada com o contexto da UCI, sem que o enfermeiro saiba interpretar os instrumentos de vigilância, nem conseguir correlacionar os valores apresentados com o caso clínico, nem

executar a respetiva tomada de decisão. Neste sentido, durante o estágio guiei o meu desempenho com fundamentação científica.

Realizei vigilância intensiva da PSC do ponto de vista hemodinâmico, ventilatório, estado de consciência, avaliação da dor e estado nutricional, aplicada desde vários foros médicos a politraumatizados e recobro pós-cirúrgico. Sendo por tanto, os diagnósticos médicos que verifiquei como mais frequência nesta UCI: sépsis; choque séptico; insuficiência respiratória por infeção ou pós-operatória; asma persistente grave; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada; lesão renal aguda; AVC; doença hepática; pancreatite; politraumatizado sem traumatismo crânio-encefálico.

Bastante frequente a PSC ser submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), “uma técnica essencial em medicina intensiva que através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva permite reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação e ventilação”, método de suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.<sup>18</sup>

Uma vez que no meu local de trabalho é recorrente o uso da ventilação mecânica não invasiva, debrucei-me com maior regularidade na PSC com VMI. Colaborei na intubação e extubação orotraqueal, reconheci o funcionamento dos ventiladores com as respetivas modalidades ventilatórias e conseqüentemente, vigiei a adaptação da pessoa à modalidade em curso. Quando necessário, em prol do controlo de complicações, estabilidade hemodinâmica, conforto e bem-estar da pessoa, realizei a “higiene brônquica”, verifiquei o nível do tubo endotraqueal e, tive em consideração a sedação, a possibilidade de extubação, o posicionamento da pessoa, a higiene oral e pressão do balão (*cuff*) do tubo endotraqueal, fundamentado pelo “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.<sup>36</sup>

Experienciei colaborar na realização de broncofibroscopia/endoscopia digestiva e na colocação de cateter central, linha arterial, cateter de hemodiálise, entre outros.

A utilização de cateteres e transdutores para monitorização invasiva do sistema arterial e venoso na medição pressões intracardíacas, intrapulmonares e intravasculares, concede a monitorização hemodinâmica com resultados em forma de onda encontrados num monitor.<sup>9</sup> Resultados esses que foram alvo de consulta bibliográfica e discussão com o enfermeiro orientador, dada à imperatividade na interpretação para avaliar-se a eficácia dos tratamentos e antecipar-se a deterioração do estado hemodinâmico.<sup>16</sup> A vigilância é facilitada pelos alarmes, mas graças à otimização dos parâmetros e regulação do volume, pelo que tive de tomar estas duas dinâmicas no cuidar à PSC e influenciar a minha capacidade de reagir no reconhecimento do alerta para a possível alteração hemodinâmica.

Apesar da monitorização invasiva apresentar-se com grande mais valia é suscetível a riscos para a PSC, porque pelos meios de monitorização a pessoa fica exposta a um risco maior de complicações (embolia gasosa, hemorragia, lesão dos tecidos, incorreto posicionamento), tornando-se crucial o papel do enfermeiro na avaliação contínua de eventuais complicações, de sinais inflamatórios e da resposta da pessoa aos equipamentos.

Considerei imprescindível o conhecimento de todas as terapêuticas e vias endovenosas de administração centrais e periféricas, tal como validar o que perfunde em cada uma das vias em todos os turnos. Esta prática despista incompatibilidades medicamentosas e dá maior segurança para administrações de futuras terapêuticas, particularmente numa situação de urgência - o conhecimento da via disponível a utilizar e o conhecimento total da pessoa demonstra espírito crítico, prudência e responsabilidade para potenciais riscos e problemas da prática profissional

Relativamente à linha arterial, além de ser um meio de monitorização, possibilita colher sangue para análise clínica e de gases arteriais, a qual teve a oportunidade de realizar e posteriormente verificar os resultados. A interpretação dos valores gasométricos é fundamental para perceber o estado clínico e prevenir complicações, permitindo-me desenvolver competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Outro alvo importante de monitorização passa pelo estado de consciência. Nesta UCI é avaliado pela escala de Ramsey. A PSC quando ventilada de modo invasivo, normalmente está sedada. Também é utilizado o BIS (índice bispectral) que processa os dados de eletroencefalograma (EEG) para determinar uma estimativa da profundidade da sedação através do estado da atividade cerebral.

Tive igualmente a oportunidade de contactar com um aparelho que gera vários modos de estimulação neuromuscular de forma a medir o nível de relaxamento muscular da pessoa anestesiada.

As técnicas contínuas de substituição da função renal foram outra área de aprendizagem. São tratamentos de eleição comparativamente à hemodiálise convencional pois permite retirar uma maior quantidade de volume com menores repercussões hemodinâmicas.<sup>44</sup> A minha prática debruçou-se pela compreensão global do estado clínico da pessoa para reconhecimento da necessidade do recurso às técnicas e subseqüentemente o funcionamento e montagem do sistema na máquina de hemodiálise.

Na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, deve ser considerada com grande dimensão a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Além do “Feixe de Intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI)” já referido neste relatório, deve-se seguir o “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central”, uma vez que são ambos bem comuns de implementar em UCI. Quando o feixe referente à PAI foi atualizado em novembro de 2022, serviu de discussão crítica com o enfermeiro orientador e apresentação das alterações pelo

enfermeiro chefe à equipa, dado que todos os planos de cuidados são de acordo com a evidência e com as normas preconizadas.

Segundo Dias, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) têm impacto “particularmente relevante na UCI face à crescente tecnologia médica invasiva, população de doentes imunodeprimidos e resistência aos antimicrobianos”.<sup>33 (pág,47)</sup> As IACS compreende-se como um problema major, sendo que o maior esforço na prevenção é realizado pelo enfermeiro, por ser o profissional de saúde que passa mais tempo junto da pessoa.

Sobre a “Teoria do Défice de Autocuidado” nas UCI é bastante notório o seu uso. Na maioria dos casos, a pessoa é incapaz ou está limitada na satisfação do seu autocuidado. A necessidade da intervenção de Enfermagem surge mas na medida de potenciar a autonomia da pessoa, que direciona para uma melhor e mais facilitada recuperação.

As necessidades nutricionais à PSC, incentivaram a mobilização de conhecimentos especializados já adquiridos na prática profissional prévia, mas ampliados pela especificidade inerente sob nutrição entérica: implementar a dieta mais adequada, monitorizando a tolerância da mesma; otimizar a posição corporal da pessoa; otimizar os dispositivos médicos.

Mediante a avaliação global à PSC, elaborei diversos planos de cuidados, verbalmente e em sistema informático *B.ICU.Care*® com o enfermeiro orientador, concedendo-me capacidade para interpretar, organizar e documentar os cuidados prestados, isto é, atentei em realizar registos dos cuidados planeados e avaliados de forma objetiva e concisa. A documentação dos cuidados de enfermagem assume grande importância de valor clínico e legal. Prideaux atribui a não realização à pior qualidade de cuidados de enfermagem.<sup>89</sup>

Numa passagem de turno, considero que se deve transmitir a informação objetivamente, numa sequência lógica incluindo a interação entre os elementos como forma de garantir a eficácia da comunicação. A transição de cuidados é um momento decisivo para garantir a segurança e continuidade dos cuidados, uma

preocupação transversal.<sup>34</sup> Gradativamente consegui transmitir as informações de forma adequada, clara e em tempo útil por meio de estratégias comunicacionais que me permitissem organizar a informação.

O facto do enfermeiro orientador ser enfermeiro chefe e elemento de referência para toda a sua equipa, permitiu-me inteirar e demonstrar as competências de liderança e gestão de recursos, como também supervisionar tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Na medida em que o enfermeiro especialista deve procurar a gestão da qualidade dos cuidados, torna-se fundamental assumir um papel central com programas de melhoria contínua, orientando e supervisionando os cuidados. Assim, para ir ao encontro desta competência, delineei no objetivo específico uma das atividades a desenvolver. Permitiu-me desempenhar um papel dinamizador, nomeadamente ao nível do conhecimento dos enfermeiros da UCI, pela mobilização de conhecimentos, realização de revisão da evidência científica e promoção da formação em serviço na minha área de especialização.

O enfermeiro orientador estava a proceder à investigação de um tema para posteriormente realizar uma Norma de Orientação Clínica ou Norma de Procedimento para o serviço. Parecendo uma prática e tema relevante, acompanhei o enfermeiro na elaboração de um documento rascunho para servir de guia, que designamos “*Delirium: avaliação e medidas não farmacológicas*” – Apêndice II.

Este documento vai integrar o modelo para uniformizar a avaliação, bem como a implementação das medidas não farmacológicas e os respetivos registos informáticos no *B-simple* em pessoas com *delirium*, inteirando-se da identificação, prevenção e intervenção nos mesmos.

Servirá como um instrumento que contribuirá para a segurança da pessoa doente e sua família, promovendo um ambiente terapêutico e minimizando o risco clínico pela prática baseada na evidência e até mesmo para o processo de integração de novos profissionais.

Posteriormente à data de término do estágio, o documento teve aprovação favorável pelo enfermeiro chefe da UCI, dando a autorização ao enfermeiro orientador para o próximo passo, para a realização da norma.

Considero ter sido uma experiência enriquecedora, possibilitando-me dar o meu contributo ao serviço, resultando em melhores e mais seguros cuidados de enfermagem. Também na mesma medida em que me potenciou o processo de desenvolvimento formativo de um tema bastante presente na PSC e compreender o papel fulcral do enfermeiro especialista na investigação e formação.

A existência de normas e protocolos exige constante revisão para que os cuidados se mantenham atualizados com a evidência científica disponível. Quando eficazmente aplicados verifica-se igualmente a redução da duração do internamento, com conseqüente redução de custos. Surgindo deste modo elementos e grupos de trabalho, onde se espera que estejam inseridos no EEEMC por serem quem mais apresenta competências neste âmbito.

O enfermeiro, o profissional que passa mais tempo com a pessoa reconhecendo as suas necessidades, mobiliza obrigatoriamente conhecimentos e competências ético-deontológicas e jurídicas, nomeadamente em momentos de tomada de decisão.<sup>92</sup>

A necessidade de tomada de decisão surge sobretudo aquando de um problema ético.<sup>29</sup> E é na sua resolução, na tomada de decisão, na identificação das intervenções de Enfermagem que surge a decisão, mas com a fundamentação necessária para um agir ético, onde também prevalece uma relação de cuidado, sempre que necessário, numa parceria com a pessoa e com a sua família.<sup>28,29</sup>

Face à vulnerabilidade do contexto de UCI, ainda mais importante se torna a necessidade de ter elementos capacitados a nível científico, ético e técnico. No decorrer do tempo de estágio procurei desenvolver ponderadamente as competências neste âmbito, independentemente da complexidade e da celeridade verificadas. Dada à sua importância, serviu igualmente de um dos alvos recorrentes de discussão com o enfermeiro orientador e restante equipa,

principalmente devido à revisão da literatura que desenvolvi ser especificamente neste contexto (questionei, de forma informal, como é que a equipa percebe e age sobre eventuais situações de futilidade terapêutica).

Ainda relacionado com este tema e não menos importante do que o que já foi referido, emerge a comunicação com a pessoa e os seus familiares que, na minha opinião, é a base do cuidar. O desenvolvimento de capacidades para uma comunicação eficaz está em constante aperfeiçoamento, dependendo de cada contexto. Tenho me apercebido disso ao longo do meu percurso profissional e dos diferentes contextos de estágio. Apesar da minha constante preocupação, a especificidade da UCI comprovou uma maior necessidade de aprofundar as minhas competências de comunicação.

A complexidade da situação clínica, potenciam na pessoa e na sua família, incerteza, vulnerabilidade e ansiedade, assim como levam ao questionamento sobre a gravidade da situação clínica, o prognóstico, os tratamentos e as implicações futuras. O processo de comunicação assume, por tanto, extrema relevância para os profissionais de saúde. Uma comunicação eficaz, principalmente pelos Enfermeiros dada à sua constante presença da pessoa e da sua família, que segundo Adams *et. al* traduz-se numa diminuição da carga psicológica e numa melhor compreensão.<sup>1</sup>

Apercebi-me que na maioria das vezes, uma resposta simples e objetiva não é o suficiente, levando-me a refletir sobre a importância da empatia. É fundamental que a pessoa identifique a nossa empatia para se expressar.

Além de ter procurado demonstrar um ambiente seguro de confiança, confidencialidade e disponibilidade, priorizei o estabelecer da relação de ajuda. Uma noção bastante transmitida ao longo da minha licenciatura, tendo-me sido neste sentido inculcado, fundamentalmente, os princípios da Enfermeira Margot Phaneuf e a qual invisto diariamente em aprimorar. A relação de ajuda revestida de autenticidade, intencionalidade e sentimento, baseia-se no respeito, na segurança, na empatia, na compreensão e na partilha de sentimentos, que

permite o desenvolvimento de capacidades, principalmente para encarar as fragilidades durante o ciclo da vida.<sup>85</sup> Através do estabelecer desta relação, consegui mais adequadamente identificar as necessidades, planejar e atuar perante as mesmas, promovendo assim um melhor cuidado à pessoa e à sua família.

São também exigidos conhecimentos de qualquer tipo de comunicação não verbal dada à sua relevância, por serem mais subtis, por revelarem muito de cada interlocutor, como a postura, o olhar e o toque. Igualmente necessário transmitir confiança (científicas, técnicas e comunicacionais) e abertura, nomeadamente pelos silêncios ou por qualquer tipo de reação tomada pelos sentimentos, receios e dúvidas. Nem sempre há expressão verbalmente clara e, portanto, a comunicação não verbal complementa qualquer informação a ser transmitida ou recebida, e permite estipular melhor uma relação terapêutica.

Um dos exemplos desafiantes deu-se devido à comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Considero ter sido uma experiência bastante enriquecedora e uma mais valia para inteirar-me com mais apreço a comunicação não verbal. Outro exemplo, surgiu da perceção negativista que a maioria dos familiares apresentavam aquando da visita, permitindo-me criar outras estratégias de acolhimento, em especial por ter de desmistificar o ambiente da unidade. Minimizar os sentimentos negativos também foi uma das minhas prioridades, com a transmissão de informação de forma clara, simples, sucinta e gradual em locais estrategicamente selecionados - sala de espera ou unidade da pessoa.

Acredito ter muito a desenvolver neste âmbito. No entanto, no final do tempo de estágio, considero ter conseguido identificar, planejar e intervir nas específicas necessidades da pessoa e da sua família.

A enfermagem requer constante evolução pessoal, profissional, de conhecimentos e de competências. Apresenta-se, assim, indiscutível a constante aprendizagem para assegurarmos cuidados com a máxima qualidade. Mais uma

vez, pareceu-me pertinente realizar formação, tendo frequentado: *webinar* "O circuito do Utente Urgente no Serviço Nacional de Saúde"; curso de "Princípios Básicos em Cuidados Intensivos" (Anexo III) ; curso de "Cuidados Intensivos" (Anexo IV).

## CONCLUSÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” para que com metodologia reflexiva pudesse realizar uma descrição crítica pela análise do percurso realizado na aquisição das competências, tanto do título de mestre em Enfermagem, como de enfermeira especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Na primeira parte apresentei o trabalho desenvolvido para as competências de investigação. Na segunda parte, pormenorizar a caracterização dos dois campos de estágio e o percurso desenvolvido em cada um deles.

Durante este percurso, considero ter tido apenas um local de estágio facilitador para o desenvolvimento de competências. A relação pedagógica teve impacto significativo no meu desempenho. De qualquer forma, em ambos os locais destaco o profissionalismo das equipas que me receberam mas em especial ao presente na UCI. A dedicação do enfermeiro orientador na UCI e a sua atividade como enfermeiro especialistas de Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, traduziram-se como um exemplo a seguir e serviram para colmatar competências/objetivos não concretizados no estágio no SU.

A aprendizagem foi árdua e exigente, mas como “todo o sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia” (Robert Collier), dediquei-me ao máximo, independentemente de qualquer adversidade a nível pessoal, profissional ou enquanto estudante. Vivenciei novos medos e formas de reagir, alvos de reflexão. Os desafios que se apresentaram foram determinantes. A exposição a diversas situações de cuidado e o contacto com múltiplas equipas, enriqueceu todo o processo. Considero ter desenvolvido todas as partes de mim, ou seja, todas as experiências foram grandes contributos profissionais e pessoais.

Assim, acima de tudo, adquiri competências específicas em EMC na área da PSC e diferentes conhecimentos científicos, tecnológicos e relacionais.

Os objetivos propostos e as atividades delineadas, foram atingidos com sucesso, sendo um reflexo para a melhoria da qualidade e da segurança nos cuidados prestados na minha atividade profissional, que tanto ambicionava. Desenvolvi igualmente a minha capacidade crítico-reflexiva em relação a todo o trabalho realizado, apoiada na evidência científica e na máxima que esta etapa académica me transmitiu: o conhecimento em enfermagem resulta da prática, da reflexão sobre ela e da investigação.

De forma progressiva e autónoma, zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização com a mobilização de todos os conhecimentos, habilidades e competências adquiridas. Constatei desta evolução que o enfermeiro especialista constitui um vetor de mudança determinante a todos os níveis, devido às suas constantes atualizações científicas, técnicas e comunicacionais.

A partir da conclusão deste curso, assumirei uma função autónoma, responsável e diferenciada no cuidar. Contudo, será numa perspetiva de procura da minha evolução contínua, por ter em vista a crescente excelência dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nursing in critical care*, 22(2), 70–80.
2. Aguiar, M.J.S.F. (2013). Supervisão de ensino clínico em enfermagem - perspectivas e vivências dos enfermeiros orientadores. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
3. Akpınar, A., Senses, M. & Er, R. (2009). *Attitudes to end-of life decisions in pediatric intensive care*. *Nursing Ethics*. 2009; 16(1): 83-91.
4. Alarcão, I., Costa, N., & Simões, J.F. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. *Revista Referência*, 6(II), 91- 108.
5. Alarcão, T. (2015). *Supervisão da Prática Pedagógica - Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem - 2a Edição*: Leya
6. Angus, D., Barnato, A., Linde-Zwirble, W., et al. (2004). *Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study*. *Crit Care Med* 2004;32:638-43.
7. Angus, D., Kelley, M., Schmitz, R., et al. (2020). *Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: Can we meet the requirements of an aging population?* *JAMA* 2000;284:2762-70.

8. Arabi, Y. & Al-Shimemeri A. (2003). *Improving resource utilization in the intensive care units. A challenge for Saudi Hospitals*. Saudi Med J 2003; 24:131-7.
9. Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013) *Monitorização hemodinamica invasiva*. Sinais Vitais. p. 44–54.
10. Base 21 da Lei de Bases da Saúde, legislada na Lei nº 95/2019, de 4 de setembro
11. Belo, A. (2003). *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: Perspectiva do aluno*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.
12. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972- 8535-97-X
13. Bolderston, A., Lewis, D. & Chai, M. (2010). *The concept of caring: perceptions of radiation therapists*. Radiography. 2010;16(3):198-208.
14. Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, G. & Lopes, R. (2018). *Teorias de Enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn.
15. Brugnolli, A., Perli, S., Viviani, D. & Sainani, L. (2011) *Nursing students' perceptions of tutorial strategies during clinical learning instruction: A descriptive study*. Nurse Education Today;31:152-156.
16. Capitão, E. & Pires, J. (2009). *Como eu, enfermeiro, faço Monitorização Invasiva*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. 16 (3), 51-55. ISBN: 0872-3087.
17. Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-40-1

18. Carvalho, C., Junior, C. & Franca, S. (2007). *Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. [em linha] Vol. 33, Supl 2 (2007), 54-70.
19. Carvalho, K. & Lunardi, V. (2009). *Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses*. *Revista Latino-am Enfermagem* 2009 maio-junho; 17(3).
20. Chow, K. (2014). *Ethical dilemmas in the intensive care unit: treating pain and symptoms in noncommunicative patients at end of life*. *J Hospice Palliative Nurs* 2014; 16: 256–260.
21. Chwang, E. (2009). *Futility Clarified*. *Journal of law, Medicine & ethics*, 37(3), 487-495.
22. Cook, D. (1997). *Health professional decision-making in the ICU: a review of the evidence*. *New Horizons* 1997; 5{1}:15-19.
23. Cruz, S. (2009). *A Supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no contexto da Enfermagem Avançada*. *Servir*. Lisboa. Vol. 56, nº 5-6
24. Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, C., Alves, L., Santos, R., Martins, S., Leite, S., Aguiar, V., & Andrade, V. (2010). *Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão de literatura*. *Revista Investigação Enfermagem*, 38, 271-282. ISSN:1647-662X.
25. DalPezzo, N. (2009). *Nursing care: a concept analysis*. *Nurs Forum*. 2009;44(4):256-264.
26. Damps, M., Gajda, M., Kowalska, M. & Kucewicz-Czech, E. (2022). *Limitation of Futile Therapy in the Opinion of Nursing Staff Employed in Polish*

- Hospitals—Results of a Cross-Sectional Study*. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 17;19(24):16975.
27. Decreto-Lei nº 161/96. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. N.º 205 (I Série - A), pp. 2959 – 2962.
28. Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, p. 194. ISBN 978-972-40- 3401-0
29. Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra: Edições Almedina, 299p. ISBN: 978-972-40-5226-7.
30. Despacho Normativo n.º 11/2002. Diário da República I-B Série. 55 (2002-03-06) 1865 –1866.
31. Despacho Normativo n.º 727/2007. Diário da República 2.ª Série. 10 (15.01.2007) 1123 – 1124
32. Despacho Normativo n.º 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673 - 20678
33. Dias, C. (2010). *Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção nosocomial- Ponto de Vista do Especialista*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. 17 (1), 47-53. ISBN: 0872- 3087.
34. Direção Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
35. Direção-Geral de Saúde. (2018). Norma Clínica 002/2018 de 09/01/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata

36. Direção-Geral de Saúde. (2022). Norma Clínica 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação
37. Downar, J., You, J., Bagshaw, S. , Golan, E., Lamontagne, F. & Burns, K. (2015). *Nonbeneficial treatment Canada: Definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners*. *Critical Care Medicine*, 43(2), 270Y281.
38. Elcigil, A. & Sari, H. (2007). *Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey*. *Nurse Education Today*. 2007;27:491-498.
39. Faber-Langendoen, K. & Lancken, P. (2000). *Dying patients in the intensive care unit: Forgoing treatment, maintaining care*. *Annals of Internal Medicine*. 2000; 133(11): 886-892.
40. Fernandes, C., Lobo, V., Santos, B., & Torres., R. (2012). *Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspectiva dos supervisores*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 25-32. ISSN 1647-2160.
41. Ferrell, B. (2006). *Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futility*. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(5): 922-930.
42. Figueiredo, A. (2004). *Ética e Formação em Enfermagem*. Climepsi Editores.
43. Fowler, J. & Cutcliffe, J. (2011) *Clinical Supervision. Origins, Overviews and Rudiments*. In: Cutcliffe, J., Hyrkäs, K. and Fowler, J., Eds., *Routledge Handbook of Clinical Supervision: Fundamental International Themes*, Milton Park, Abingdon, Oxon, 8-19

44. Fresenius (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.
45. Frezza, E., Squillario, D. & Smith, T. (1998). *The ethical challenge and the futile treatment in the older population admitted to the intensive care unit*. *Am J Med Qual* 1998;13:121-6.
46. Gabbay, E., Calvo-Broce, J., Meyer, K., Trikalinos, T., Cohen, J. & Kent, D. (2010). *The empirical basis for determinations of medical futility*. *J Gen Intern Med.*, 25(10), 1083-1089.
47. Gallagher, A., Bousso, R., McCarthy, J., et al. (2015). *International Nurses' End-of-Life Decision-Making in Intensive Care Research Group. Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit*. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 794–803.
48. Garrido, A. & Simões, J. (2007). *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 599-608.
49. Gilmer, T., Schneiderman, L., Teetzel, H., et al. (2005). *The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting*. *Health Aff (Millwood)* 2005;24:961-71.
50. Grupo Português de Triagem (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*.
51. Heland, M. (2006). *Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility*. *Australian Critical Care*. Volume 19(1), 25-31, 2006.
52. Hsu, M., Su, S., Chiang, L., Shih, S. & Chen, Y. (2018). *The Medical Futility Experience of Nurses in Caring for Critically Ill Patients*. *The Journal of Nursing Research*. VOL. 26, NO. 2, Abril 2018.

53. Instituto Nacional de Emergência Médica, (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.
54. Johnstone, M. (1999). *Bioethics: A Nursing Perspective* (3rd ed). Sydney: Harcourt Saunders, 1999.
55. Kadooka, Y., Asai, A., Fukuyama, M. & Bito S. (2014). *A comparative survey on potentially futile treatments between Japanese nurses and laypeople*. *Nurs Ethics*. 2014;21(1):64-75.
56. Kelley, M., Angus, D., Chalfin, D., et al. (2004). *The critical care crisis in the United States: a report from the profession*. *Chest* 2004;125:1514-7.
57. Kipper, D. (2005). *O Problema das decisões médicas envolvendo o fim a vida e propostas para nossa realidade*. *Revista Bioética*.
58. Lascaratos, J., Poulakou-Rebelakou, E. & Marketos, S. (1999). *Abandonment of terminally ill patients in Byzantine era: an ancient tradition*. *J Med Ethics* 1999; 25: 254–258.
59. Lo, B. (2009). *Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
60. Martins, C. (2009). *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representação de alunos de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa).
61. Martins, E. (2013). *Por uma Sala de Emergência Mais Funcional*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal.
62. McCord, K. (2017). *The ethics of futility across the age continuum*. PhD Thesis, University of Duquesne, USA, 2017.

63. Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 664p. ISBN: 978- 0-8261-0535-6.
64. Meltzer, L. & Huckabay, L. (2004). *Critical care nurses' perceptions of futility and its effect on burnout*. American Journal of Critical Care. 2004; 13(3): 202-208.
65. Ministério da Saúde - *Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0
66. Mobley, M., Rady, M., Verheijde, J., Patela, B. & Larson, J. (2007). *The relationship between moral distress and perception of futility in the critical care unit*. Intensive and Critical Care Nursing. 2007; 23: 256-263.
67. Mohammed, S. & Peter, E. (2009). *Rituals, death and the moral practice of medical futility*. Nurs Ethics 2009; 16: 292–302.
68. Neuberger, G. (2009). *The cost of end of life care: A new efficiency measure falls short of AHA/ACC Standards*. Circ Cardiovascular Quality Outcomes. 2, 127-133
69. (Niderman & Berger, 2010) Niderman, M. & Berger, J. (2010). *The delivery of futile care is harmful to other patients*. Crit Care Med., 38(10 Suppl), S518-22.
70. Nurok, M. & Sadovnikoff, N. (2013). *Why are we doing this case? Can perioperative futile care be defined?* Curr Opin Anaesthesiol. 2013;26(2):176-181.

71. Ordem dos Enfermeiros (2002). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros.
72. Ordem dos Enfermeiros (2011) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: Regulamento nº124/2011
73. Ordem dos Enfermeiros (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei 156/2015, 2015-09-16). Diário da República nº181/2015, Série I de 2015-09- 2016). Diário da República eletrónico. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
74. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2 a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
75. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Lisboa, pp. 19359 - 19370.
76. Oye, R. & Bellamy, P. (1991). *Patterns of resource consumption in medical intensive care*. Chest 1991;99:685-9.
77. Özden, D., Karagozoglu, S., Tel, H. & Tabak, E. (2012). *Opinions of Nurses Working at Critical Care Units on Futility in Therapy and Practice*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.

78. Özden, D., Karagözoğlu, S. & Yildirim, G. (2013). *Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions*. *Nurs Ethics* 2013; 20: 436–447.
79. Özden, D., Karagözoğlu, S., Yildirim, G. & Tabak, E. (2013). *Opinions of intensive care professionals about futile treatment*. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013; 15(2): 42-55.
80. Palda, V., Bowman, K., McLean, R. & Chapman, M. (2005). *"Futile" care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses*. *J Crit Care* 2005;20:207-13.
81. Persaud, R. (2006). *"Futile" care in the intensive care unit*. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(11), 1506Y1507. doi:10.4065/81.11.1506-a
82. Pessini, L. (2001). *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2001.
83. Pessini, L. & Barchifontaine, C. (2002). *Problemas Atuais de Bioética*. 6a ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2002.
84. Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., et al. (2015). *Guidance for conducting systematic scoping reviews*. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13: 141–146.
85. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures: Lusociência, 633p. ISBN 972-8383-84-3.
86. Piers, R., Azoulay, E., Ricou B., et al. (2011) *Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians*. *JAMA*. 2011;306(24):2694-2703.
87. Pinheiro, C. (2001). *O paciente e seu Atendimento em Terapia Intensiva*. In: Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS, organizadores. *Rotinas em Terapia Intensiva*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 25-30.

88. Ponce, P., & Mendes, J. J. (2016). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
89. Prideaux, A. (2011). *Issues in nursing documentation and record-keeping practice*. *British journal of nursing*. 20(22), 1450–1454.
90. Quinn, J. (1994). *Taking back their health*. *Newsweek* 27 June 1994, p.36.
91. Rakhshan, M., Joolae, S., Mousazadeh, N., Hakimi, H. & Bagherian, S. (2022). *Causes of futile care from the perspective of intensive care unit nurses (I.C.U): qualitative content analysis*. *BMC Nursing* 2022; 21:225.
92. Regulamento n. º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série - N.º26. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
93. Resuscitation Council UK (2021). *Adult advanced life support Guidelines*.
94. Rice, E., Rady, M., Hamric, A., Verheijde, J. & Pendergast, D. (2008). *Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital*. *J Nurs Manag*. 2008;16(3):360-373.
95. Robinson, R. (2010). *Registered nurses and moral distress*. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010;29(5):197-202.
96. Rostami, S. & Jafari, H. (2016). *Nurses' Perceptions of Futile Medical Care*. *Mater Sociomed*. 2016 Apr; 28(2): 151-155
97. Rostami, S., Esmaeali, R., Jafari, H. & Cherati, J. (2017). *Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units*. *Nursing Ethics* Volume 26, Issue 1, February 2019, Pages 248-255
98. Rua, F., Marques, A., Sousa, J. & Freitas, P. (2008). *Transporte de Doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Edição Celon, 48p.

99. Rytterstrom, P., Cedersund, E. & Arman, M. (2009). *Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: a phenomenological—hermeneutic study*. Int J Nurs Stud. 2009;46(5):689-698.
100. Saettele, A. & Kras, J. (2013). *Current attitudes of anesthesiologists towards medically futile care*. Open J Anesthesiol. 2013;3(4):207-213.
101. Schweitzer G, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Nascimento KC, Moreira AR. Implementation of the protocol of nursing care in trauma in aeromedical service. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180516.
102. Serra, M.N. (2007). Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica - a perspectiva dos atores. In C. Nascimento, L. Antunes, M.G, Mestrinho, M, Serra (Eds.), Processos de formação na e para a prática de cuidados – ciclo de colóquios (125-173). Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-35-6.
103. Severinsson E, Johansson I, Lindquist I. Effects of process-oriented group supervision – a comparison of three groups of student nurses. Journal of Nursing Management. 2014;22:443-451.
104. Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática*. (6<sup>a</sup> ed.) Loures: Lusociência, 823p. ISBN: 978-972-8930-63-9
105. Shorideh, F., Ashktorab, T. & Yaghmaei, F. (2012). *Iranian intensive care unit nurses' moral distress a content analysis*. Nurs Ethics. 2012;19(4):464-478.
106. Sibbald, R., Downar, J. & Hawryluc, L. (2007). *Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units*. Canadian Medical Association or its licensors. November 6, 2007, 177(10).

107. Silva, A. (2008). A Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: contributo dos Enfermeiros Supervisores para o processo de ensino-aprendizagem (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa).
108. Sitzman, K., Craven, I. (2021). *Caring During Covid-19*. American Nurse.
109. Smedley A. Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*.2008;39(4):185-191.
110. Teixeira, A., Figueiredo, E., Melo, J., et al. (2012). *Medical futility and end-of-life decisions in critically ill patients: perception of physicians and nurses on central region of Portugal*. *J Palliative Care Med*. 2012;2(4):2.
111. Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. 750p. ISBN: 972-8383-74-6
112. Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2006). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5.ª Edição. Loures: Lusodidacta
113. Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). *ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. *Intens Care Med* 2011; 37: 1575–1587.
114. Vemuri, G. & Playfor, S. (2006). *Futility and inappropriate care in pediatric intensive care: a cross-sectional survey*. *Paediatr Anaesth*. 2006;16(3):309-313.

115. Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
116. Vieira, J. & Ferreira, R. (2018). *Early mobilization for the mechanically ventilated patient*. *RIASE* 2018; 4: 1388–1399.
117. Vieira, J., Deodato, S. & Mendes, F. (2021). *Conceptual models of nursing in critical care*. *Critical Care Research and Practice*, 2021, 5583319.
118. Vieira, J., Mendes, F. & Deodato, S. (2020). *Perceptions of intensive care unit nurses of therapeutic futility: A scoping review*. *Clinical Ethics* Volume 16, Issue 1, March 2021, Pages 17-24.
119. Vieira, J., Mendes, F. & Deodato, S. (2022). *Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group*. *SAGE Open Nursing*; Volume 8: 1–8, 2022.
120. Whitmer, M., Hurst, S., Prins, M., Shepard, K. & McVey, D. (2009) *Medical futility: a paradigm as old as Hippocrates*. *Dimens Crit Care Nurs* 2009; 28: 67–71.
121. Wilkinson, D. & Savulescu, J. (2011). *Knowing when to stop: futility in the intensive care unit*. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(2):160-165.
122. Wilkinson, J. (1987). *Moral distress in nursing practice - experience and effect*. *Nursing Forum* 1987; 23(1):16-29.
123. Yekefallah, L., Ashktorab, T., Manoochehri, H. & Hamid, A. (2015). *Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study*. *Global Journal of Health Science*; Volume 7, No. 4; 2015 ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 Published by Canadian Center of Science and Education.

124. Yi Hsu, M., Su, S., Chiang, L., Shih, L. & Chen, C. (2018). *The Medical Futility Experience of Nurses in Caring for Critically Ill Patients*. *The Journal of Nursing Research*; Volume 26, NO. 2, April 2018.
125. Yildirim, G., Karagozoglu, S., Ozden, D., Cinar, Z. & Ozveren, H. (2018). *A scale-development study: Exploration of intensive-care nurses' attitudes towards futile treatments*. *Death Studies*. 43:6, 397-405, 2018.

# ANEXOS

# ANEXO I – Certificado de Formação Profissional: Suporte Avançado de Vida

Serviço de Formação



## Certificado de Formação Profissional

Portaria Nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que Raquel Sofia R. Casqueira, natural de Glória, nascida a 28-03-1996, nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora do documento de identificação Cartão do Cidadão nº 14912084 2ZX3, válido até 06-07-2031, frequentou de 16-05-2022 a 17-05-2022, com duração total de 16 horas, a formação profissional:  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**  
Curso nº 66 - Ação nº 1  
que concluiu com aproveitamento, tendo obtido a classificação de 17.5 valores (Excelente).

Coimbra, 27 de Junho de 2022

Certificado válido até Maio de 2027  
Certificado Nº 929/2022

A Diretora do Serviço de Formação  
  
CHUC  
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA  
(Dr.ª Fernanda Maria Lopes Marques)

CHUC, E.P.E. - NIF: 510 103 448  
Serviço de Formação  
Acreditado pelo Ministério da Saúde - ACSS, I.P.  
Pólo HUC - Processo 073/26-01-2001  
Pólo HGH/PMBS - Processo 061/27-12-2000  
Pólo HSC - Processo 035/14-11-2000

Secretariado  
Pólo HGH/PMBS/PMBS - Quinta dos Vales S. Martinho do Bispo - 3041-053 Coimbra - Tel.: 239 600 185  
Telam./DECT: 961 949 521 / 6779 - 967 083 830 / 7673  
Pólo HSC - Quinta da Conraria - Ceira - 3031-801 Ceira - Tel.: 239 798 400 - Ext. 451  
E-mail: servformacaochuc@chuc.min-saude.pt

**Modalidade da Formação:**

Contínua

**Área de Formação:**

720 Saúde

**Plano Curricular:**

Apresentação - 10 mn;  
Introdução. Suporte Avançado de Vida em perspectiva - 10 mn;  
Palestra: Causas e prevenção de PCR - 25 mn;  
Palestra: Síndrome Coronário Agudo - 20 mn;  
Palestra/Demonstração: Demonstração de caso clínico. Algoritmo de tratamento - 55 mn;  
Bancas de competências: Via aérea e reconhecimento de ritmos - 1h45mn;  
Bancas de competências: Abordagem inicial e reanimação - 1h40mn;  
Cenários de casos clínicos - 1h30mn;  
Ética; Luto - 30mn;  
Reunião de formadores e feedback aos formandos - 10mn;  
Reunião de formadores e formandos - 15mn;  
Práticas: Arritmias perli-paragem; Gasimetria - 2h15mn;  
Práticas : Circunstâncias especiais - 1h30mn;  
Avaliação prática e avaliação teórica - 2h  
Reunião de formadores e feedback aos formandos. Encerramento - 30mn

**Competências adquiridas:**

- Identificação precoce da PCR e início precoce das manobras de SBV e SAV adequadas incluindo desfibrilhação quando indicada;
- Articulação coordenada com a equipa de emergência;
- Liderança eficaz de uma equipa de ressuscitação.

## ANEXO II – Curso Online: Doença Respiratória e Terapêutica Inalatória

**CERTIFICADO**

Certifica-se que

**Raquel Casqueira**

natural de Aveiro, nascido(a) em 28-03-1996,  
titular do n.º de identificação 14912084, válido até 06-07-2031,  
frequentou o curso de Formação Profissional:

**CURSO ONLINE: DOENÇA  
RESPIRATÓRIA E TERAPÊUTICA  
INALATÓRIA**

a partir de 04-10-2022 com a duração de 6 horas online (+ 6 horas de trabalho autónomo).  
Certificado n.º 3541/2022 de acordo com o modelo publicado  
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



**bwizer.**  
your evolution



ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

**ESTRUTURA CURRICULAR**

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
Revisão do Sistema Respiratório	1
Doenças Respiratórias	0,8
Prevenção de Doenças Respiratórias	1,20
Abordagem Global do Doente Respiratório	0,8
Dispositivos Inalatórios	1,2
Dispositivos Inalatórios	1

O responsável pela unidade formadora,

*Hugo Belchior* **bwizer.**  
your evolution

Hugo Belchior  
(assinatura e selo branco ou carimbo)

[www.bwizer.com](http://www.bwizer.com)

## ANEXO III – Curso Online: Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos

# CERTIFICADO

Certifica-se que

**Raquel Casqueira**

natural de Aveiro, nascido(a) em 28-03-1996,  
titular do n.º de identificação 14912084, válido até 06-07-2031,  
frequentou o curso de Formação Profissional:

**CURSO ONLINE: PRINCÍPIOS DE  
ENFERMAGEM EM CUIDADOS  
INTENSIVOS**

a partir de 28-10-2022 com a duração de 12h (inclui 7h de vídeo).  
Certificado n.º 1732/2022 de acordo com o modelo publicado  
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



**bwizer.**  
your evolution



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA

### ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
4. Vigilância e registo de parâmetros ventilatórios; Vídeo	0
1. Conceito de doente crítico;	0
2. Planeamento de cuidados de enfermagem ao doente crítico;	0
3. Vigilância e registo de sinais vitais;	0
5. Preparação de material para colocação de cateter arterial; Vídeo	0
6. Preparação de material para a colocação de cateter venoso central; Vídeo	0
7. Preparação de material para entubar um doente crítico;	0
8. Cuidados ao doente ventilado	0
a. Montagem e verificação do ventilador; Vídeo	0
b. Aspiração de secreções brônquicas; Vídeo	0
c. Montagem do sistema de aspiração fechado; Vídeo	0
d. Como colher secreções brônquicas para microbiologia; Vídeo	0
e. Como extubar um doente entubado. Vídeo	0
9. Preparação do doente crítico para transporte.	0

O responsável pela unidade formadora,

 **bwizer.**  
your evolution

Hugo Belchior  
(assinatura e selo branco ou carimbo)

[www.bwizer.com](http://www.bwizer.com)

## ANEXO III – Curso Online: Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos

**CERTIFICADO**

Certifica-se que

**Raquel Casqueira**

natural de Aveiro, nascido(a) em 28-03-1996,  
titular do n.º de identificação 14912084, válido até 06-07-2031,  
frequentou o curso de Formação Profissional:

**CURSO ONLINE: CUIDADOS INTENSIVOS  
(NOV 2022)**

de 28-11-2022 a 07-12-2022 com a duração de 16 horas.  
Certificado n.º 3421/2022 de acordo com o modelo publicado  
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



**ESTRUTURA CURRICULAR**

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
Conceito de doente crítico	2
Organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos	2
Controlo de Infecção	2
Monitorização hemodinâmica	2
Preparação e administração de fármacos	2
Sedação/Dor no doente crítico	2
Ventilação mecânica: invasiva e não invasiva	2
Transporte de doente crítico	2

O responsável pela unidade formadora,

 **bwizer.**  
your evolution

Hugo Belchior  
(assinatura e selo branco ou carimbo)

[www.bwizer.com](http://www.bwizer.com)

ANEXO IV – Outras certificações (1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência; curso de formação profissional “Eletrocardiografia”; IV Congresso Internacional de Enfermagem CUF; V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem -Enfermagem Especializada: uma voz para o humanismo)

**Certificado**



Certifica-se que Raquel Sofia Ruela Casqueira, com o cartão de cidadão nº 14912084, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022

  
Márcio Carvalho  
Presidente da Comissão Organizadora

  
Áurea Andrade  
Enfermeira Diretora do CHUC

**1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
**DESAFIO EMERGENTE**  
Centro de Congressos do CHUC  
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**  
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**  
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA



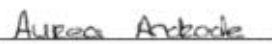
## CERTIFICADO

Certifica-se que **Raquel Sofia Ruela Casqueira**, nascido(a) a **28-03-1996** e portador(a) do documento de identificação nº **14912084**, frequentou o curso de formação profissional **"Eletrocardiografia"**, integrado no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que decorreu no dia 18 de Maio de 2022, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com a duração de 7 horas.

Coimbra, 19 de Maio 2022



Enf.º Márcio Miguel Coimbra de Carvalho  
Presidente da Direção  
Associação Tértúlia Emergente



Enª Áurea da Cruz Flamino Andrade  
Enfermeira Diretora  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**TERTÚLIA EMERGENTE**  
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS  
NIPC: 515790508  
email: tertuliaemergente@gmail.com

**CHUC, EPE – NIF: 510103448**  
**SERVIÇO DE FORMAÇÃO**  
ACREDITADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – ACSS.I.P.  
senformacaochuc@chuc.min-saude.pt



## CURSO DE ELETROCARDIOGRAFIA

### Programa

- Apresentação do curso
- História Breve da Eletrocardiografia
- Anatomia e Fisiologia
- Eletrofisiologia
- Ondas de ECG e Complexos
- O ECG normal
- Aspectos técnicos do ECG
- Ritmo Sinusal
- Arritmias
- Assistolia
- Anomalias na condução AV
- Estudo prático do ECG
- Síndrome coronária aguda
- Cardioversão Elétrica Sincronizada
- Desfibrilhação Elétrica
- Pacemaker
- Casos Clínicos
- Avaliação
- Encerramento





---

Participação em Eventos Científicos

---

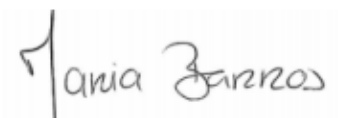
## Declaração

Certifica-se que **Raquel Casqueira**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14912084**, frequentou o seguinte evento científico:

### **IV Congresso Internacional de Enfermagem CUF**

que decorreu de **20 de Maio de 2022** a **21 de Maio de 2022**, no seguinte local:  
Hospital CUF Tejo

Carnaxide, 20 de Maio de 2022



Maria Barros

---

Código de Certificado: C-61fde621d755c

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academicuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



---

Conteúdo Programático

---

**20 de Maio de 2022**

---

<b>14:30 — 18:30</b>	<b>Nome:</b> Workshop abordagem à pessoa em situação crítica em sala de reanimação <b>Duração:</b> 4 horas <b>Descrição:</b> SIMULAR PARA SALVAR Treino com simulação de situações clínicas - abordagem à pessoa em situação crítica em sala de reanimação
----------------------	--

---

**21 de Maio de 2022**

---

<b>09:00 — 13:00</b>	<b>Nome:</b> Workshop de Bloco <b>Duração:</b> 4 horas <b>Descrição:</b> Treino com simulação de situações clínicas
<b>14:30 — 18:30</b>	<b>Nome:</b> Workshop de ECMO <b>Duração:</b> 4 horas <b>Descrição:</b> Treino com simulação de situações clínicas

---

## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Raquel Sofia Ruela Casqueira**, estudante n.º 192021065 esteve presente no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
*Amélia Simões Figueiredo*  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

## PROGRAMA

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

**Moderadora:** Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 –INTERVALO

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

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

**Moderadora:** Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."

Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lélia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

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

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

**Moderadora:** Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

# APÊNDICES

APÊNDICE I – Resultados da *Scoping Review*

<b>Autores (ano de publicação)</b>	<b>Título</b>	<b>Desenho</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Heland (2006)	Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility	Qualitativo, exploratório e descritivo	7 enfermeiros de UCI na Austrália com pelo menos um ano de experiência profissional em cuidados intensivos	Investigar as percepções e vivências dos enfermeiros de UCI de adultos sobre futilidade terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há uma definição única de futilidade terapêutica devido à sua complexidade;</li> <li>- Os enfermeiros são agentes essenciais na suspensão de tratamentos e cuidados fúteis;</li> <li>- Os enfermeiros apresentam um papel fundamental de assistência à pessoa e à sua família (tomam a posição de defensores, mediadores e coordenadores);</li> <li>- Aquando de um tratamento do qual discordam, os enfermeiros expressam frustração e conflito moral, podendo vir a deixar a profissão.</li> </ul>
Sibbald et al. (2007)	Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units	Qualitativa e análise	14 diretores médicos, 16 gerentes de enfermagem e 14 terapeutas	Explorar como os profissionais da UCI definem cuidados fúteis do ponto de vista médico,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sugeriu-se uma definição de futilidade terapêutica: uso de recursos consideráveis sem uma esperança razoável de que o paciente recupere para um estado de relativa independência ou que interaja com o seu meio envolvente.</li> </ul>

			respiratórios de 16 UCI de Ontário	<p>por que os fornecem e quais as estratégias que podem promover um uso mais eficaz dos recursos da UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificou-se que os casos de futilidade são particularmente angustiantes para a pessoa e para os profissionais de saúde;</li> <li>- Identificaram-se uma série de fatores comuns ao descrever casos de futilidade terapêutica, assim como razões pelas quais se praticam e sugestões de novas estratégias para evitar ou limitar.</li> </ul>
Carvalho et al. (2009)	Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses.	Qualitativo, exploratório e descritivo	6 enfermeiros com experiência, há mais de um ano, em 2 hospitais e UCI do Brasil	<p>Compreender como é que os enfermeiros das UCIs têm enfrentando a aplicação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis.</p>	<p>A maioria afirmou desconhecer o termo. Após tomarem conhecimento, consideraram ser uma prática muito presente, evidenciando apresentar nesses momentos sentimentos antagônicos;</p> <p>Assumiram-se como causas: dificuldade em lidar com a morte, não reconhecer a impotência em evitar a morte, concepções religiosas, priorização da cura da pessoa, acreditar que se está a priorizar o princípio da beneficência e a minimizar danos;</p> <p>Foram evidenciadas estratégias preventivas, privilegiando-se o cuidado humanizado essencialmente pela escuta dos valores e vontades da pessoa;</p>

					<p>Apontam inclusive, como medida chave a discussão regular dos cuidados e tratamentos em reuniões multiprofissionais de forma a delinear-se o melhor a ser feito;</p> <p>Importância do papel do enfermeiro, sobretudo na manutenção da qualidade de vida através do cuidar.</p>
ÖZDEN et al. (2012)	Opinions of Nurses Working at Critical Care Units on Futility in Therapy and Practice.	Descritivo	63 enfermeiros de UCI de um hospital universitário da Turquia	<p>Determinar as opiniões dos enfermeiros que trabalham nas UCI sobre tratamentos e práticas medicamente inúteis.</p>	<p>Identificam com frequência tratamentos e cuidados fúteis, vivenciando dilemas éticos nesse sentido;</p> <p>A maioria dos não está familiarizado com o conceito;</p> <p>Avaliaram os tratamentos fúteis como: a pessoa provavelmente não responderia ao tratamento, trouxe pouco benefício para qualidade de vida, apenas prolongou o tempo de vida, não melhorou o prognóstico da doença, prolonga a dor e o sofrimento.</p> <p>A autonomia da pessoa e da família é pouco valorizada.</p> <p>Apontam como causas: gestão hospitalar, solicitações do médico e valores pessoais.</p>

					Não há nenhuma prática voltada para a prevenção.
ÖZDEN et al. (2013)	Opinions of intensive care professionals about futile treatment.	Descritivo	305 pessoas (175 enfermeiros e 130 médicos) que trabalharam nas UCI de dois hospitais universitários da Turquia	Determinar a opinião dos enfermeiros e médicos que trabalham em UCI sobre o conceito de tratamento fútil.	<p>A maioria concorda com a subsequente definição de tratamento fútil: “Se o médico, pessoa ou familiares concordarem que os tratamentos ou as intervenções são fúteis, que contribuem minimamente para a qualidade de vida da pessoa, não têm possibilidade de responder às expectativas da pessoa e/ou não fornecem uma possibilidade razoável de recuperação, esses tratamentos ou intervenções são intervenções medicamente fúteis”.</p> <p>Concordam que a implementação do tratamento fútil contribui com um benefício mínimo para a qualidade de vida da pessoa, mas prolonga a duração da dor ou da angústia. Em consonância, os participantes referem vivenciar uma série de dilemas sobre esse assunto.</p> <p>Afirmaram ser comum que algumas pessoas recebam tratamento fútil, mas que o melhor seria não o fazer.</p> <p>Dentro dos motivos para a sua prática mencionam ser demanda da família, falta</p>

					<p>de comunicação e em consonância com o princípio da beneficência</p> <p>Constatou-se que a grande maioria dos médicos e principalmente dos enfermeiros considerou importante a vontade da pessoa ou a decisão de seus familiares.</p> <p>Indicam como estratégia o planejamento no país de dispositivos legais e programas de treinamento que visem desenvolver as habilidades dos profissionais de saúde, assim como estabelecimento e o desenvolvimento de critérios legais e diretrizes práticas que orientem os profissionais no processo de tomada de decisão clínica.</p>
Yekefallah et al. (2014)	Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study.	Fenomenológico	25 enfermeiros que trabalham nas UCI de 11 hospitais diferentes	Definir o conceito de cuidado fútil na visão dos enfermeiros do Irão que atuam em UCI	<p>Futilidade terapêutica foi definida por “cuidados inúteis e ineficazes, com desperdício de recursos e que causam tormento à pessoa e aos enfermeiros”;</p> <p>Foram selecionados os seguintes aspetos como causa: admissão fútil, procedimentos diagnósticos, ordens médicas, intervenções fúteis de enfermagem e atribuições de funções irrelevantes.</p>

					Na perspectiva dos enfermeiros, o cuidado fútil não melhora a condição da pessoa e é concedido sem rumo, diminuindo a qualidade do cuidado prestado.
Rostami et al. (2016)	Nurses' Perceptions of Futile Medical Care	Análise	16 artigos publicados entre 1994 e 2005	Revisar e identificar as percepções dos enfermeiros sobre o cuidado fútil, com base nos recursos científicos disponíveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificou-se que o cuidado fútil tem como consequências desperdício de recursos financeiros, conflitos morais e emocionais, esgotamento profissional e intenção de rotatividade entre os enfermeiros da UCI.</li> <li>- Vários estudos sobre a relação entre sofrimento moral e cuidado fútil mostram que cuidados fúteis podem afetar os enfermeiros. Percebe-se, assim, a importância de uma preparação adequada no uso de mecanismos de defesa entre os enfermeiros, nomeadamente fornecer suporte psicológico, para garantir adequados cuidados de enfermagem.</li> <li>- Um dos primeiros passos para projetar programas de cuidados eficazes em UCI é entender as experiências dos enfermeiros sobre cuidados fúteis uma vez que podem influenciar a pessoa e sua família,</li> </ul>

					<p>desempenham um papel fundamental no cuidado e na tomada de decisão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A tomada de conhecimento sobre estudos com consequente suporte total aos enfermeiros pelas equipas de gestão, pode melhorar a produtividade dos enfermeiros nas UCI.</li> </ul>
Rostami et al. (2017)	Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units.	Analítico	181 enfermeiros de UCI	<p>Verificar a relação entre as percepções dos enfermeiros sobre cuidados fúteis e os seus comportamentos de cuidado para com pessoas em fase final de vida internados em UCI do Irão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos enfermeiros apresentam uma perceção moderada sobre os cuidados fúteis;</li> <li>- Devido à relação negativa entre perceção de cuidado fútil e o comportamento de cuidar, refere-se como obrigatório a implementação de intervenções adequadas para minimizar a sua frequência, bem como capacitar os enfermeiros sobre os mecanismos de ajuste e sensibilizá-los para situações que originem cuidados fúteis.</li> <li>- Outra descoberta importante indica haver relação entre a média de horas de trabalho por semana e a perceção de cuidados fúteis</li> <li>- quando um enfermeiro realiza frequentemente uma ação, apesar de saber</li> </ul>

					da sua futilidade, a sua percepção das situações ficará perturbada.
Yi Hsu et al. (2018)	The Medical Futility Experience of Nurses in Caring for Critically Ill Patients.	Qualitativa e fenomenológico	8 enfermeiros com, pelo menos, 1 ano de experiência e que continuam a trabalhar em UCI adultos.	Compreender as experiências de futilidade médica de enfermeiros de terapia intensiva de Taiwan	<p>Definiu-se futilidade terapêutica como o que não beneficia evidentemente a condição da pessoa ou a sua qualidade de vida.</p> <p>Na determinação de se o tratamento é fútil ou não, relatam observar os sinais fisiológicos com alto risco de morte e de deterioração.</p> <p>Experienciam-se dilemas éticos ao julgar se se trata de fútil ou não;</p> <p>Demonstraram serem incapazes de interromper os tratamentos e cuidados (as condições da doença podem mudar inesperadamente);</p> <p>Consideram que acontece devido à exigência legal e cultural.</p> <p>De forma a poder-se prevenir ou reduzir sugerem: determinar o momento ideal para a comunicação, confortar as famílias e comunicar mudanças na condição clínica.</p>

<p>Yildirim et al. (2018)</p>	<p>A scale-development study: Exploration of intensive-care nurses' attitudes towards futile treatments</p>	<p>Exploratório</p>	<p>315 enfermeiros de UCI</p>	<p>Determinar a validade e a confiabilidade da ferramenta usada para avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à futilidade e para explorar as atitudes dos enfermeiros de UCI da Turquia em relação à futilidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo foi realizado essencialmente no sentido de determinar a validade e confiabilidade da Escala de Atitudes em Relação ao Tratamento Fútil. Espera-se que esta escala contribua para o desenvolvimento de estratégias individuais e institucionais aquando de potenciais implementações de tratamentos fúteis. A sua utilização centra-se na avaliação das atitudes dos enfermeiros em relação aos tratamentos de futilidade.</li> <li>- Relativamente à decisão de realizar tratamentos e intervenções fúteis, a maior parte dos participantes afirma que se deve levar em consideração o uso justo de recursos limitados, o princípio ético (não causar danos) e os critérios nacionais, incluindo dimensões éticas e legais.</li> <li>- Uma das questões controversas em análise, passa por quem decidirá se continua ou se cessa as intervenções fúteis. A opinião dos participantes não foi clara. A literatura enfatiza que a pessoa e a família têm prioridade.</li> </ul>
-------------------------------	---	---------------------	-------------------------------	---	---

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constatou-se ainda que os enfermeiros enfrentam dilemas éticos, uma vez que podem ter dificuldade em decidir entre manter a vida ou proporcionar e manter a qualidade de vida. Principalmente em casos terminais devido ao respeito pela vida, ao seu instinto de manter vivo e aos cuidados com a pessoa com a tecnologia avançada ao dispor.</li> </ul>
Vieira et al. (2020)	Perceptions of intensive care unit nurses of therapeutic futility: A scoping review	Análise	7 artigos publicados janeiro de 1990 e setembro de 2019	Descrever a percepção de enfermeiras de UCI sobre a futilidade terapêutica de intervenções implementadas a pessoas em condições críticas de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A futilidade terapêutica está associada a um processo ético altamente complexo, sendo difícil de apresentar uma definição única. A sua implementação desrespeita os princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça, não respeita a integridade e a dignidade da pessoa.</li> <li>- Existe uma relação direta entre futilidade terapêutica e desperdício de recursos, conflitos morais e exaustão dos enfermeiros, tendo sido além disso verificada uma relação negativa entre a percepção do cuidado fútil e o comportamento dos enfermeiros no cuidado.</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os enfermeiros não são os principais impulsionadores da implementação de intervenções fúteis. No entanto, graças à sua experiência e competência clínica, podem desempenhar um papel fundamental na sua prevenção. Acredita-se que a participação dos enfermeiros pode ter um impacto positivo, em especial por poder influenciar significativamente as atitudes das pessoas e dos familiares.</li> </ul>
Rakhshan et al. (2022)	Causes of futile care from the perspective of intensive care unit nurses (I.C.U): qualitative content analysis	Qualitativa	17 enfermeiros com pelo menos um diploma em bacharel de enfermagem e no mínimo 1 ano de experiência de trabalho em UCI	Explicar as causas de cuidado fútil na perspectiva de enfermeiros de UCI dos hospitais do norte do Irão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado fútil origina conflitos complexos nas equipas de enfermagem, mas identificando-se alguns desses conflitos, poderá conseguir-se controlar tais situações e planear estratégias.</li> <li>- Uma vez que os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na gestão de cuidados fúteis, é importante conhecer as causas dos cuidados fúteis no desenvolvimento de programas de prevenção.</li> <li>- Os gestores de enfermagem, com as evidências neste estudo, podem exercer estratégias de suporte para reduzir a</li> </ul>

					<p>quantidade de cuidados fúteis e, conseqüentemente, resolver os problemas específicos dos enfermeiros - esgotamento, frustração, raiva, burnout, sofrimento e stress moral, alterações na qualidade de trabalho e intenção de sair da profissão ou do serviço).</p> <p>- Este estudo pode também ser um passo para o desenvolvimento de diretrizes e políticas de cuidado, especialmente à pessoa em fim de vida em UCI (não existe nada neste sentido no Irão).</p>
Vieira et al. (2022)	Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group	Análise	5 enfermeiros especialistas em terapia intensiva do adulto, com experiência profissional mínima de quinze anos em UCI.	Identificar a percepção de enfermeiros peritos de UCI de adulto sobre a futilidade terapêutica na enfermagem.	<p>Devido, sobretudo, à complexidade do tema em estudo, verificou-se dificuldade em caracterizar futilidade terapêutica;</p> <p>Identificaram as seguintes situações onde se verifica: intervenções apesar da evidência de indicadores biofisiológicos incompatíveis com a vida, persistência do cuidado que visa apenas o prolongamento da vida, pessoas com situações cirúrgicas altamente irreversíveis com comorbilidades graves, contextos de</p>

					<p>resultados inatingíveis e que não justificam a implementação de intervenções;</p> <p>Como forma de prevenir a ocorrência e as consequências negativas associadas, consideram importante o desenvolvimento das competências pelos enfermeiros nesta área.</p>
Damps et al. (2022)	Limitation of Futile Therapy in the Opinion of Nursing Staff Employed in Polish Hospitals— Results of a Cross-Sectional Study	Estudo transversal	190 enfermeiros que trabalham em UCI	Avaliar as opiniões dos enfermeiros de UCI da Polónia sobre terapias fúteis, práticas e abordagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados desta pesquisa indicam que na Polónia, ainda é uma prática comum a continuação da terapia apesar da falta de prognóstico favorável, resultante do medo de responsabilidade legal e de ser acusado de conduta antiética.</li> <li>- A terapia fútil e as implicações clínicas relacionadas são conhecidas pela comunidade de enfermagem mas de forma passiva. Tal situação se deve à falta de educação, os exemplos positivos dos médicos, o medo da responsabilidade legal, bem como as dúvidas éticas e ideológicas.</li> <li>- Para os enfermeiros mais jovens, ou seja, aqueles com menor tempo de trabalho, foi mais notória a importância do conforto nos</li> </ul>

					<p>últimos dias de vida da pessoa, provavelmente devido à visão de mundo mais moderna com a ideologia de uma vida plena, não limitada pela doença.</p> <p>- Na opinião dos enfermeiros os fatores que facilitam a tomada de decisão sobre a limitação da terapia fútil devem incluir critérios de elegibilidade precisos, declaração de vontade da pessoa, ato legal inequívoco e educação do público sobre esse assunto.</p>
--	--	--	--	--	---

## APÊNDICE II – Delirium: avaliação e medidas não farmacológicas (Rascunho de um Guia Orientador para formulação de uma norma de procedimento)

- 1. Objetivos:** Uniformizar a avaliação, bem como a implementação das medidas não farmacológicas e os respetivos registos informáticos no B-simple em utentes com *delirium*, inteirando-se da identificação, prevenção e intervenção nos mesmos.
- 2. População alvo:** Utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED] do [REDACTED].
- 3. Utilizadores:** Enfermeiros da UCI [REDACTED].
- 4. Definições, Conceitos e Fundamentos:**

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013) e com Ely (2016) o *delirium* pode ser definido como um distúrbio na atenção, consciência e cognição de início agudo que se desenvolve num curto período de tempo (horas a poucos dias) e tende a oscilar durante o dia, agravando no período noturno. O quadro é consequência direta de uma condição médica, induzido por substâncias ou abstinência, múltiplas patologias ou a combinação destes fatores.

Alguns doentes podem apresentar *delirium subclínico* (sintomas prodrómicos) como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a 3 dias antes da expressão plena do *delirium*. A sintomatologia pode manter-se por dias a 2 meses, mas geralmente resolve-se em 10 a 12 dias, sendo que em 15% dos casos persiste até 30 dias.

Prayce, et al (2018) diz-nos que a Fisiopatologia dos *sintomas do delirium* surgem de anomalias de diversas vias neurológicas e do sistema de neurotransmissão. Não existindo uma causa comum, surgem várias teorias: diminuição do metabolismo oxidativo com impacto na neurotransmissão; efeito direto de neurotransmissores como a redução da acetilcolina ou o aumento da

dopamina; aumento das citocinas inflamatórias em situações de stress, alterações da síntese de neurotransmissores ou alteração da transdução intermodal que afeta a síntese e a libertação de neurotransmissores; diminuição da actividade colinérgica acompanhada de um aumento de dopaminérgico - teoria mais aceite.

O *delirium* pode ser *classificado* segundo os seus *subtipos* (APA, 2013):

- *delirium hiperativo*: se é caracterizado por agitação e aumento da atividade psicomotora;
- *delirium hipoativo*: se o doente apresenta lentificação e letargia;
- *delirium misto*: se há flutuação de sintomas entre o *delirium* hiperativo e hipoativo.

Apresentar-se delirium nas UCI predispõe a: aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento, aumento do tempo de ventilação, aumento dos custos, diminuição do tempo entre re-intubações, aumento do declínio cognitivo a longo prazo, e aumento das altas para unidades de cuidados continuados de longa duração (Ely, 2016; Pryce et al., 2018).

Segundo a revisão sistemática realizada por Krewulac et al (2018) estima-se uma prevalência de delirium de 31%. Ely (2016) considera que de 2 em cada 3 doentes em UCI têm delirium, bem como 7 a cada 10 doentes desenvolvem delirium durante ou logo após o período em que estão em ventilação mecânica. Através de um levantamento de dados na UCI 4 em 2018, verificou-se a prevalência de delirium de 30,5% nos doentes internados.

#### **FATORES DE RISCO**

Moreno & Faria (2013) classificaram os fatores de risco para o *delirium* em três categorias.

##### **Condições Pré-Existentes:**

- Idade superior a 70 anos;
- Transferência de um lar ou residência de idosos;
- Compromisso visual ou auditivo;
- História de depressão, demência, acidente vascular cerebral, epilepsia, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias;
- Doença Renal, hepática, infeção por HIV;
- Anemia;
- Alcoolismo;
- Uso de psicofármacos (opióides, benzodiazepinas, anticolinérgicos) e corticoides;
- Défices nutricionais;
- Desidratação.

##### **Condições Agudas:**

- Doença Grave;
- Consumo de substâncias ilícitas;
- Alterações metabólicas (hiper ou hipoglicemia, hipercalcémia, hiper ou hiponatrémia);
- Desregulação térmica;
- Infeção;
- Trauma Grave;
- Pós-operatório.

##### **Iatrogénicos/ambientais**

- Medicação (anticolinérgicos, sedativos, analgésicos);
- Imobilização ou restrição física;
- Presença de cateteres e sondas.

## AVALIAÇÃO

A aplicação do Método de avaliação da confusão (Confusion Assessment Method – CAM), desenvolvida em 1990 por Inouye e colegas, tem sido amplamente aplicada para avaliação do *delirium*. A partir de 2001 surge a **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)**, adaptada da primeira escala por Ely et al. Trata-se de um instrumento para avaliação de doentes internados em unidades de cuidados intensivos (que estejam ou não ventilados) e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde.

Ely (2016) considera que a avaliação do delírio é, na verdade, parte da avaliação geral da consciência. Neste sentido, para uma avaliação adequada do doente, estabelece que o procedimento deve ser feito em dois passos: avaliação da sedação (RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond) e avaliação do delírio (CAM-ICU).

➤ **Passo um:** avaliação da sedação (figura 1);

Se RASS for -4 ou -5, **Parar** e **Reavaliar** o doente mais tarde.

Se RASS for superior a -4 (-3 até +4) então **Seguir** para o Passo 2.

➤ **Passo dois:** Avaliação do Delírio - CAM-ICU (figura 2).

Termo	Descrição	
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, perigo imediato para o pessoal
+3	Muito agitado	Tenta retirar o(s) tubo(s) ou o(s) cateter(es); agressivo
+2	Agitado	Movimentos frequentes, luta contra o respirador
+1	Inquieto	Ansioso mas sem conduta violenta e sem movimentos excessivos
0	Alerta e tranquilo	
-1	Sonolento	Não totalmente alerta mas mantém-se desperto (abre os olhos e dirige o olhar para a voz ≥ 10 seg)
-2	Sedação ligeira	Desperta ao ouvir a voz, não mantém os olhos abertos mais de 10 seg
-3	Sedação moderada	Move-se e abre os olhos quando ouve a voz mas não dirige o olhar
-4	Sedação profunda	Não há resposta à voz, mas move ou abre os olhos com estimulação física
-5	Sedação muito profunda	Não há resposta à voz nem à estimulação física

Estimulação visual  
Estimulação física

Figura 1 - Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)<sup>1</sup>

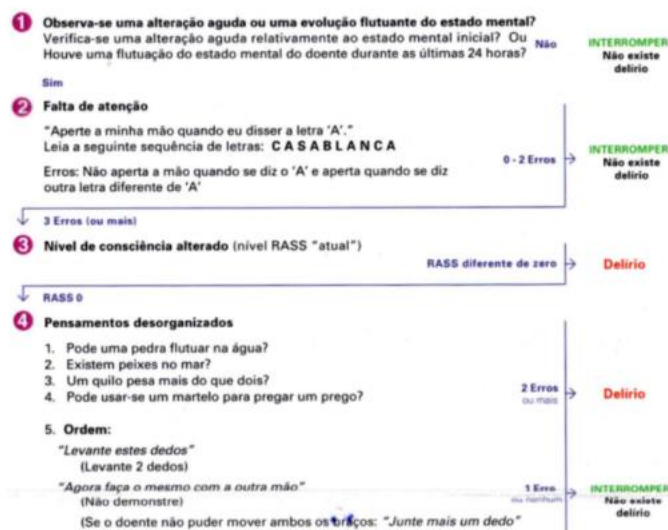


Figura 2 - The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)<sup>2</sup>

## TRATAMENTO

De acordo com as autoras Pryce et al. (2018), o melhor tratamento para o *delirium* é a prevenção pela implementação de medidas não farmacológicas. No entanto, as mesmas poderão não ser suficientes para o controlo sintomático.

### Medidas não farmacológicas:

- Realizar reorientação temporo-espacial do doente;
- Garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília;
- Dispor de ajudas visuais que auxiliem a orientação (relógio, calendário ou placas indicativas da divisão, elementos pessoais e familiares)
- Executar estimulação visual, auditiva e táctil - potencia as funções cognitivas e o processo de perceção do meio envolvente;
- Assegurar hidratação e alimentação adequadas;
- Otimizar as medidas de prevenção de úlceras por pressão;
- Estimular a mobilização precoce com prevenção adequada de quedas;
- Manter, preferencialmente, a mesma equipa de profissionais;
- Evitar mudanças frequentes de enfermaria.

Entre as principais abordagens não farmacológicas, quando se verificam comportamentos de risco, nomeadamente a remoção de dispositivos e a queda, excepcionalmente e após prescrição médica, poderá dar-se uso à contenção física mas por tempo limitado (DGS, 2011; OE, 2020), “nunca esquecendo que esta não só está associada ao desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados, como também à sua persistência” (Pryce et al. 2018; linhas 1-3, p. 55).

### Medidas farmacológicas:

No caso de não serem suficientes as intervenções não farmacológicas, deverá ser utilizada a contenção química. A terapêutica farmacológica desempenha-se como medida de primeira linha em doentes mais agitados, aplicando-se, assim, em *delirium* hiperativo, principalmente pelo risco a que o doente se coloca e pela necessidade de otimização das medidas não farmacológicas (Pryce et al. 2018).

Principais fármacos: Haloperidol, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona e Lorazepam.

## 5. Procedimento:

Remetendo para o objetivo principal da elaboração desta norma foi identificada a necessidade de introduzir o diagnóstico de *delirium*, respetivas intervenções e resultados no sistema informático *B-Simple*, bem como um fluxograma (presente no ponto 6).

Na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) surgem em 2019 os focos “*delirium* hiperativo”, “*delirium* hipoativo” e “risco de delírio”. Segundo a CIPE, o foco de delírio pode ser descrito como “pensamento distorcido”.

#### Diagnóstico de Enfermagem

##### • Delírio

- Delirium hiperativo, presente (se RASS > 0)
- Delirium hipoativo, presente (se RASS = ou < 0)
- Risco de delírio, presente

#### Intervenção de Enfermagem

- Gerir delírio

Na aplicação da escala CAM-ICU, se existir um diagnóstico Médico Psiquiátrico, Demencial (a não ser que as alterações observadas sejam compatíveis com o descrito no processo clínico), ou surdez, não aplicar escala CAM-ICU e registar na escala CAM-ICU que a escala não foi aplicada e a respetiva razão.

Se RASS = ou < a 4 Não aplicar escala CAM-ICU e registar na escala CAM-ICU que a escala não foi aplicada e a respetiva razão.

Se há variações das avaliações na escala de RASS nas últimas 24h, não é possível registar na escala de CAM-ICU “não identificado” e a avaliação na primeira categoria é de sintomas variáveis.

O diagnóstico de enfermagem “Risco de Delírio” é levantado quando utente tem condições pré-existentes, condições agudas ou iatrogénicas e ambientais, ou apresentou um (1) ou dois (2) itens positivos da escala CAM – ICU previamente realizada.

A intervenção gerir delírio, pressupõe as medidas não farmacológicas de prevenção e controlo do delírio, que são as seguintes:

##### ➤ Reorientar o utente nas vertentes de espaço e tempo

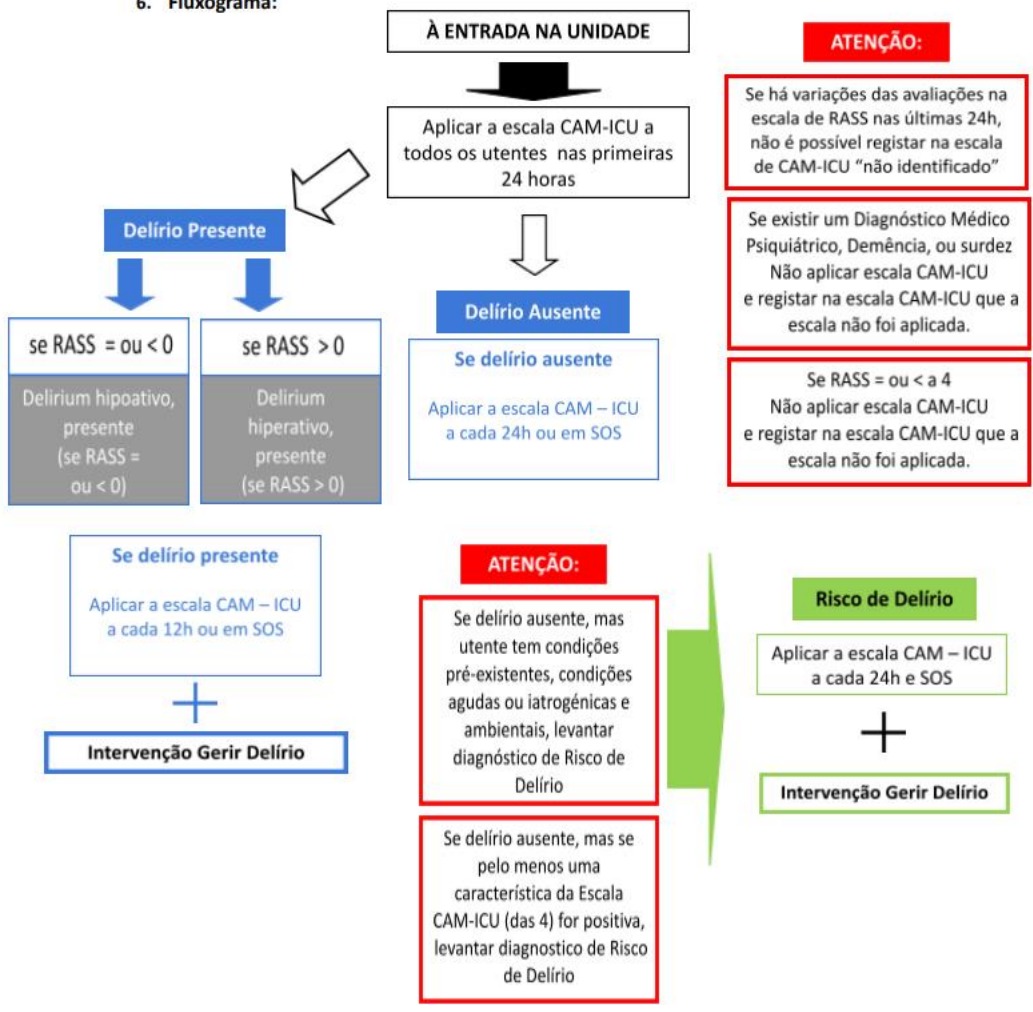
- Identificar-se e tratar o utente pelo nome;
- Informar o utente dos procedimentos que vão ser realizados e procurar a sua colaboração;
- Providenciar ao utente relógios, calendários, objetos pessoais e familiares do doente;
- Providenciar óculos, aparelhos auditivos ou outras ajudas;
- Providenciar papel e caneta, quadro de letras ou outras ajudas;
- Discutir com o utente eventos da atualidade, memórias, jogos de palavras ou outros;
- Providenciar um espaço com iluminação à altura do dia e calmo;
- Providenciar forma de entretenimento, televisão, rádio, música ou outras;
- Providenciar campanha.

##### ➤ Normalizar o ciclo sono-vigília

- Reduzir o ruído no quarto;
- Reduzir iluminação à noite;
- Providenciar bebida morna para a ceia (chá ou leite);
- Realizar massagem relaxante;
- Organizar plano de trabalho e atividades para permitir o sono do utente durante a noite.

- Normalizar o ciclo sono-vigília
- Rever necessidade de Cateteres e Sondas
- Evitar contenções físicas
- Gerir alimentação
- Gerir hidratação
- Mobilizar e posicionar em alternância de decúbitos periodicamente
- Aplicar o Protocolo de Mobilidade Precoce
- Aplicar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão
- Aplicar o Protocolo de Controlo da Dor
- Promover o envolvimento da família

6. Fluxograma:



7. Recursos equipamento/material: Aplicação informática no B-Simple

8. Indicadores:

- Execução da norma;
- Taxa de efetividade da execução do diagnóstico de delírio (hipoactivo e hiperactivo);
- Taxa de efetividade de diagnóstico de risco de delírio.

## 9. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013. (acedido a 21 de setembro de 2021 em <https://tinyurl.com/rxqd983>)
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2020). CIPE versão 2020 Classificação para a prática de Enfermagem, Lisboa - Portugal, Ordem dos Enfermeiros
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). Orientação n.º 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente
- Ely, E. W. (2016). Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) The Complete Training Manual. (acedido a 12 de novembro de 2022 em CAM-ICU training manual 2016-08-31\_Final (webflow.com))
- Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D. (acedido a 23 de setembro de 2021 em [https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5\\_CAM\\_ICU\\_training\\_Portugese\\_B.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf))
- Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Ely, E. W., & Fiest, K. M. (2018). Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 46(12), 2029–2035. (acedido a 21 de Setembro de 2021 em <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003402> )
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2020). Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 41/2020 – Contenção mecânica de doentes em tempo de pandemia
- Prayce, Rita; Quaresma, Filipa; Neto, Isabel (2018), *Acta Med Port* 2018, Port 2018 Jan; 31(1):51-58); (acedido a 12 de Novembro de 2022 em <https://doi.org/10.20344/amp.9670>)

## 10. Referências bibliográficas das figuras\*

\*figuras retiradas dos impressos fornecidos pela Orion Pharma

1:

- Maroney CL et al., Analgosediertung of severe pain among hospitalized adults. *J Palliat Med*, 2004; 7(3): 443-50

2:

- Aubrun F et al., What pain scales do nurses use in the postanaesthesia care unit? *Eur J Anaesthesiol*, 2003; 20(9): 745-9
- Herr KA et al., Pain Intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain*, 2004; 20(4): 207-19
- Gagliese L et al., The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*, 2005; 117(3): 412-20;
- DIVS S3-Leitlinie zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen 2007, AWMF.

11. **Documentos associados:** Impresso de tomada de conhecimento da norma/procedimento (em anexo)

12. **Anexos:**

**ANEXO I - The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)**

Fonte: Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D.

**Conectar a Monitorização da Sedação e Do Delírio:  
Um Método de Dois Passos para Avaliar a Consciência**

**Passo um: Avaliação da Sedação**

**A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS\*  
(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS\*)**

Pontuação	Termo	Descrição	
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UCI	
+3	Muito agitado	Puxa ou retira tubos ou catéteres; agressivo	
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso mas os movimentos não são agressivos	
0	Desperto e calmo		
-1	Confuso	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado  (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz (>10 segundos)	} Estimulação Verbal
-2	Sedação Ligeira	Acorda por breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10 segundos)	
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos)	} Estimulação Física
-4	Sedação Profunda	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo táctil	
-5	Não despertável	Não responde à voz ou ao estímulo táctil	

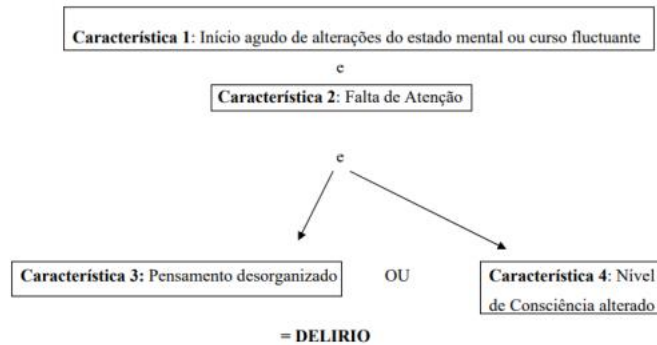
Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o doente mais tarde

Se RASS for superior a -4 (-3 até +4) então **Seguir para o Passo 2**

\*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344.

\*Ely, et al. JAMA 2003; 289:2983-2991.

**Passo Dois: Avaliação do Delírio**



**CAM-ICU – Características e Descrições****1. Início agudo ou curso flutuante** **Ausente** **Presente**

A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

OU

B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (e.g., RASS), Glasgow, ou avaliação de delírio prévia?

**2. Falta de Atenção** **Ausente** **Presente**

O doente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8 quer no componente visual quer no componente auditivo do **Teste de Atenção Attention Screening Examination (ASE)** ? (Instruções na página seguinte).

**3. Pensamento desorganizado** **Ausente** **Presente**

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorrectas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

**Questões** (Alternar Conjunto A e Conjunto B):

**Conjunto A**

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha ?

**Conjunto B**

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

**Outras:**

1. Está com o seu pensamento pouco claro?
2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do doente)
3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)

**4. Nível de consciência alterado** **Ausente** **Presente**

O nível de consciência do doente é outro qualquer que *não o alerta*, tal como o *vigil*, *letárgico* ou *estuporoso* ? (i.e., RASS diferente de “0” na altura da avaliação)

**Alerta** completamente ciente do ambiente, e interactiva apropriadamente de forma espontanea

**Vigilante** hiperalerta

**Letárgico** sonolento mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interactiva de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interactiva apropriadamente quando estimulado minimamente

**Estuporoso** completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável

**CAM-ICU Global** (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4): **Sim** **Não**

**ANEXO II - Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual**

Fonte: Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D.

**A. Teste de Atenção Auditivo (Letras)**

Orientações: Diga ao doente: “Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra “A”, indique-me apertando a minha mão.” Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UCI) à velocidade de uma letra por segundo.

**S A H E V A A R A T**

Pontuação: Os erros são contados quando o doente falha no apertar de mão aquando da letra “A” e quando o doente aperta a mão em qualquer outra letra que não a “A”.

**B. Teste de Atenção Visual (Figuras)**

**\*\* Ver o seguinte conjunto de figuras (A and B) \*\***

**Passo 1: 5 figuras**

Orientações: Diga ao doente, “Sr. ou Sra. \_\_\_\_\_, vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objectos comuns. Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura porque vou perguntar-lhe quais foram as figuras que viu. A seguir mostre o passo 1 quer do conjunto A quer do conjunto B, alternando diariamente se forem feitas várias medições. Mostre as primeiras 5 figuras durante 3 segundos cada uma.

**Passo 2: 10 figuras**

Orientações: Diga ao doente, “Agora vou mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já as viu e algumas são novas. Indique se já viu ou não estas fotografias abanando a cabeça para sim (demonstrar) ou não (demonstrar). A seguir mostre 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) durante 3 segundos cada.

(Passo 2 do conjunto A ou B, dependendo do que foi usado no passo 1 anterior).

Pontuação: este teste é pontuado pelo número de respostas “sim” ou “não” correctas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vista a melhorar a visibilidade para os doentes mais idosos, as imagens são imprimidas em tamanho 6x10 em papel colorido e

laminadas com acabamento mate.

Nota: Se o doente usa óculos assegurar que ele os tem colocado aquando da realização do teste visual.