

Mestrado em Enfermagem área de especialização: Médico Cirúrgica –  
Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio:**  
**AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FACE À OBSTINAÇÃO  
TERAPÊUTICA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**THE EXPERIENCES OF NURSES TOWARDS THE THERAPEUTIC  
OBSTINACY IN INTENSIVE CARE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica  
Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Catarina Jesus Nunes Branco

Lisboa, 2023







CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem área de especialização: Médico Cirúrgica –  
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FACE À OBSTINAÇÃO  
TERAPÊUTICA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**THE EXPERIENCES OF NURSES TOWARDS THE THERAPEUTIC  
OBSTINACY IN INTENSIVE CARE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica  
Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Catarina Jesus Nunes Branco

Orientadora Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2023



*“Os que se encantam com a prática sem a ciência  
são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola,  
nunca tendo certeza do seu destino.”*

Leonardo da Vinci

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço à minha pessoa, pela motivação e resiliência que mantenho na procura de novo conhecimento e desafios profissionais e que me ajudam a tornar uma melhor enfermeira.

Aos meus pais por todo o apoio, suporte emocional, por me terem acompanhado em todos os meus percursos formativos com uma palavra de força e esperança.

À Professora Rita Marques, por todo o apoio e palavras de incentivo ao longo deste meu processo, compreensão e ajuda em tudo o que precisei, fornecendo um suporte para mim essencial.

Ao meu querido colega, Jorge Pião, companheiro desta viagem académica, pois sem a sua alegria e amizade teria sido muito mais difícil caminhar neste percurso.

Às minhas orientadoras dos ensinios clínicos, Helena Correia e Sónia Pequito, por toda atenção, empatia, transmissão de conhecimentos, partilha de experiências pessoais e profissionais e que me enriqueceram enquanto pessoa e profissional.

A todos os doentes e família que tive o privilégio de conhecer e cuidar, que aceitaram sempre fazer parte deste meu projeto profissional, que permitiram que entrasse na sua dimensão pessoal, e que me permitiram passados 15 anos, viver situações marcantes e únicas enriquecedoras para mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

## RESUMO

O presente relatório insere-se na UC: Estágio e Relatório Final integrado no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e espelha o meu percurso formativo para obtenção do Título de Especialista. Numa primeira parte, apresento a RSL desenvolvida em relação ao tema: Vivências dos Enfermeiros face à Obstinação Terapêutica, a qual permitiu a obtenção de competências especializadas na área da investigação, exigido para um saber diferenciado e assente em evidência científica. Ao longo deste estudo secundário justifiquei a pertinência da escolha do tema, assim como os resultados obtidos através de um mapeamento dos estudos disponíveis.

No decorrer do presente trabalho, procuro descrever de forma objetiva, crítica e segundo uma perspetiva de análise, as atividades desenvolvidas nos contextos de cuidados vivenciados, nomeadamente num Serviço de Medicina Intensiva e numa Unidade de Hospitalização Domiciliária, bem como as principais aprendizagens e experiências, e de que forma todas as minhas vivências clínicas conduziram à aquisição das competências comuns e específicas exigidas ao Enfermeiro Especialista.

Importa analisar todas as experiências de cuidados que surgiram ao longo da minha prática clínica à luz de uma Teoria de Enfermagem, tendo escolhido para sustentar esta mesma prática a Teoria da Incerteza de Merle Mishel, justificando o porquê das minhas intervenções e possibilitando novas perspetivas de cuidados de enfermagem, por forma a promover a qualidade de vida do doente e família.

## **ABSTRACT**

This report is part of the UC: Internship and Final Report integrated into the Specialization Course in Medical-Surgical Nursing in the area of People in Critical Situations, and mirrors my training path to obtain the Specialist Title. In the first part, I present the RSL developed in relation to the theme: Nurses' Experiences in the face of Therapeutic Obstination, which allowed the acquisition of specialized skills in the area of research, required for differentiated knowledge and based on scientific evidence. Throughout this secondary study, I justified the relevance of the choice of theme, as well as the results obtained through a mapping of available studies.

In the course of this work, I seek to describe in an objective, critical way and from an analytical perspective, the activities carried out in the contexts of care experienced, namely in an Intensive Medicine Service and a Home Hospitalization Unit, as well as the main learning and experiences, and how all my clinical experiences led to the acquisition of the common and specific skills required of the Specialist Nurse.

It is important to analyze all the care experiences that emerged throughout my clinical practice in the light of a Nursing Theory, having chosen Merle Mishel's Theory of Uncertainty to support this same practice, justifying the reason for my interventions and enabling new perspectives of nursing care, in order to promote the quality of life of the patient and family.

## **SIGLAS/ABREVIATURAS**

ANA – *American Nurse Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS - *Bispectral index*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CNCV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECG - Eletrocardiograma

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EIHCP – Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos

ELSO – Extracorporeal Life Support Organization

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

HD – Hospitalização Domiciliária

IAHPC – International Association for Hospice and Palliative Care

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

NIRS - *Near-infrared spectroscopy*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia associada à Ventilação

PBE – Prática baseada na evidência

PCA - *Patient Controlled Analgesia*

PCR- Paragem Cardiorespiratória

PLS – Posição lateral segurança

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCP – Ressuscitação cardiopulmonar

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte avançado de vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1. AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS RELACIONADAS COM OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE EM UCI – REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO .....	20
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO .....	33
1.1 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....	36
1.2 UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	64
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
APÊNDICE I: Termos indexados utilizados na pesquisa nas bases de dados.....	92
Tabela: Termos indexados utilizados na pesquisa nas bases de dados.....	93
APÊNDICE II – Termos e resultados de pesquisa .....	94
APÊNDICE III: Fluxograma de seleção dos artigos para RSL .....	99
Filtragem .....	100
Identificação .....	100
APÊNDICE IV: Tabela de resultados dos estudos incluídos na RSL .....	101
APÊNDICE V – Bundles para a prevenção da Pneumonia associada à Ventilação (PAV).....	106
APÊNDICE VI – Questionário sobre as “Vivências dos Enfermeiros face à obstinação terapêutica no doente em Cuidados Intensivos” .....	108
APÊNDICE VII – Resultados do estudo exploratório .....	114
APÊNDICE VIII.....	122
APÊNDICE IX - Checklist da Mala de Urgência .....	126
APÊNDICE X – Lista de medicação de urgência .....	128
APÊNDICE XI – Requerimento à Direção de Enfermagem .....	130

ANEXO I – Autorização da Direção de Enfermagem .....	133
.....	134
ANEXO III – Fotografia da Sra. Ana quando viu pela 1ª vez a sua bebé no Serviço de Medicina Intensiva; 1º levante e ida à rua da Sra. Ana. ....	135
.....	136

## INTRODUÇÃO

Vivemos hoje em dia numa era tecnológica, na qual os avanços técnicos e científicos são responsáveis pela própria evolução nas mais variadas áreas. Uma das áreas que mais é influenciada por este constante desenvolvimento é a área da saúde, na qual os avanços da medicina têm constituído derradeiros desafios para quem cuida e para quem é cuidado (Lima, 2005, p. 79).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Despacho n.º 140/2019, 2019).

Deste modo, é necessário cada vez mais uma formação específica e especializada, justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades, devendo promover a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves, o que se torna cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento (Despacho n.º 140/2019, 2019). Reconhecida esta necessidade pela OE, surge a formação de especialização em Enfermagem desenvolvida por Instituições de Ensino Superior de Enfermagem com vista à aquisição de um conjunto de competências comuns e específicas que confere ao Enfermeiro um Grau de Especialista, destacando uma prática de excelência.

Entende-se como Enfermeiro Especialista, o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Despacho n.º 104/96, 1996).

Estas competências descritas e necessárias, segundo o disposto no Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, asseguram que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo alvo, são mobilizadas para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Despacho n.º 140/2019, 2019).

Um das áreas de especialização em Enfermagem é a especialização em Enfermagem à PSC, a qual pretendo alcançar com este processo formativo. Entende-se que por PSC, aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Despacho nº 429/2018, 2018). Assim e de acordo com o mesmo Regulamento que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à PSC, os cuidados de enfermagem nesta área constituem-se como 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.

Um das etapas deste meu processo académico é a realização do presente relatório, no qual descrevo todas as situações de cuidados, os diferentes contextos vivenciados ao longo dos EC, sob uma perspetiva crítica, reflexiva e objetiva, e de que modo este percurso me permitiu adquirir as competências de Enfermeira Especialista.

O trabalho apresentado encontra-se assim estruturado em 2 capítulos. O 1º refere-se à componente de investigação, no qual desenvolvo uma RSL de Evidência de Significado referente ao tema: Vivências dos enfermeiros face à obstinação terapêutica em Cuidados Intensivos. Este tipo de RSL, tem como objetivo, o de informar sobre o significado que uma intervenção, procedimento, processo ou condições de saúde têm para as pessoas num determinado contexto (Apóstolo, 2017). Importa contextualizar a definição do presente tema alvo da minha RSL, assim como a sua pertinência na prática de enfermagem.

Constato ao longo dos meus anos enquanto enfermeira, que quando se toma a decisão de suspender medidas de suporte de vida ao doente crítico com intenção curativa e implementar medidas paliativas, já é tarde, acabando o doente por falecer poucas horas depois, por vezes após ser submetido a procedimentos invasivos. Deste modo, ao longo da minha prática clínica, surgem-me questões como: até quando assumimos o doente como sendo crítico com todo o seu potencial curativo e de recuperação? Enquanto membro de uma equipa multidisciplinar na área do doente crítico, qual o meu papel na gestão e limitação de intervenções fúteis ao doente?

Através da RSL desenvolvida ao longo do 1º capítulo, procuro mapear os estudos existentes e identificados ao longo da minha pesquisa, extrair os dados, analisando-os e transformando-os em resultados relevantes, para que possam ser publicados, permitindo deste modo a translação do conhecimento para a prática de enfermagem. Para além deste objetivo, o de otimizar a nossa prática, a qual se deve basear na evidência científica, promovendo uma componente de investigação neste processo académico, a exploração deste tema também me acompanhou nos meus estágios, pois através das várias experiências de cuidados pude refletir sobre este paradigma de cuidados, mobilizando para a prática a evidência encontrada.

A fim de promover um saber fundamentado da Enfermagem, é necessário analisar a nossa prática à luz de um referencial teórico que nos orienta. A teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão (Allgood & Tomey 2009, p.12). Por conseguinte, foi no meu 1º contexto de estágio que identifiquei a Teoria que me iria acompanhar na análise e reflexão da minha prática de cuidados, nomeadamente a Teoria da Incerteza na Doença de Mishel.

A Teoria da Incerteza ajusta-se à realidade do doente crítico, pois são vivenciados processos de doença aguda, complexa, a qual emerge de forma súbita, levando ao aparecimento de sentimentos de incerteza, desassossego, e fragilidade quer do doente quer da família que experiencia uma mudança do seu sistema (Silva & Sousa, 2019). Segundo as mesmas autoras, este fenómeno de

incerteza surge, assim, como uma presença constante na pessoa em situação crítica, alertando-a para a sua vulnerabilidade.

Esta incerteza percebida pelo doente e família em situação de doença aguda, segundo Mishel (citado por Alligood & Tomey 2004, p. 634), pode ser vivida de forma prolongada, deixando de representar um perigo, mas antes uma oportunidade. Esta nova percepção da incerteza, como uma reorientação da vida é influenciada positivamente quer pela família, quer pelos profissionais de saúde, quer pelo apoio social e o ensino realizado, constituindo estes os fornecedores de estrutura para o doente. Os sentimentos negativos que levam a uma maior vulnerabilidade associada à situação de doença aguda podem ser minimizados através de um maior grau de confiança que o doente tem nos seus fornecedores de estrutura como sendo os enfermeiros, constituindo estes uma peça fundamental no processo cognitivo de adaptação do doente e família à nova realidade desta transição saúde-doença (Alligood & Tomey, 2009).

O desenvolvimento do referencial teórico escolhido vai emergindo de forma mais marcada ao longo do 2º capítulo, no qual descrevo e contextualizo os contextos de estágio, designadamente o Serviço de Medicina Intensiva e a Unidade de Hospitalização Domiciliária, procurando analisar de forma objetiva e assente numa reflexão crítica todo o meu percurso formativo na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da PSC, assim como a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. A partir de momentos de reflexão, partilha de conhecimentos, pesquisa, estudo realizado no âmbito da investigação, e descrição de todos os meus momentos académicos, foi possível a aquisição de conhecimentos quer técnicos, quer humanos, fundamentados na mais recente evidência científica, permitindo-me ter consciência da enfermeira que ambiciono ser, e do tipo de cuidados que pretendo prestar aos doentes, nomeadamente cuidados de excelência e especializados, defendendo acima de tudo as necessidades e os interesses da PSC e família.

O presente trabalho é elaborado segundo as normas APA (7ª Edição).



# **1. AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS RELACIONADAS COM OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE EM UCI – REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO**

## **RESUMO**

**Introdução:** Atualmente, vive-se num mundo altamente tecnológico, o qual acaba por ter impacto na própria evolução dos cuidados de saúde, principalmente quando falamos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), focadas na investigação, diagnóstico e tratamento da doença aguda, que pode conduzir a situações de obstinação terapêutica para o doente internado. Tal facto representa muitas vezes um dilema ético para o enfermeiro: cuidados intensivos curativos ou cuidados fúteis que causam mais sofrimento ao doente e família.

**Objetivo:** Sintetizar o significado das vivências experienciadas pelos enfermeiros perante a OT nos cuidados ao doente internado na UCI.

**Metodologia:** Revisão de evidência de significado da literatura, de estudos qualitativos e mistos primários, através da pesquisa booleana na EBSCO Host nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatinacom, com base na seguinte questão de pesquisa: Quais as vivências dos enfermeiros relacionadas com a obstinação terapêutica no doente em UCI?

**Resultados:** Foram selecionados 7 estudos para a revisão após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e após leitura integral, que evidenciaram o significado das experiências e vivências dos enfermeiros em relação à obstinação terapêutica/ futilidade médica nos cuidados prestados ao doente na UCI.

As vivências dos enfermeiros face à obstinação terapêutica no doente na UCI dependem de fatores intrínsecos e extrínsecos. Inerentes ao próprio enfermeiro emergiram as crenças em relação à morte, crenças religiosas, estado emocional e experiências passadas. Como fatores externos, foram identificados o trabalho em equipa, a participação nas tomadas de decisão, a relação que estabelece com a família e como esta gere a situação de final de vida do doente.

Conclusão: A presente RSL de significado permitiu reunir os principais significados das vivências transmitidas pelos enfermeiros em relação à OT na UCI, sendo uma preocupação e na maior parte das situações uma dificuldade sentida pelos enfermeiros na gestão dos cuidados, na missão de defender o melhor para o doente e família.

Palavras-chave: **enfermeiro, obstinação terapêutica, doente crítico, cuidados intensivos, sofrimento, vivência.**

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, assiste-se a uma mudança de paradigma no que respeita à morte e ao morrer. “Se nos tempos ancestrais, as pessoas morriam em casa, junto dos seus familiares, num ambiente privado e ritualista, hoje em dia a morte passou a ter lugar cada vez mais nos hospitais, estando o doente rodeado do equipamento, profissionais de saúde que não os seus familiares, ocorrendo a morte na maior parte das vezes num momento de solidão” (Martins, et al. 2022, p. 2).

Tal realidade deve-se a vários fatores, nomeadamente aos avanços tecnológicos na área da saúde, tal como o aparecimento de novas técnicas, tratamentos e meios de diagnóstico, os quais permitem uma melhor e maior resposta no tratamento dos mais diversos tipos de patologias, suportam a vida e, têm como principal objetivo, a cura e a longevidade (Oliveira et al. 2021).

Decorrente desta realidade surge o fenómeno de obstinação terapêutica ou futilidade médica, o qual tem a sua origem no latim “*futilis*” que significa “furado”, conceito este reconhecido como facto clínico desde a era hipocrática, começando-se nesta altura a orientar as decisões dos clínicos de tratar ou

desistir de alguns tratamentos sobretudo em situações incuráveis, representando o “tratar” um comportamento que poria em causa o primeiro princípio da ética – o da beneficência - agir no sentido do bem do doente (Vilhena, 2013, p.5).

De acordo com Lima (2005), na segunda metade do século XX, a saúde individual tornou-se uma espécie de religião, tendo a esperança média de vida aumentado e as pessoas com doenças crónicas submetidas cada vez mais a cuidados médicos prolongados, com expectativas irrealistas e insatisfatórias, mediante a utilização de uma tecnologia cara e nem sempre ajustada à situação do doente, transformando a fase final de vida num longo e doloroso processo de morrer.

Assim, entende-se por obstinação terapêutica a “intervenção médica excessiva com muito pouca perspectiva de alterar o resultado clínico de maneira positiva” (Voultsos et al, 2021, p.2). O mesmo autor considera que este conceito deve ser entendido em dois sentidos, nomeadamente a baixa probabilidade de o tratamento beneficiar o doente, e a qualidade desse benefício resultante, devendo compreender a probabilidade de alcançar os objetivos desejáveis, a vontade e o desejo do doente e a sua qualidade de vida.

Em Portugal, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida emitiu um parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, recomendando claramente a interrupção de terapêutica fútil e a necessidade de a evitar, afirmando que quando objetivamente está claro que a recuperação não é possível, um julgamento prudente de futilidade é defensável e pode-se permitir que o doente morra como consequência da história natural da sua doença, sendo ética a interrupção de tratamentos, em particular quando causam sofrimento ao doente, ainda que esta interrupção lhe vá encurtar o tempo de vida (CNECV, 1995).

Assim, o doente internado em UCI experiencia uma “ameaça” continua à sua condição, sem saber o que vai acontecer. Quando sedo analgesiado, estes sentimentos manifestam-se através da família, mas quando acordado e auto consciente, o doente vive uma grande incerteza.

De acordo com Banjar (2017), perante um mundo cada vez mais tecnológico e tecnicista, o enfermeiro não deve assim distanciar-se do seu objetivo, o qual visa estabelecer uma relação de cuidar e ajuda com o doente e família, procurando defender os seus interesses.

Deste modo, este estudo tem como objetivo rever sistematicamente em estudos de natureza qualitativa, o significado das vivências dos enfermeiros face à OT no doente em UCI.

## METODOLOGIA

O presente estudo recorre ao método da revisão sistemática de literatura de significado, procurando sintetizar os estudos qualitativos existentes em relação ao tema definido. “Este tipo de revisão de literatura tem como principal objetivo o de informar sobre o significado que uma intervenção, procedimento, processo, estados ou condições de saúde têm para as pessoas num determinado contexto” (Apóstolo, 2017, p.83).

O tema definido insere-se na obstinação terapêutica, tendo sido elaborada como questão orientadora de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros relacionadas com a obstinação terapêutica no doente em UCI? A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia JBI para Revisões Sistemáticas de Evidência Qualitativa: *Manual for Evidence Synthesis* (Aromatis & Munn, 2020).

Este tipo de revisão, segue a mnemónica PICo, a qual serve para a construção de um título claro traduzindo respetivamente a população, fenómeno de Interesse, e Contexto (JBI, citado em Apóstolo, 2017), sendo que no presente estudo, a População corresponde aos Enfermeiros, o Fenómeno de Interesse aos significados das vivências face à OT, e o Contexto refere-se aos Cuidados Intensivos.

Após a definição do título baseada na mnemónica PICo, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, os quais são demonstrados na seguinte tabela (Tabela 1).

**Tabela 1:** Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeiros que prestem cuidados a doentes em UCI;</li><li>• Enfermeiros que não prestem cuidados diretos aos doentes, mas com funções de gestão em UCI;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeiros que não prestem cuidados a doentes em UCI</li></ul>
Fenómeno de interesse	<ul style="list-style-type: none"><li>• O significado das vivências dos enfermeiros face à OT</li></ul>	
Contexto	<ul style="list-style-type: none"><li>• UCI's</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os serviços que não sejam UCI's</li><li>• UCI's de pediatria</li></ul>
Tipo de estudos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualitativos</li><li>• Idioma em Português, Espanhol e Inglês;</li><li>• Texto integral disponível</li><li>• Limitação temporal: dezembro 2017 – janeiro 2023</li></ul>	

De seguida, foi realizada uma pesquisa preliminar sobre estudos publicados, por forma a apurar o “estado da arte” sobre este tema. Esta fase implica uma pesquisa abrangente e exaustiva, com uma avaliação crítica independente e extração padronizada de dados (JBI, 2022). Após esta primeira pesquisa, foi possível ajustar os descritores e as palavras-chave, tendo elaborado a seguinte equação de pesquisa: [(nurses, male\* OR nurse\* female OR carer) AND (therapeutics\* OR Medical Futility\* OR Terminal Care\*) AND (Critical Care\* OR Intensive Care Units\* Cuidados Críticos\*)] (Apêndice I).

Procedeu-se então à pesquisa online, com base na equação mencionada, entre Dezembro de 2022 e Janeiro de 2023, através da *EBSCOhost (Research Databases)*, nas bases de dados da CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, segundo os descritores e operadores booleanos definidos na equação (Apêndice II).

Resultante desta pesquisa, obteve-se um total de 170 artigos, dos quais após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1), foram excluídos

por título 115 artigos e por *abstract* 9 artigos. Destes 26 artigos elegíveis, após leitura integral foram selecionados 7 artigos considerados para a presente revisão (Apêndice III).

Após a obtenção destes 7 artigos, é necessário avançar na próxima fase, a de extração dos dados dos artigos, a qual deve demonstrar os detalhes gerais dos documentos (JBI, 2022). Deste modo, foi elaborada uma tabela que espelha a organização dos artigos elegíveis para a RSL. Após a extração e organização dos dados, é necessário proceder à síntese dos mesmos, a fim de analisar e discutir os achados posteriormente. É importante considerar o risco de viés nestas fases de extração e síntese de dados, assim, “a avaliação crítica dos estudos primários qualitativos é fundamental para estabelecer a sua qualidade” (JBI & Sandelowski citado em Apóstolo, 2017, p.60).

## RESULTADOS

Na Tabela 2 (Apêndice IV), são apresentados os 7 artigos incluídos na revisão, onde consta o nome do autor, ano e país de publicação, objetivos, metodologia/nível de evidência, amostra e principais conclusões.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após sintetizar os resultados obtidos dos artigos que integraram a presente Revisão de Literatura de Significado, é necessário apresentar uma discussão destes mesmos resultados. De acordo com a JBI (2022), esta discussão deve sumarizar quer os resultados dos artigos quer as limitações identificadas nos estudos primários e decorrentes da própria revisão, devendo ser apresentada a força da evidencia encontrada.

Os estudos analisados enquadram-se no nível de evidência 4 (4.c e 4. d), pelo que as reflexões e recomendações apresentada na presente revisão, devem ser enquadradas e discutidas de forma crítica. É uma temática que tem sido alvo de muitos estudos, demonstrando uma preocupação e crescente sensibilização com o tema em causa. Constatei que o tema da OT e os cuidados paliativos / cuidados de fim de vida andam lado a lado em muitos estudos

encontrados, aparecendo associados entre si. Foi possível encontrar artigos de diversos países, nomeadamente Espanha e Arábia Saudita com artigos de 2017; Portugal com 1 artigo de 2018; Jordânia e Turquia com artigos de 2019; Brasil, e Austrália com artigos de 2020.

Após a análise dos resultados, é possível concluir que as vivências e experiências dos enfermeiros face à obstinação terapêutica no doente internado em UCI são influenciadas quer por fatores internos quer por fatores externos, que podem ser agrupados em 4 categorias: aspetos psicológicos e emocionais; trabalho em equipa multidisciplinar; relação com a família; formação em cuidados paliativos.

### **Aspetos psicológicos e emocionais**

Tal como afirma Yildirim et al. (2018) os avanços na tecnologia e as mudanças que se assiste ao nível da saúde conduzem os enfermeiros à prestação de cuidados de saúde cada vez mais complexos e desafiantes, realidade ainda mais presente em ambiente de cuidados intensivos. Porém, existem situações de cuidados com as quais os enfermeiros não concordam nomeadamente em relação a medidas/intervenções ou procedimentos desnecessários realizados ao doente e que em nada irão beneficiar a sua situação clínica.

Velarde-Garcia et al. (2017), referem que a OT tem impacto na dimensão psico emocional, na relação com a futilidade médica. Os autores assumem que os enfermeiros a trabalhar em UCI vivenciam ao longo da sua vida académica e profissional um processo de aprendizagem de prestação de cuidados focados na cura. Os enfermeiros, neste estudo verbalizam dificuldades em perceber quais as situações de terminalidade e quais os cuidados que mais sentido fazem em ser aplicados e quais não devem ser prestados. Velarde-Garcia et al. (2017), aborda sentimentos experienciados pelos enfermeiros em situações de futilidade de cuidados, nomeadamente distancia emocional e desapego, a qual pode levar a uma desumanização de cuidados por parte do enfermeiro como afirmam os autores.

Também Silva et al. (2018), abordam as próprias crenças religiosas do enfermeiro, a proximidade com o doente e o estado emocional do enfermeiro como fatores decisivos na construção do processo de morrer nestas unidades e consequentemente nas vivências em relação à futilidade médica.

Seiffert et al. (2020), demonstram que os sentimentos dos enfermeiros face a uma situação de mau prognóstico/terminalidade do doente em cuidados intensivos são negativos. Estes sentimentos podem ser a impotência, medo, frustração, e sentimento de perda, fracasso e culpa. Os mesmos autores afirmam que tais sentimentos experienciados podem causar sofrimento ao enfermeiro, pois ao mesmo tempo que percebe que o seu doente enfrenta uma evolução desfavorável da sua condição clínica é confrontado com a sensação de “derrota” por o doente não ser “salvo” em ambiente de cuidados intensivos. Este artigo sublinha o desenvolvimento de mecanismos de defesa por parte dos enfermeiros para lidarem com estas situações, nomeadamente afastamento e isolamento, e alerta para o risco de desumanização de cuidados, tal como também suporta o estudo de Velarde-Garcia et al. (2017).

Em 2 estudos, Velarde-Garcia et al. (2017) e Silva et al. (2018), é abordada a necessidade de apoio psicológico à equipa de enfermagem que lida com doentes em fim de vida nos cuidados intensivos. Algumas situações levam a que o enfermeiro tenha dificuldades em perceber o objetivo de cuidados e a situação de irreversibilidade relacionado com o diagnóstico de morte cerebral. Os enfermeiros assumem que muitas vezes desconhecem quais os limites de cuidados a implementar nestas situações, tendo noção ao mesmo tempo que algumas intervenções não beneficiam o doente.

De acordo com Yildirim et al. (2018), a maior parte dos enfermeiros perante situações de decisão de implementar medidas fúteis afirmam que deveriam ser considerados nesta decisão as leis em vigor no país, incluindo a dimensão ético-legal, os princípios bioéticos estruturantes da relação de cuidar com o doente, nomeadamente o princípio da não maleficência e os recursos limitados em saúde.

Hynes et al. (2020), referiu no seu estudo a existência de um conflito moral experienciado pelos enfermeiros, pelo dilema ético e profissional relacionado

com a decisão de sustentar a vida, pois o doente está internado numa UCI ou respeitar a qualidade de vida em situações de mau prognóstico.

Silva et al. (2018), afirma que as narrativas dos enfermeiros no estudo permitem inferir que estes procuram minorar o desconforto, o sofrimento e a dor, com a intenção de promover a dignidade humana e minimizar situações de obstinação terapêutica.

### **Trabalho em Equipa Multidisciplinar**

De acordo com Silva et al. (2018), o trabalho em equipa é crucial na gestão de situações de OT, e conseqüentemente as tomadas de decisão em equipa. Neste estudo, os enfermeiros afirmam que frequentemente a decisão é unilateral (apenas médica) relativamente aos objetivos e planos terapêuticos para aquele doente. Emerge assim, de acordo com estes mesmos autores, a futilidade médica como uma prática presente, decorrente dos múltiplos investimentos médicos em termos de diagnóstico e tratamentos, sem haver uma envolvência do enfermeiro que muitas vezes é o profissional que melhor conhece o doente e família.

Mani e Ibrahim (2017), demonstram que os enfermeiros consideram que uma das situações que podem contribuir para a OT é o facto de haver vários médicos a dar indicações diferentes em relação aos cuidados ao mesmo doente, sendo um dos motivos de preocupação da equipa de enfermagem. Os enfermeiros neste estudo afirmam que muitas vezes os médicos reconhecem-nos como peça fundamental no suporte de vida do doente, mas não como detentores de competências e conhecimento para serem envolvidos no processo de tomada de decisão. Silva et al. (2012), Hynes et al. (2020) e Sharour et al. (2019), sustentam o facto de as diferentes indicações médicas e diretrizes que são dadas em relação ao tratamento do doente poderem ser confusas e não limitativas em relação a atos obstinados. Os 3 estudos realçam que a rotina de cuidados ao doente com prognóstico reservado é muitas vezes dependente das decisões médicas, mesmo quando os enfermeiros não estão de acordo.

Nos estudos de Silva et al. (2012) e Sharour et al. (2019), é abordado o receio por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos de repercussões ético legais por suspensão de tratamentos, e que pode levar à manutenção de medidas desnecessárias para o doente, realidade que é reconhecida pelos próprios enfermeiros.

### **Relação com a Família**

A dimensão da família é abordada como um fator que acaba por condicionar a obstinação terapêutica em 3 dos estudos analisados.

Sharour et al. (2019), assumem que a família muitas vezes constitui um grande obstáculo à suspensão de medidas de suporte de vida, pois não aceitam o prognóstico do doente ou não compreendem os resultados nefastos que alguns tratamentos e procedimentos podem causar ao doente.

Também Sharour et al. (2019), Hynes et al. (2020), Silva et al. (2018), abordam o facto de a família não receber informação honesta e real em relação à condição e evolução clínica do doente, leva à criação de falsas expectativas e esperanças. A equipa médica muitas vezes não informa os familiares da evolução do doente, provocando nos enfermeiros sentimentos de angústia e ansiedade pois são eles o alvo das solicitações dos familiares, não sabendo muitas vezes o que dizer à família (Mani & Ibrahim, 2017).

Tal como Hynes et al. (2019) no seu estudo demonstram, um dos comportamentos que suportam a gestão de práticas fúteis é um processo através do qual a família é preparada, sendo necessário um primeiro momento com a família aquando da admissão do doente na UCI a fim de serem definidos objetivos de cuidados reais e em conjunto, necessidade reconhecida pelos enfermeiros a fim de uma comunicação clara e uma gestão de expectativas realista. Em situações complexas com evolução clínica desfavorável, Hynes et al. (2019) e Silva et al. (2017), demonstram que a gestão de más notícias exige competências específicas de comunicação para com a família por parte dos enfermeiros, e que em casos de situações de fim de vida a família deveria estar com o doente em ambiente calmo e privado, por forma a percecionarem a

situação real, ajustando as expectativas e aceitando que embora estando numa UCI não há perspectivas de cura.

Mani e Ibrahim (2017) sublinham a importância de alargar o horário das visitas na UCI em determinadas situações e fazer o acompanhamento da família do doente em situação terminal. Silva et al. (2018) sugerem consultas de *follow up* para apoio no luto à família, melhoria na comunicação com a família relativamente ao prognóstico e suspensão de medidas.

### **Formação em Cuidados Paliativos**

Todos os 7 estudos analisados contemplam a necessidade de formação académica e profissional na área dos cuidados paliativos, defendendo que só assim os enfermeiros poderão estar mais seguros em relação à avaliação da situação de cuidados e decisões tomadas.

De todos os artigos que abordam a necessidade de formação no tema da morte e processo de morrer. Mani e Ibrahim (2017) e Silva et al. (2018), focam a necessidade de integrar esta temática nos cursos base de enfermagem, devendo ser na formação inicial a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a morte, o processo de morrer, o significado de tais conceitos para o próprio enfermeiro, e competências comunicacionais com a família, nomeadamente na área de gestão de más notícias.

É transversal a todos os estudos analisados a necessidade da criação de protocolos de atuação, políticas de saúde, *guidelines* organizacionais e orientadoras que abranjam situações nas quais a suspensão de medidas intensivas e fúteis é o melhor cuidado para aquele doente, protegendo os profissionais de saúde nas suas decisões.

### **CONCLUSÃO**

A obstinação terapêutica ou futilidade médica tem sido alvo de reflexões em vários países, com desenvolvimento de políticas e campanhas a nível hospitalar levadas a cabo pelas próprias organizações médicas e de enfermagem.

Quando falamos em obstinação terapêutica falamos num confronto complexo para o enfermeiro, o qual pode desenvolver sentimentos e emoções negativas fruto dos dilemas éticos e morais, como tristeza, sentimentos de perda, de fracasso, de derrota e até mesmo de solidão, acabando estes por influenciar negativamente a própria relação com o doente e sua família, o que pode contribuir para uma desumanização de cuidados.

Esta realidade de cuidados é influenciada por fatores internos e externos ao enfermeiro. Os fatores internos relacionam-se com as próprias crenças em relação à morte e ao processo de morrer, estado emocional do enfermeiro, experiências pessoais relacionadas com o conceito de terminalidade e experiência profissional. Estes fatores influenciam também a própria aceitação do enfermeiro perante o prognóstico reservado do doente na UCI.

Como fatores externos, os enfermeiros consideram que uma comunicação eficaz e uma tomada de decisão partilhada numa equipa multidisciplinar, a concordância entre os vários médicos nos objetivos terapêuticos para o doente, minimizam as medidas obstinadas e fúteis implementadas. Outro dos fatores externos identificado é a família do doente, a qual muitas vezes detém expectativas irreais sobre a situação do doente. Os enfermeiros consideram que a própria dimensão estrutural da UCI deveria ser modificada para situações de terminalidade, com existência de espaços privados.

Os enfermeiros consideram como perspetivas de melhoria, a formação base de enfermagem e em cuidados paliativos; um adequado trabalho de equipa multidisciplinar; otimização de competências de comunicação com a família; investimento na formação ética dos enfermeiros. É necessária uma mudança gradual no paradigma da medicina intensiva, afirmando que a curto prazo os cuidados intensivos deveriam integrar cuidados paliativos, a fim de elevar ainda mais a sua missão e promover a humanização dos cuidados.



## **2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO**

O segundo capítulo do presente relatório procura descrever o meu percurso em dois contextos de estágio realizados no âmbito da unidade curricular: Estágio Final e Relatório, procurando analisar de forma crítica e estruturada, através de uma metodologia descritiva todas as situações e contextos vivenciados, assim como as aprendizagens obtidas, e de que forma conduziram à prossecução dos objetivos específicos definidos para cada contexto de estágio.

A aquisição de competências ocorre através da formação e desenvolvimento profissional nos diferentes contextos de estágio, mobilizando para a prática os conhecimentos teóricos já adquiridos, a fim de se complementarem e de se enriquecerem com as mais variadas situações, realidades e experiências vividas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), a realização de estágio em contexto profissional e a elaboração do respetivo relatório final, constitui a modalidade que melhor permite alcançar os objetivos de aprendizagem e conseqüentemente a aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista. Preconiza ainda que o estágio deverá constituir o elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista com a aquisição das competências específicas.

As competências comuns do enfermeiro especialista são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As competências específicas, são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Despacho nº 140/2019, 2019). Estas competências orientarão a reflexão e descrição do meu percurso formativo ao longo do presente Relatório.

O curso de Mestrado em EMC na área da PSC preconiza a realização de 2 estágios em 3 contextos. Um 1º de vigilância e decisão clínica, um 2º em contexto de UCI e outro opcional. Obtive creditação ao estágio de vigilância e decisão clínica pois desde 2009 trabalho num serviço de urgência de adulto de um hospital médico-cirúrgico e desde 2016 na Viatura Médica de Emergência e Reanimação do mesmo hospital.

Terminei a minha licenciatura em 2009, e desde aí que desempenho funções como enfermeira no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) de um hospital público da grande Lisboa, o qual segundo o Decreto-lei nº 10319/2014 (2014), constitui o 2º nível de resposta em situações de urgência, devendo estar integrado em rede e servindo de apoio diferenciado ao Serviço de Urgência Básica (SUB); tem capacidade para referenciar para o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC; dá ainda resposta ao Serviço de Emergência Médica (SIEM) no diagnóstico e tratamento de forma contínua, admitindo todas as situações de doença aguda; integra uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) cuja gestão é partilhada pelo hospital e pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Foi a minha primeira experiência profissional após terminar o curso. Recordo-me que quando comecei a trabalhar no SUG, foram-me transmitidas as normas do serviço, as instruções de trabalho, protocolos de atuação, quais os cuidados de enfermagem que se prestavam. De acordo com Benner (2001), situava-me na fase de iniciado, na qual as minhas ações de enfermagem eram pautadas sobretudo por regras inerentes ao serviço, limitando o meu comportamento e cuidados.

Ao longo dos anos e olhando para trás é possível vislumbrar este avanço nos estadios defendidos por Benner (2001), na aquisição de competências. Durante estes 13 anos em que trabalho no SUG fui procurando obter numa primeira fase mais conhecimentos científicos e técnicos, através de uma pós-graduação em emergência e trauma no meu 3º ano de exercício profissional, e posteriormente com cursos na área do doente crítico. Esta aquisição de conhecimentos que procurava aplicar na prática de cuidados foi-me possibilitando ganhar cada vez mais segurança na minha prática, a qual se

começou a sustentar nas experiências que já tinha tido até então, na partilha de conhecimentos e vivências com os meus pares e na aprendizagem com enfermeiros peritos com os quais trabalhei.

Em 2012, integro a Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHCP), outra área de preferência, mantendo paralelamente as minhas funções no SUG. Durante 2 anos em que trabalhei no SUG e na EIHCP, foi-me possível gerir situações nas quais rapidamente o doente crítico passava para situações de fim de vida, muitas vezes ainda em contexto de Sala de Reanimação. Juntamente com a restante equipa foi possível desenvolver orientações que foram incutidas progressivamente na cultura do SUG, tais como a gestão e controlo de sintomas, a gestão dos cuidados à família e a relação com a equipa de enfermagem do SUG, tendo sido possível mesmo neste contexto de cuidados, realizar conferências familiares, permitir momentos privados e ritualistas do doente com a família, sendo na altura os próprios chefes de equipa do SUG a gerirem vagas a pedido da equipa de paliativos, de modo a permitir um ambiente mais calmo e individualizado para a prestação de cuidados de conforto ao doente e família.

Esta intervenção e trabalho entre equipa de enfermagem da EIHCP e do SUG manifestava-se positivamente através do feedback dado pelos enfermeiros responsáveis pelo doente, referindo sentir-se “em paz”, com “sensação de dever cumprido” e “mais humanos”. Ao longo dos 2 anos nesta equipa deparei-me com vários obstáculos na implementação deste tipo de cuidados em contexto de doente crítico, quer pela própria estrutura e organização do SUG, quer pela falta de sensibilização dos enfermeiros para esta temática. Atualmente, noto uma evolução positiva na atuação da equipa de paliativos no SUG, quer através do reforço de apoio da EIHCP ao serviço, quer pelas formações conduzidas pela própria equipa de cuidados paliativos ajustadas à própria realidade do doente crítico e do serviço.

Em 2016 realizo o curso de competência em viatura médica de emergência e reanimação, tendo integrado a primeira equipa de VMER do hospital. Nesta altura do meu percurso profissional, inseria-me na fase de enfermeiro competente segundo Benner, pois já tinha o sentimento de conhecimentos consolidados e a capacidade de resolver imprevistos que iam surgindo na minha prática.

Nesta minha fase profissional e de acordo com o estadió defendido pela autora, já era capaz de organizar os meus conhecimentos, sendo capaz também de os transmitir, pelo que integrei a Equipa de Catástrofe do hospital, realizando formações obrigatórias teóricas e práticas aos enfermeiros.

Finalmente posso afirmar que me situo na fase de perito, desempenhando há 5 anos funções de gestão de equipa. A vasta experiência em situações variadas de urgência e emergência permitem-me compreender as situações de forma indutiva, conseguindo perceber o foco do problema, permitindo-me por exemplo avaliar rapidamente e encaminhar situações emergentes para cuidados imediatos apenas pela observação do doente. Como Benner (2001), afirma, na fase de perito, há um “instinto”, um sentimento de que algo errado se passa com aquele doente e que irá evoluir rapidamente.

Considero assim, que os meus caminhos profissionais (na área do pré-hospitalar, na área de urgência, com competência de VMER e na área de cuidados paliativos) convergiram em determinado momento para uma reflexão que sempre esteve presente ao longo dos meus anos de profissão, relacionada com obstinação terapêutica e o doente crítico. Por esta razão, tive necessidade de desenvolver a minha RSL nesta temática.

Estando na fase de perito, tenho a capacidade de deter opiniões clínicas (fruto da minha aquisição de conhecimento científico em relação ao tema e experiências), o que facilita a minha participação em tomadas de decisão, por forma a ajudar a minha equipa a defender os doentes de situações de futilidade médica e gerir da melhor forma os cuidados prestados, cuidados estes assentes numa prática baseada na evidência.

O presente capítulo encontra-se subdividido em dois, cada um deles referentes ao contexto no qual desenvolvi o meu ensino clínico, sendo o primeiro dedicado ao Serviço de Medicina Intensiva, e o segundo dedicado à Unidade de Hospitalização Domiciliária, ambos com duração de 180 horas.

## **1.1 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

O estágio iniciou-se a 5 de setembro tendo terminado a 3 de novembro, e foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um centro hospitalar universitário da região de Lisboa.

O Serviço de Medicina Intensiva é dotado de camas de nível II (camas de intensivos) e de nível III (camas de intermédios). O contexto onde realizei o estágio, é constituído por 14 camas, 12 camas em “*open space*” e 2 quartos de isolamento. De acordo com as normas e a sua missão, este SMI oferece assistência a um número crescente de doentes críticos, em modelo integrado, multidisciplinar e de referência. O SMI tem ainda a gestão e coordenação global do programa de ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*) do centro hospitalar no qual se insere, tendo sido reconhecido em 2017 como centro de referência para a área de ECMO, com o desenvolvimento e implementação do programa de E-CPR, razão pela qual escolhi este local de estágio atendendo aos meus objetivos específicos. Também esta unidade é responsável desde 2017, pela expansão da capacidade de doação de órgãos a nível nacional, através da integração no plano de colheitas de órgãos em dadores de coração parado.

O contexto onde realizei estágio é dotado de 5 equipas, cada uma com 10 enfermeiros, e 4 enfermeiros em horário fixo. Cada equipa de enfermagem tem 1 chefe de equipa que detém o Grau de Especialista em Enfermagem, e que constitui um elemento de referência para a equipa, desempenhando funções de gestão do serviço, como gestão de cuidados e vagas. Existem enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação, desempenhando estes, funções específicas na área da reabilitação do doente internado em UCI, nomeadamente no doente conectado a ventilação mecânica.

Para este contexto clínico defini como objetivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, e como objetivos específicos: desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família no serviço de Medicina Intensiva; desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados ao doente em ECMO; desenvolver competências especializadas com vista à melhoria dos cuidados à PSC e família em situações de OT?

No início do estágio tive a possibilidade neste turno de ficar a conhecer melhor a organização de cada unidade, e os dispositivos que equipavam cada

uma, consultar normas e procedimentos institucionais do SMI. Fiquei a conhecer também os locais de armazenamento e arrumação de material, a constituição dos carros de reanimação da unidade e os respetivos procedimentos de atuação, o local de preparação e armazenamento de medicação, e o sistema automático de distribuição da medicação – Pyxis®, o qual permite a dispensa dos fármacos certos mediante a identificação do profissional, promovendo o cumprimento das regras de segurança do medicamento.

No início do 2º turno, a equipa médica juntamente com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados, discutia a situação de um doente politraumatizado, vítima de um acidente de viação, do qual tinha resultado fratura de vários arcos costais e fratura de bacia, tendo ficado após intervenção cirúrgica com fixador externo. Este doente para controlo da dor, tinha o dispositivo de analgesia controlada pelo paciente – PCA (*Patient Controlled Analgesia*), tendo uma média de mais de 20 tentativas de autoadministração por minuto e necessidade frequente de administração em SOS de anestésico, apresentando fácies de dor e gemidos, manifestando frequentemente dor não controlada.

Após discussão do caso, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável pelos cuidados na preparação do doente e na realização da técnica de bloqueio peri neuronal ciático posterior, técnica que nunca tinha observado na minha prática. De acordo com a NYSORA (*The New York School of Regional Anesthesia*), esta técnica é indicada para doentes que não podem ser posicionados em decúbito lateral devido à dor, trauma, presença de dispositivos de fixação externa que interferem nos posicionamentos e dor não controlada. Após a administração de um anestésico, o doente foi posicionado devidamente em decúbito lateral direito e com a ajuda de um ecógrafo (a fim de identificar o nervo ciático) introduz-se um cateter peri neuronal através do glúteo ficando adjacente ao nervo ciático, conectando-se uma “cassete” com medicação anestésica, neste caso Ropivacaina 2%. O cateter é fixo na face lateral externa da coxa com um penso.

A dor é um parâmetro alvo de uma cuidadosa avaliação e é gerida prioritariamente no doente crítico em UCI, estando evidenciada nas competências específicas do Enfermeiro Especialista como uma das

intervenções mais complexas e importantes, nomeadamente a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (DR, Reg. nº 429/2018). De acordo com Ely et al (2017, p.67), “o doente crítico é submetido a diversos procedimentos, tratamentos que causam dor e um maior sofrimento, com consequências desastrosas para o doente, quer metabólicas, quer psicológicas”. De acordo com os mesmos autores, o doente em UCI muitas vezes com nível de consciência comprometido quer por motivos clínicos quer por presença de dispositivos, é incapaz de comunicar, sendo este parâmetro difícil de avaliar. O Plano Nacional de Avaliação da Dor desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2012), salvaguarda a avaliação subjetiva da dor que pode ser complexa no doente profundamente sedado, em tratamento com bloqueadores neuromusculares ou em caso de polineuropatia, podendo esta ser expressa de forma variável.

Assim, de acordo com Durão e Teixeira (2016), a gestão e controlo da dor no doente em UCI implica uma vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor que têm por base os indicadores de dor, permitindo identificar a intensidade, implementar intervenções diferenciadas e avaliar a sua eficácia pois, “A dor também pode ser uma das causas de alteração de sinais vitais, existindo por isso a necessidade de ferramentas que possam confirmar tal relação” (Chanques et al, 2009, p.2061).

No SMI, uma das escalas utilizada para avaliação da dor, fazendo parte dos registos de enfermagem de todos os turnos é a BPS (*Behavioral Pain Scale*). Esta escala foi desenvolvida para avaliar a dor em doentes inconscientes conectados a ventilação mecânica, assentando a sua avaliação em 3 parâmetros: 1) expressões faciais; 2) movimento das extremidades superiores; 3) adaptação à ventilação mecânica, dando origem a uma pontuação final que varia de 3 (sem dor) até 12 (Ely et al, 2017, p. 69).

Após este 2º dia, procurei organizar e consolidar toda a informação obtida quer através de pesquisa e consulta, quer através de observação e partilha de conhecimentos da equipa de enfermagem e médica, contribuindo para a consecução de um dos meus objetivos específicos. Incidi o meu estudo nestes primeiros dias na monitorização hemodinâmica quer invasiva, quer não invasiva,

pesquisando sobre os vários dispositivos com os quais não me encontrava familiarizada, designadamente monitorização com linha arterial, medida de PVC (Pressão Venosa Central), sistema PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), NIRS (*Near-infrared spectroscopy*), BIS (*Bispectral index*), tendo adquirido um conhecimento mais aprofundado, adequando e integrando estas aprendizagens na minha prática através da partilha de conhecimentos sobre este tipo de monitorização com a equipa do SUG onde trabalho, tendo contribuído para a melhoria de cuidados prestados no SUG.

Para além destes temas referidos, também realizei uma pesquisa sobre a mais recente evidência científica na área de cuidados intensivos, como procedimentos e técnicas específicas realizadas em UCI, como a técnica de ECMO e técnica dialítica e revi conceitos relacionados com trauma, e outras patologias que identifiquei ou que foram referidas pela Enfermeira Chefe de Equipa, estruturando as minhas dúvidas para posterior discussão das mesmas com a minha Enfermeira Orientadora. Este estudo autónomo permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e de uma prática clínica especializada baseada na evidência científica (Regulamento nº 140/219).

Pude constatar após questionar alguns enfermeiros do SMI que não existia no serviço nenhuma ferramenta de passagem de turno de enfermagem, facto confirmado pela Enfermeira Chefe de Equipa, explicando que a folha de passagem de turno usada pelos enfermeiros é a folha de passagem de turno médica, a qual consiste numa tabela com todos os doentes, diagnósticos, tratamentos, planos e valores analíticos, na qual os enfermeiros vão escrevendo a informação do turno.

Uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista é exatamente promover a formulação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, Reg. 140/2019), pelo que questionei o Enfermeiro Chefe se considerava pertinente o desenvolvimento de uma folha de passagem de turno adaptada à enfermagem. Foi-me explicado que os enfermeiros do serviço tinham sido integrados no uso do ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), ferramenta utilizada para uma comunicação eficaz de passagem de informação do doente e normatizado o seu

uso pela DGS (Direção Geral de Saúde, 2017), mas que a equipa não se tinha adaptado à sua utilização preferindo a folha de passagem médica.

Após este dia, refleti sobre os doentes que estavam internados na UCI, pois eram doentes jovens e cada um numa condição clínica crítica e incerta (destes 3 doentes jovens, 2 estavam acordados e 1 sedoanalgesiado conectado a ventilação mecânica invasiva). O que pensariam eles? Pude observá-los ao longo do turno, olhavam com ar assustado para os médicos e enfermeiros que circulavam pela unidade, olhavam para si próprios e para a variedade de equipamentos e dispositivos que tinham em seu redor. Foi após esta reflexão que considerei a escolha do referencial teórico para orientar o presente relatório, nomeadamente a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

De acordo com Mishel na sua teoria, esta incerteza é percecionada como um fenómeno, e manifesta-se na incapacidade da pessoa para estruturar, de forma adequada, os eventos associados à sua doença e o sentido dos mesmos, ou incapaz de prever os resultados, como refere Alligood e Tomey (2004), realidade esta que acaba por ser experienciada pelo doente crítico numa UCI. Esta gestão da incerteza depende quer de fatores cognitivos (experiências anteriores) quer de fornecedores de estrutura, nos quais se inserem os enfermeiros, sendo fundamental haver um grau de confiança nesta “autoridade credível” (Alligood & Tomey, 2004). O Enfermeiro enquanto detentor de conhecimentos e cuidados especializados desempenha um papel fundamental na redução destes stressores numa situação de doença aguda.

Esta confiança que se estabelece com o enfermeiro, enfatizada na teoria de Mishel, e de acordo com Alligood e Tomey (2004) torna-se promotora de mecanismos de coping adequados e satisfatórios perante uma situação de crise, tendo uma importância fundamental na transparência e comunicação da evolução e expectativas da condição clínica do doente: no que “aí vem”, no que “pode sentir”, no que “pode piorar”, no sentido de uma melhor gestão da incerteza e medo.

Nos dias seguintes tive oportunidade de prestar cuidados ao Sr. José (nome fictício) que se encontrava sob técnica de ECMO, a fim de alcançar o meu 2º objetivo específico relacionado com esta área de atuação. Tratava-se de um

doente com 62 anos, internado no SMI há 5 dias com queimadura de via aérea por inalação de fumo em contexto de incêndio urbano, tendo desenvolvido um quadro de insuficiência respiratória aguda, com indicação para esta técnica como ponte para recuperação.

Ao longo dos 5 dias em que sob a supervisão da Enfermeira Orientadora fiquei na prestação de cuidados ao Sr. José, pude adquirir conhecimentos teóricos, técnicos e científicos em relação a esta técnica, tendo sido os primeiros 2 dias para apreensão de todos os equipamentos envolvidos, o seu funcionamento e quais as funções de cada um, bem como o material que é necessário à técnica. Esta técnica consiste num suporte extracorporeal artificial temporário do sistema respiratório e/ou cardíaco, indicado para tratamento de insuficiência cardiopulmonar refratária a tratamentos convencionais, ou quando as medidas de ressuscitação cardiopulmonar não são bem-sucedidas, (Gattinoni, et al, 2011). Trata-se de uma técnica complexa requerendo uma monitorização rigorosa e contínua quer do doente, quer de todo o equipamento em si, através do preenchimento de uma *checklist*, constituída por 3 grupos principais nos quais se registam e monitorizam todos os parâmetros relacionados com a técnica: vigilância do circuito; vigilância do doente; vigilância laboratorial.

Ao longo da minha prestação de cuidados ao Sr. José, foi-me possível consolidar de forma evolutiva os conhecimentos teóricos e a pesquisa previamente efetuada por mim em relação a esta técnica, podendo observar as complicações inerentes na prática associadas a este procedimento, nomeadamente a repercussão clínica e hemodinâmica da falha do circuito de ECMO. É necessário permanecer grande parte do tempo à cabeceira do doente a gerir os fármacos, colheitas de sangue, as quais são realizadas de 4 em 4 horas, avaliação de parâmetros, otimizar os posicionamentos por forma a garantir os melhores resultados associados à técnica (posicionamento das cânulas).

A partir do 3º dia, após esclarecimento das dúvidas relacionadas com esta técnica e com alguns cuidados de enfermagem associados, fui-me tornando autónoma na gestão dos cuidados a este doente, nomeadamente na avaliação

do circuito de ECMO e no preenchimento da checklist, sendo capaz de comunicar quando solicitada a informação associada à técnica, intercorrências e parâmetros avaliados à equipa médica.

Foi nesta situação de cuidados que surgiu a minha 1ª reflexão crítica, inserida na comunicação com o doente sedado na UCI. Durante a visita da fisioterapeuta do SMI ao Sr. José, observei a mesma a cumprimentar o doente, apresentando-se e dizendo o seu nome, explicando que iria realizar uma sessão de fisioterapia naquele momento e qual o objetivo da mesma. Nesse momento constato que estava há 3 dias a prestar cuidados ao Sr. José, passando a maior parte do tempo do turno à cabeceira da unidade, a avaliar e a monitorizar todo o equipamento de ECMO, sem ter verbalizado uma palavra ao Sr. José alvo dos meus cuidados. Porque é que quando me aproximava de um doente acordado cumprimentava-o e apresentava-me e com o Sr. José que se encontrava sedado, ainda não o tinha feito?

Esta inexistência de comunicação da minha parte para com o Sr. José trouxe-me uma certa insatisfação e frustração, as quais reconheço terem sido importantes no meu processo de melhoria em relação à satisfação desta necessidade. Após pesquisa e leitura de evidência científica em relação à temática da comunicação no doente ventilado concluí que esta comunicação sendo eficaz apresenta benefícios a nível do bem-estar psicológico para o doente podendo influenciar também a sua evolução clínica.

Fui capaz de identificar como dois grandes obstáculos à comunicação, a sedação do doente, havendo a necessidade de um maior investimento ao nível da pesquisa bibliográfica que nos permite adquirir mais informação e atualizar conhecimentos que contribuem para a melhoria da nossa prática designadamente a comunicação no doente ventilado, e um outro obstáculo referente à preocupação em adquirir conhecimentos sobre diversos equipamentos associados à técnica de ECMO e a sua manipulação, levando-me a refletir sobre o risco de podermos desenvolver um cuidado tendencialmente tecnicista em ambiente de UCI em detrimento do cuidado humanizado que deve ser prioritário na relação com o doente.

É possível analisar esta situação de cuidados à luz da teoria de Mishel. A autora considera que o fenômeno da incerteza depende da capacidade cognitiva que o doente tem para interpretar a sua situação de doença, tratamento e hospitalização, manifestando-se esta capacidade através do padrão de sintomas (frequência e congruência dos sintomas), das experiências/ vivências anteriores e que permite reconhecer a familiaridade com o evento e a congruência do evento, entre o que é esperado e o que é experienciado pelo doente, de acordo com Alligood e Tomey (2004). No entanto, no Sr. José, toda a sua capacidade cognitiva encontrava-se comprometida, não sendo possível a sua avaliação e possível adaptação à situação atual, pelo que neste contexto de cuidados o papel do enfermeiro com competências especializadas mostra-se ainda mais essencial.

Enquanto enfermeira responsável pela prática de cuidados, represento a autoridade credível como fornecedor de estrutura para o doente, corroborado por Mishel, na obra de Alligood e Tomey (2004), que esta autoridade deve ser da confiança do doente constituindo um recurso para o auxiliar na interpretação do quadro de estímulos tendo como objetivo diminuir este sentimento de incerteza. Esta confiança abordada por esta autora deve fazer parte integrante da relação que estabelecemos com o doente, sendo prioritário trabalhar esta competência de comunicação no doente sedado e ventilado.

A comunicação é definida como uma necessidade humana básica segundo Virginia Hendersen na sua teoria, referida na obra de Alligood e Tomey (2004), a qual deveria ser incorporada nos cuidados de enfermagem. Também Meleis (2010), na sua Teoria das Transições considera que para o doente vivenciar de forma mais positiva possível o seu processo de transição saúde/doença, o enfermeiro teria que possuir competências comunicacionais.

Torna-se necessário desenvolver estratégias de comunicação verbal e não verbal na relação com o doente sedado e ventilado na UCI. Considero que após esta situação de cuidados adquirir a competência específica especializada, a do cuidar da pessoa e família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, através da gestão da comunicação

interpessoal que deve constituir a base da relação terapêutica com o doente, (Despacho nº 429/2018, 2018)

Ao longo dos turnos nos quais prestei cuidados ao Sr. José pude adquirir conhecimentos sobre a gestão e a administração de protocolos associados à técnica, sendo capaz de reconhecer e prevenir possíveis complicações associadas ao ECMO, preparar o Sr. José para transporte intra-hospitalar para realização de exames, acompanhar duas visitas de familiares e a integração gradual na equipa multidisciplinar do SMI.

Os protocolos existentes associados à técnica de ECMO estão descritos na norma desenvolvida pela Comissão de Implementação de Técnicas de Suporte Vital Extracorporal do hospital. Deste modo, é possível ao enfermeiro do SMI gerir autonomamente protocolos ventilatórios, circulatórios, protocolo de coagulação, protocolos farmacológicos e protocolo de desmame ou suspensão da técnica. Fui-me tornando autónoma ao longo dos turnos em que prestei cuidados ao Sr. José, tendo desenvolvido a gestão do protocolo de ventilação de acordo com a minha observação do doente e monitorização, ajustando os parâmetros ventilatórios no dispositivo de ventilação sempre que necessário após validação com a Enfermeira Orientadora. Foi-me possível aplicar o protocolo da coagulação do SMI associado à técnica, o qual implica uma monitorização rigorosa dos valores de hemoglobina, plaquetas e fatores de coagulação, sendo um dos registos que realizava nas minhas notas descritas e no preenchimento da *checklist* da técnica, tendo sido capaz de informar quer a Enfermeira Orientadora, quer a equipa médica de alterações de valores quando identificadas por mim. Inserido neste protocolo de coagulação encontra-se a colheita sanguínea de 4 em 4 horas, constituindo uma preocupação minha o cumprimento rígido do procedimento com o respetivo feedback da mesma à equipa médica. Em termos de protocolos farmacológicos, pude desenvolver conhecimentos na gestão do protocolo de heparina, descrito em fluxograma e afixado no SMI, e dependente dos alvos de coagulação e dos valores sanguíneos, sendo-me possível ajustar a dose e o ritmo da perfusão de heparina de forma autónoma quando necessário. Em relação ao protocolo de desmame ou suspensão de técnica não tive possibilidade de o administrar, porém consultei-o tendo consolidado a informação obtida.

Em relação às complicações referentes à técnica de ECMO, já tinha previamente ao ensino clínico pesquisado e desenvolvido conhecimentos acerca das mesmas, sendo possível colocar em prática durante os meus cuidados prestados no SMI. De acordo com Silva, et al (2017), as complicações associadas à técnica são as complicações hemorrágicas, sendo a hipocoagulação o grande desafio nestes doentes, disfunções hematológicas, risco de isquémia do membro inferior (membro canulado), risco de insuficiência renal, complicações neurológicas (baixa incidência). A vigilância destas possíveis complicações integrava toda a minha observação sempre que abordava o Sr. José, realizando o devido registo das mesmas na *checklist* de enfermagem e comunicando à restante equipa de enfermagem na passagem de turno. Foi-me possível integrar vários protocolos nos meus cuidados a este doente, nomeadamente ao identificar uma descida no número de plaquetas durante a minha vigilância laboratorial, vigiava mais frequentemente possíveis complicações hemorrágicas, tendo informado a equipa médica e ajustado o protocolo de heparina.

Tive oportunidade de preparar o Sr. José em técnica de ECMO para transporte intrahospitalar, nomeadamente realização de uma TAC (exame necessário para avaliar possíveis complicações neurológicas associadas à técnica de ECMO). De acordo com a SPCI (2023) nas Recomendações do Transporte do Doente Crítico, este pode ser entre instituições ou dentro da mesma instituição sempre que haja necessidade de facultar um nível assistencial superior, realização de exames e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço ou na instituição onde se encontram internados. A SPCI (2023) descreve 3 fases no transporte do doente crítico: a decisão, o planeamento e a efetivação, fases estas colocadas em prática por mim nesta situação de cuidados. Na fase de decisão, a equipa médica inicialmente ponderava os riscos/benefícios de transportar este doente em ECMO para a realização do exame. De acordo com Labib et al (2022), o transporte do doente em ECMO para além de coordenação requer considerações cuidadosas sobre os riscos/benefícios do transporte.

Mesmo perante a instabilidade clínica (perfil hipotensivo e períodos de dessaturação), era necessário perceber se havia alguma complicação neurológica associada, pois no turno anterior a equipa médica tinha ajustado a

sedação, não tendo havido qualquer alteração na resposta neurológica avaliada através da monitorização *BIS* (Índice Bispectral). O *BIS* consiste num parâmetro multifatorial que permite a monitorização da sedação através da medicação das alterações no eletroencefalograma, variando de 0 a 100, sendo que o doente é considerado sedado quando o *BIS* é abaixo de 60, explicado por Almeida e Oliveira (2022). Este parâmetro reflete a função neurológica sendo possível avaliar a resposta do doente consoante o valor do *BIS*.

Após decisão da equipa médica, avancei em conjunto com a restante equipa de enfermagem para a fase de planeamento do transporte. Na fase de planeamento do transporte do doente crítico é necessário considerar as seguintes questões: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação (SPCI, 2023, p.12). Nas diretrizes da ELSO, como refere Labib et al (2022), nesta fase de preparação e planeamento é necessário considerar todo o equipamento necessário (incluindo equipamento extra), estabelecimento de formas de comunicação e documentação de informações clínicas importantes, constituição da equipa necessária, nomeadamente a equipa médica, incluindo médico especialista na canulação; técnico de ECMO que é o perfusionista; profissionais com competências e treino na gestão de cuidados ao doente em ECMO segundo os mesmos autores, sendo essencial a definição de funções de cada elemento da equipa nesta fase de planeamento. Assim após contacto com a imagiologia, foi definida uma hora na qual o serviço de destino estaria preparado para nos receber.

Na fase de concretização, monitorizei o Sr. José, tendo-me certificado se todos os dispositivos funcionavam corretamente, com a devida bateria, assim como se todo o suporte farmacológico estava garantido ou se era necessário preparar algum fármaco extra para o transporte. Validei com a equipa clínica os parâmetros e os objetivos fisiológicos a manter durante o transporte, e confirmei o posicionamento e estado do local de inserção das cânulas, elaborando o registo desta observação na checklist do ECMO. Neste momento sistematizei e relembrei todos as possíveis intercorrências e complicações associadas à técnica e para as quais deveria estar preparada, sendo que o maior risco é a descanulação.

Já na imagiologia, é necessário preparar o doente ainda na cama para a transferência para o equipamento, sendo essencial manipular os dispositivos e garantir a sua fixação e correto posicionamento durante o exame, nomeadamente a fixação das cânulas aquando da transferência (realizada com clamps metálicos). Antes de iniciar o exame confirmei novamente o local de inserção das cânulas bem como o membro inferior a fim de descartar possíveis complicações. Constatei que é um transporte complexo, pela manipulação de diversos dispositivos e pela própria gestão da técnica com toda a repercussão hemodinâmica que tem no doente, tendo sido bastante desafiante.

Tive também a oportunidade de acompanhar e gerir a informação a duas visitas ao Sr. José em técnica de ECMO, uma das visitas familiares era a 1ª vez, pelo que numa fase inicial antes de entrar na unidade procurei explicar todo o equipamento existente e qual a finalidade da técnica, tendo sido autónoma nesta gestão da informação dada. Para além da reflexão crítica realizada, esta informação e relação de cuidar com os familiares, numa situação tão complexa como esta ajudou-me também a otimizar a minha competência de comunicação.

Todas estas atividades e cuidados conduziram à consecução do meu objetivo específico relacionado com a prestação de cuidados ao doente em ECMO, sendo capaz de adquirir competência na administração de protocolos terapêuticos complexos, gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando os cuidados, e estabelecendo uma relação terapêutica com o doente e família, competências específicas do enfermeiro especialista em MCPSC (Despacho nº 429/2018, 2018).

O EC desenvolvido nesta unidade permitiu-me experienciar diversos momentos de aprendizagem, nesta fase específica, uma aprendizagem mais direcionada para a aquisição de um saber e um cuidar especializado, sendo uma das áreas mais importantes nesta prática de cuidados, a do Controlo de Infecção, área que assume uma maior importância em ambiente de UCI, tendo sido possível através da observação do trabalho desenvolvido neste âmbito pela minha Enfermeira Orientadora (elemento da PPCIRA) refletir sobre a importância do elo de ligação destas comissões e os serviços, desempenhando um papel fundamental na dinamização das normas e orientações. Papel este que constitui

também ele uma competência específica do enfermeiro especialista: maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica atendendo à situação e necessidades de respostas (Despacho nº 429/2018, 2018). Para tal o Enfermeiro Especialista deve deter conhecimentos deste Plano Nacional assim com das restantes diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, sendo capaz de salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos neste âmbito, monitorizando e avaliando as medidas de prevenção e controlo implementadas.

Atendendo ainda à competência específica de acordo com o Despacho nº 429/2018 (2018), no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar, o Enfermeiro Especialista deverá assim liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas estabelecidas, pelo que, a fim de contribuir para a aquisição desta competência enquanto futura Enfermeira Especialista e participando com sugestões de melhoria junto da equipa multidisciplinar propus a revisão e a divulgação das medidas definidas para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva (PAV). Como forma de divulgação das *bundles* da PAV, propus à minha Professora e Enfermeira Orientadoras, a impressão destas medidas em sítios estratégicos e que pudessem ser auxiliares de memória para os profissionais de saúde (impressão nos tapetes do rato dos computadores em cada unidade ou no ambiente de trabalho do SMI). Foi-me explicado que tal não seria possível pois as *bundles* iriam ser revistas nessa altura pela PPCIRA e iriam ser elaborados novos cartazes para divulgação no serviço.

Após ter identificado as necessidades formativas da equipa relacionadas com a implementação das *bundles* da PAV (ao longo da sua monitorização e registo do cumprimento das medidas) e a fim de contribuir para uma praxis clínica especializada em evidência científica (Despacho nº 140/2019, 2019), sendo neste contexto de EC um elemento facilitador da aprendizagem junto da equipa, conversei com o Enfermeiro Chefe, a fim de perceber a pertinência da realização de uma formação informal junto da equipa de enfermagem sobre estas medidas revistas por mim com a devida sustentação científica. Foi referido pelo Enfermeiro Chefe que não se justificava, pois a equipa de enfermagem tinha tido uma formação recente sobre os cuidados para minimizar a PAV. Perante

tais factos, apenas elaborei em documento as *bundles* (Apêndice V), não tendo sido divulgado junto da equipa como seria o meu objetivo.

A vigilância e partilha de conhecimentos em relação à prevenção e controlo de infeção na equipa multidisciplinar demonstra a necessidade e importância destas competências especializadas e que conferem uma maior qualidade à nossa prática de cuidados, pelo que através da minha Enfermeira Orientadora e a apreensão da rotina da elaboração do plano diário das higiènes, ficando a par das indicações dadas pela PPCIRA em relação à descolonização, a monitorização da delegação desta tarefa nos assistentes operacionais, e a pesquisa efetuada por mim sobre as *bundles* de cuidados de enfermagem ao doente crítico na UCI permitiram-me um olhar mais atento para comportamentos e cuidados prestados por mim. Procurei estar mais atenta às funções desempenhadas pelos assistentes operacionais na distribuição do material na unidade dos doentes a quem prestava cuidados, garantindo a correta reposição do que era necessário por exemplo à descolonização do doente de acordo com o plano elaborado, à reposição dos produtos de desinfeção na unidade e à gestão dos seus resíduos, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos, competência definida para o Enfermeiro Especialista (OE, Reg. nº 429/2018). Esta maior consciencialização permitiu-me contribuir para a promoção da prevenção e controlo de infeção na resposta à necessidade do doente crítico, mobilizando conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, participando nos projetos desenvolvidos de melhoria como sendo as estratégias implementadas pela PPCIRA.

Estas práticas ao longo do EC direcionadas para o controlo de infeção conduziram a uma melhoria significativa da minha prestação de cuidados ao doente e ao meu desempenho enquanto futura enfermeira especialista e chefe de equipa de um SUG, passando a estar ainda mais atenta à prática da equipa pela qual sou responsável, quer de enfermagem quer dos assistentes operacionais e também da própria equipa médica.

Durante o meu EC, foi-me possível a prestação de cuidados a vários doentes e família, em vários contextos, tendo-me permitido a aquisição de

conhecimentos sobre as diversas situações complexas de doença, falência orgânica, medidas de suporte de vida e trauma.

Dos diversos contextos de cuidados vivenciados no SMI, evidencio no presente relatório para além da gestão de cuidados ao doente em ECMO, a aquisição de conhecimentos e competências relativas à gestão de cuidados ao Sr. Miguel (nome fictício), com infeção por SARS-COV-2, que se encontrava em isolamento, tendo tido a oportunidade de manipular e conhecer dispositivos de ventilação não invasiva; ao Sr. Luís (nome fictício), doente internado no SMI com patologia cardíaca em choque cardiogénico associado, com possibilidade de para além da prestação de cuidados, experienciar o processo complexo de preparação e realização da transferência do doente para outro serviço, elaborando a nota de transferência; ao Sr. Pedro (nome fictício), doente com glioblastoma internado por convulsão secundária, com indicação para medidas paliativas no SMI (estando entubado e conectado a ventilador), tendo sido possível nesta situação acompanhar a família durante a visita. Esta situação permitiu-me também refletir sobre a minha temática de investigação desenvolvida no presente relatório referente à obstinação terapêutica na UCI e o impacto desta realidade de cuidados face ao prognóstico para a família.

De acordo com Edwards et al (2017), os principais domínios dos CP na UCI incluem o controlo de sintomas, comunicação eficaz sobre o objetivo de cuidados, processo de tomada de decisão focada no doente, apoio à família e continuidade de cuidados. Um dos pontos abordados no meu projeto e alvo de reflexão são os dispositivos e algumas abordagens farmacológicas neste doente, nomeadamente a ventilação mecânica invasiva e o suporte aminérgico mantido. Edwards et al. (2017), consideram que um dos princípios dos CP aplicados na UCI é a obrigatoriedade da equipa médica garantir o conforto do doente na UCI em fim de vida, pelo que devem ter competências éticas no que diz respeito à manutenção vs remoção do suporte de cuidados e uma envolvência quer da restante equipa de cuidados quer dos familiares/cuidadores no processo de tomada de decisão (caso o doente não seja autónomo para decidir). “Uma decisão de permitir uma morte natural não significa por si só que o conforto seja o objetivo exclusivo do doente ou que as intervenções deverão ser retiradas” (Edwards et al., 2017, p. 2).

Considero que tal realidade, a do doente em fim de vida como nesta situação de cuidados referida, com quadros repetidos de crises convulsivas decorrente da progressão da sua doença, se mostre complexa e sensível a discussão sobre manutenção de suporte de medidas. Como Edwards et al. (2017), defendem, nestes casos os objetivos da abordagem ao doente poderão ser multidimensionais, abrangendo tanto um desejo de permitir uma morte natural como permitir intervenções de controlo de sintomas, um dos objetivos dos CP, sendo neste caso a sedação e a consequente manutenção da via aérea avançada impeditivos de quadros convulsivos, geradores de sofrimento para o doente e família.

Tal como referido anteriormente, outro dos princípios a respeitar nos CP na UCI é uma comunicação eficaz para com a família, a qual pode ser trabalhada durante o momento da visita. Este, é promotor e fundamental para o estabelecimento de uma relação entre enfermeiro e família, tal como enuncia Albahouth, et al (2019). Segundo o autor, no ambiente de UCI o enfermeiro torna-se a principal fonte de apoio psicossocial e informativo que as famílias tantas vezes necessitam numa fase crítica da doença. Deste modo, umas das competências mais importantes a desenvolver pelo enfermeiro é a da comunicação. De acordo com Norouzadeh et al. (2022), uma comunicação eficaz é uma das responsabilidades mais importantes dos enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade aos familiares dos doentes em fim de vida. Segundos os mesmos autores, a comunicação deve-se realizar de forma oportuna devendo ser clara, compassiva e completa sobre a condição, o tratamento e o prognóstico do doente.

Nesta situação de cuidados, o familiar já tinha ido algumas vezes visitar o Sr. Pedro, porém quando anunciada pela administrativa a chegada do familiar decidi acompanhá-lo desde a entrada no SMI, momento no qual me apresentei, tendo pesquisado antecipadamente no processo clínico do Sr. Pedro e através da consulta com a equipa médica e de enfermagem a ocorrência de conferências familiares e a informação dada à família sobre a condição e prognóstico clínico, a fim de perceber o que já se sabia ou não. Neto (2007), refere que a conferência familiar constitui um momento no qual se clarifica os objetivos dos cuidados prestados, auxílio na resolução de problemas, prestação de apoio e acolhimento

e criação de uma relação interpessoal assertiva. Segundo Michelle et al. (2015), as conferências familiares na UCI deveriam ser multidisciplinares, contudo na maior parte das vezes os enfermeiros não são envolvidos nestes momentos de partilha de informação e planeamento de cuidados ao doente em situação de fim de vida. Os mesmos autores defendem ainda que a formação e as funções dos enfermeiros permitem interpretar e esclarecer informações dadas pelos médicos, por forma a apoiar emocionalmente a família após as conferências familiares. Edwards et al. (2017), referem que a envolvência dos enfermeiros nessas conferências familiares constitui um indicador de qualidade do atendimento na UCI.

Torna-se importante esta identificação do que a família sabe, validando a informação que lhes foi transmitida. Michelle et al, (2015) refere a importância de questões abertas durante as reuniões familiares pois, permitem extrair a perspectiva do familiar sobre o assunto. Após perceber o que a familiar já sabia sobre a situação do doente e prognóstico, procurei desenvolver uma comunicação empática, realista e adaptada à situação do doente, focando a minha intervenção na prestação de apoio emocional à familiar. Recordo-me de a familiar me perguntar “Ele já não vai acordar, pois não?”. Recorri à minha experiência profissional na EIHCP e às fontes teóricas sobre esta temática, e respondi “Tal como a senhora, toda a equipa gostaria que o seu marido acordasse. Como os médicos explicaram a situação atual é complexa e reservada, portanto vamos vendo dia a dia”. Tal como Neto (2007) afirma, é importante uma escuta ativa, bem como a desmistificação de ideias e a identificação de metas realistas. Permaneci junto do familiar e do Sr. Pedro até ao final da visita, procurando responder a todas as questões e dúvidas relacionadas com dispositivos e cuidados prestados ao doente. Considero ter conseguido atingir o meu objetivo específico proposto: Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família no serviço de Medicina Intensiva, sendo capaz de comunicar de forma adequada e estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família durante a visita. Durante esta visita, garanti um ambiente mais privado da unidade do Sr. Pedro, colocando vários biombos à volta da unidade, permitindo que a familiar estivesse num ambiente mais reservado.

No processo de consecução do objetivo específico, também tive oportunidade de prestar cuidados ao Sr. Eduardo (nome fictício), doente com dispositivo de derivação ventricular externa (DVE), tendo obtido conhecimentos sobre este equipamento através de pesquisa bibliográfica, manipulação, avaliação e os cuidados de enfermagem associados e a gestão de cuidados a 2 contextos de trauma.

No primeiro contexto, tive oportunidade de prestar cuidados ao Sr. Vitor (nome fictício), doente de 65 anos, que decorrente de uma queda de altura em contexto de acidente de trabalho com fratura de acetábulo, após intervenção cirúrgica desenvolveu no pós-operatório um tromboembolismo pulmonar consequente, com insuficiência respiratória secundária tendo tido necessidade de iniciar técnica de ECMO dois dias após a entrada no hospital. Manteve-se em técnica durante 24 horas, tendo sido descanulado ao fim deste período e extubado após 48 horas. Nos turnos em que prestei cuidados ao Sr. Vitor, este encontrava-se no 4º dia pós descanulação e 3º dia pós extubação, estando consciente, colaborante e já tinha feito o 1º levante após avaliação da equipa de ortopedia e MFR.

Os meus cuidados e intervenções enquanto futura enfermeira especialista, focaram-se essencialmente na monitorização e despiste de complicações pós ECMO. Estas incluem isquémia do membro canulado, risco de AVC, risco de hemorragias, infeções e síndrome de Arlequin, o qual se refere a uma inadequada oxigenação dos tecidos devido aos pulmões ainda estarem imaturos (oxigenação garantida pela técnica) podendo provocar cianose das extremidades superiores e uma coloração rosa das extremidades inferiores, segundo Guglin et al (2019). Assim, durante os turnos a minha observação e vigilância incidia no estado de consciência, identificando possíveis alterações quer a nível neurológico quer a nível motor atendendo ao risco de AVC; no membro canulado com monitorização e descrição das características como coloração, temperatura, sensibilidade e mobilidade. O penso do local de inserção das cânulas (arterial e venosa) era realizado diariamente após os cuidados de higiene, sendo observado e documentado o estado da pele e delimitação do hematoma local. Guglin et al (2019), referem que em casos severos de isquémia do membro canulado pode mesmo ocorrer síndrome compartimental e

consequente necessidade de amputação. No início do turno procurava pesquisar os resultados laboratoriais a fim de identificar alterações quer ao nível da hemoglobina, plaquetas ou parâmetros infecciosos. Guglin et al (2019) alertam para o risco nesta fase de trombocitopenia induzida pela heparina que se mantém como anticoagulação preferencial no pós ECMO, e que esta alteração pode também agravar o risco de sangramento associado. Relativamente a esta complicação, o Sr. Vitor para além de TAC crânio encefálico, realizou TAC abdominal e pélvico a fim de despistar possíveis hemorragias internas (a correlacionar com a vigilância de valores de hemoglobina nas análises), sendo importante também vigiar os pensos quer do local da canulação, quer da ferida operatória ortopédica).

Na segunda situação de trauma, tive a oportunidade de prestar cuidados à Sra. Rita (nome fictício) uma doente de 25 anos, vítima de acidente de viação, politraumatizada, com trauma crânio-encefálico, trauma torácico (com múltiplas fraturas de arcos costais), dos quais resultou hemotórax bilateral com 2 drenagens torácicas, trauma abdominal (adquiri conhecimentos e competências práticas na avaliação da pressão intra-abdominal), e trauma dos membros com diversas fraturas.

Estive presente na 1º visita dos pais à Sra. Rita, tendo estruturado e planeado este primeiro momento, relativamente à informação sobre problemas ativos, as intervenções, planeamento dos cuidados prestados, explicando o objetivo dos mesmos, os dispositivos existentes, a organização da unidade da doente, dando oportunidade para ao longo da comunicação serem colocadas todas as dúvidas, questões e os seus receios.

Foi visível o fâcies dos pais quando olharam para a Sra. Rita, de facto a presença de vários equipamentos, dispositivos, tubos e os próprios alarmes provocam nos familiares e neste caso nestes pais um sentimento desconfortante, olhando para os enfermeiros no sentido de encontrar um suporte, um auxílio na gestão de toda aquela informação. Perante a perceção do estado emocional dos pais e após autorização da Enfermeira Orientadora permaneci junto dos mesmos durante a maior parte da visita. Quijano e Parada (2019) defendem que o processo de hospitalização é uma situação inesperada

com impacto no doente e no seu núcleo familiar, interferindo no ciclo de vida familiar, com necessidades emocionais, sociais, destacando as necessidades cognitivas, nomeadamente as de informação. Segundo os mesmos autores, esta informação deveria ser clara, oportuna, precisa e honesta, tendo ao longo da minha intervenção junto dos pais procurado garantir uma comunicação assente nestas características. Permite a presença dos pais enquanto prestava cuidados de conforto (higiene oral), aspiração de secreções, avaliação de parâmetros e dispositivos, observação dos drenos torácicos, explicando cada cuidado e também todo o suporte farmacológico, sendo objetiva nas minhas respostas às questões.

Alshari (2019), demonstra no seu estudo que as principais necessidades identificadas pelos familiares do doente na UCI enquadram-se na dimensão da proximidade, garantia/segurança, nomeadamente no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados, pelo que foi essencial no meu processo de cuidar dos familiares da doente a demonstração e os objetivos dos meus cuidados. Considero que a consciencialização das necessidades dos familiares permitiu-me a construção de uma comunicação eficaz com os familiares, que muitas vezes nestes contextos torna-se sensível e complexa, e na construção de uma relação interpessoal e de colaboração para com os pais da doente. Nos turnos seguintes, obtive como feedback o agradecimento por parte destes na informação e na atenção que lhes foi disponibilizada no dia anterior, afirmando sentirem-se menos ansiosos antes da visita. Todas estas situações de gestão de cuidados à família, possibilitaram-me ser capaz de gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Despacho nº 429/2018, 2018).

No contexto de cuidados prestados à Sra Rita, pude intervir diretamente numa situação de descompensação clínica e de emergência, designadamente um quadro de PCR. “O conhecimento prático adquire-se com o tempo” (Benner, 2001, p.33), e de facto neste momento de descompensação da doente, após identificar a descida de frequência cardíaca evoluindo para bradicardia e alteração da coloração da pele da doente, tendo ficado pálida chamei imediatamente ajuda da restante equipa, solicitando o carro de emergência. Tal

comportamento e ação atempada relaciona-se com a minha experiência profissional já adquirida em situações de emergência e reconhecimento de potenciais estados de instabilidade, sendo possível constatar tal como Benner (2001) refere que a nossa prática contribui para a aquisição de uma maior perícia.

De acordo com as *Guidelines* do ERC de SAV (2021), é necessário uma adequada vigilância e monitorização hemodinâmica dos doentes em risco de instabilidade clínica, pelo que na UCI todos os doentes estando monitorizados de forma criteriosa, permite um melhor e mais rápido reconhecimento de alterações clínicas potencialmente críticas. Tal como descrito após observação da alteração a nível hemodinâmico, garanti o 2º passo descrito nas *Guidelines* do ERC (2021), nomeadamente o pedido de ajuda, segundo as diretrizes do ERC, nesta fase a equipa multiprofissional deve atender a situação de emergência, devendo esta equipa ser composta por médicos e enfermeiros de CI. Naquela situação vários médicos e enfermeiros do SMI deram uma resposta pronta e rápida ao entrarem na unidade da doente com o carro de emergência do serviço.

Após identificar no monitor ritmo de PCR e confirmar ausência de pulso (3ª etapa do algoritmo: avaliação de resposta do doente e pulso), foi-me dada indicação pelo médico para iniciar manobras de RCP. A equipa de resposta a esta situação estabeleceu durante as minhas manobras uma comunicação clara e objetiva, unicamente da responsabilidade do médico que era o *team leader*, o qual dava as indicações, contagem dos tempos, mudanças de ciclos e *feedback* das intervenções, tal como preconizado pelo ERC (2021) relativamente à equipa de emergência. Diversas atividades médicas e de enfermagem ocorriam enquanto completava um ciclo de manobras, nomeadamente ajuste de suporte aminérgico, suspensão de fármacos secundários e suspensão de VMI substituída por ventilação manual assistida, como é indicado em caso de PCR de acordo com o algoritmo de SAV do ERC (2021). Após um ciclo de manobras de RCP (2 minutos), a doente recupera pulso, seguindo-se os cuidados pós PCR.

De acordo com as *Guidelines* do ERC SAV (2021) relativas aos cuidados pós PCR, deve ser seguida uma avaliação ABCE (*airway; breathing; circulation; exposure*), sendo nesta fase essencial avaliar a via aérea e a respiração, pelo que a doente foi novamente contactada à VMI, com objetivos ventilatórios redefinidos e consequentemente um ajuste das minhas intervenções face a estes novos parâmetros, ajustei todos os fármacos de acordo com as novas indicações clínicas, controlo de temperatura corporal através da monitorização da temperatura central de acordo com objetivos do protocolo de serviço que deverá estar entre 32 e 36° c, e elaborar os devidos registos de enfermagem, momento no qual consultei a equipa multidisciplinar envolvida, confirmando todas as ocorrências e tempos registados pelo team leader. Após a PCR, o ERC (2021) nas suas guidelines preconiza a pesquisa de possíveis causas de PCR, sendo nesta fase necessário a realização de exames analíticos e ECD. Foi realizado deste modo um ECG e identificada a causa de PCR nomeadamente um EAM, relacionado com hemotórax bilateral que a Sra. Rita apresentava. Não tive oportunidade de estar presente nos dias seguintes a este episódio durante a visita dos familiares a esta doente, a fim de gerir a comunicação desta ocorrência complexa e certamente causadora de uma maior incerteza e angústia aos pais da Sra Rita.

Neste EC, fui capaz de atingir a competência de cuidar da pessoa em situações de emergência, tendo sido capaz de mobilizar conhecimentos e adequar os meus cuidados a situações de trauma, através da gestão de cuidados ao doente crítico, reconhecimento de alterações clínicas importantes correlacionando e ajustando técnicas de suporte e fármacos a fim de as corrigir, intervindo por exemplo em situações de instabilidade hemodinâmica colocando em prática tanto os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas deste ME sobre a temática do doente crítico, como toda a pesquisa teórica realizada por mim, assim como protocolos e procedimentos orientadores da prática. Fui capaz de planear e estabelecer prioridades de cuidados nas situações mais complexas, nomeadamente no doente em técnica de ECMO e na doente politraumatizada, através do planeamento das intervenções a realizar durante aquele turno, o qual muitas vezes tinha início na passagem de turno de enfermagem através da identificação dos problemas ativos.

Outra situação de emergência na qual estive envolvida foi relativa a um doente de 20 anos, o Sr. António (nome fictício), internado com o diagnóstico de glioblastoma, em evolução com quadro de crise convulsiva, que estava ao cuidado de outra Enfermeira. Nesse turno, enquanto prestava cuidados a outro doente, que se encontrava na unidade do lado, após o reconhecimento de alarme de parâmetro hemodinâmico do monitor, observei que o doente de 20 anos estava em quadro de convulsão. Seguindo as *guidelines* preconizadas pelo ERC (2021), chamei de imediato ajuda enquanto me dirigia à unidade. De acordo com o preconizado pelo ERC (2021), em caso de emergência intra-hospitalar (e após a etapa de pesquisa de pulso) é necessário prosseguir para a 3ª etapa nomeadamente o posicionamento em PLS, a avaliação da via aérea e da respiração, garantindo a oxigenoterapia. Para além da aquisição de competências na gestão de uma situação de emergência e do doente crítico na UCI, esta situação contribuiu para a minha integração na equipa multidisciplinar, nomeadamente no trabalho de equipa essencial em todos os contextos, ainda mais na UCI pela complexidade de cuidados e intervenções no doente crítico.

Tive oportunidade de colaborar, a meu pedido, na prestação de cuidados com outra Enfermeira Especialista do SMI, ao Sr. Artur (nome fictício), um doente em técnica dialítica, a fim de adquirir e consolidar conhecimentos teóricos lecionados, com a prática desta técnica e os cuidados de enfermagem associados. A montagem e a manipulação do sistema são complexas espelhando os conhecimentos técnicos, científicos e tecnológicos que o enfermeiro de uma UCI apresenta. Após a montagem de todo o circuito com todas as suas componentes, a enfermeira procedeu à introdução no sistema de parâmetros necessários como o peso do doente e valores analíticos. Pude numa fase seguinte no aparelho definir a opção da técnica, a de hemofiltração, assim como programar a bomba de sangue do aparelho de acordo com a prescrição médica. Participei na observação do local de cateter de hemodiálise, o qual deve ser avaliado e registado diariamente a fim de despistar presença de sinais inflamatórios, hemorragia e posicionamento do cateter, o qual pode interferir com a técnica. Teria sido interessante ter ficado na prestação de cuidados ao Sr. Artur nos turnos seguintes, a fim de adquirir novos conhecimentos (protocolo

farmacológico) e colocar em prática os adquiridos (cuidados de enfermagem e vigilância de complicações).

Todas estas situações foram importantes na aquisição da competência específica como futura enfermeira especialista, a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica através da identificação e resposta pronta de quadros de instabilidade; execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma (OE, Reg.nº 429/2018).

Num dos turnos também fiquei a conhecer o plano específico de atuação em caso de catástrofe do serviço, sendo uma das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, nomeadamente a de dinamização da resposta em situações de emergência e catástrofe (OE, Reg.nº 429/2018).

A maior parte dos doentes de quem cuidei neste EC estavam sedoanalgesiados e conectados a ventilação mecânica invasiva, já tendo abordado anteriormente à luz do referencial teórico por mim escolhido a gestão destas situações de incerteza segundo a Teoria de Mishel, assumindo a complexidade que estas situações pela depressão do estado de consciência do doente oferecem à prática dos enfermeiros.

Uma das situações que mais marcou este meu percurso no SMI como futura enfermeira especialista, e que foi alvo da minha 2ª reflexão, tendo analisado este contexto de cuidados segundo a Teoria da Incerteza de Mishel foi a situação de uma doente de 25 anos, a Sra. Ana (nome fictício), internada neste serviço após um quadro de insuficiência respiratória aguda e que motivou um parto prematuro (gravida de 35 semanas), condicionada por massa detetada na traqueia e a envolver toda a estrutura brônquica. O bebé estava internado no serviço de Neonatologia e a Sra. Ana sedada e ventilada. Ao longo destes dias, ouvia a equipa de enfermagem a falar sobre o estado da bebé que se mantinha estável, sendo notória a preocupação de todos em ir sabendo informações da evolução do bebé. O marido da Sra. Ana ainda não tinha conseguido ir visitá-la pois cuidava da outra filha, menor de idade.

Ao 6º dia de internamento a Sra. Ana é extubada e encontrava-se consciente. Durante a passagem de turno de enfermagem, documentava-se um estado emocional frágil e um humor deprimido, pouco comunicativa e interativa. Questionei-me como estaria a Sra. Ana a gerir toda aquela situação após ter acordado ao fim de 6 dias no SMI, ter sido informada do diagnóstico de linfoma com uma massa que lhe comprime os pulmões, apresentando dificuldade respiratória sempre que tentava falar, sendo a sua última memória a entrada para o bloco de partos. Após identificação das necessidades da Sra. Ana e ter aprofundado a Teoria de Mishel, considerei importante para a minha construção do agir profissional especializado o estabelecimento de uma relação terapêutica com a Sra. Ana, tendo pedido à minha Enfermeira Orientadora para ficarmos responsáveis pelos cuidados.

Segundo o referencial teórico escolhido, esta incerteza como refere Allgood e Tomey (2004), relativamente ao processo e à trajetória da doença surge como um fenómeno cognitivo com impacto negativo sobre os resultados psicológicos, caracterizados diversamente como ansiedade, depressão, desespero e angústia psicológica. Para além disso, também gera impacto negativo na qualidade de vida, na satisfação com as relações familiares, na satisfação com os serviços de cuidados de saúde (sendo notória esta revolta da doente que se manifestava com a equipa de enfermagem) e na manutenção das atividades de autocuidado.

Tudo isto estava comprometido na Sra. Ana, pois para além de ter de gerir um estado de doença súbita, imprevisível, sem qualquer referencial prévio nem experiências idênticas passadas, estava num ambiente totalmente desconhecido, sem saber do seu bebé, sem poder estar com o seu marido, sem poder amamentar, assim como a gestão de todas as expectativas que foi criando relacionadas com o nascimento e que tiveram de ser ajustadas à realidade assim que ficou consciente de si. O sentimento do desconhecido, de desamparo era visível diariamente na Sra. Ana. A fim de minorar estes sentimentos, foi providenciado equipamento para que pudesse contactar com o marido e visse a outra sua filha, bem como, afixadas fotografias do bebé na sua unidade (tiradas pelos enfermeiros da Neonatologia). A comunicação verbal com a equipa de enfermagem foi-se estabelecendo, por vezes com fâcias sorridente. Nesta

situação pude observar e participar na intervenção de uma Enfermeira Especialista de Reabilitação do SMI na gestão dos cuidados respiratórios (treino respiratório) e no 1º levante para o cadeirão, o qual constituiu um momento de grande satisfação para a Sra. Ana.

A incerteza de acordo com Mishel, na obra de Alligood e Tomey (2004) é reapreciada como uma oportunidade e incita a formação de uma visão da vida nova e probabilística. Como é que seria possível conseguir mostrar esta visão abordada por Mishel e ajudar a Sra. Ana no seu processo de adaptação desta nova realidade? As equipas de enfermagem da Neonatologia e do SMI organizaram a ida do bebé à unidade ao 8º dia de internamento, tendo sido a 1ª vez que viu o seu bebé. Foi um momento registado por todos daquele serviço e a partir deste dia a Sra. Ana começou a apresentar um comportamento diferente para com a equipa. Transpondo esta situação para a Teoria da Incerteza, “o conceito de autoridade credível retrata o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde, como preditivo da gestão de todo o processo de incerteza” (Alligood e Tomey, 2004, p. 634), tendo sido visível a aquisição desta confiança na equipa quando foi possibilitado à Sra. Ana estar com a sua bebé.

Outro conceito integrante desta Teoria, segundo Alligood e Tomey (2004) é a inferência que resulta na avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas. Foi solicitado a uma Enfermeira de outro contexto, que passou por uma condição clínica semelhante, tendo surgido o diagnóstico de uma doença autoimune também durante a sua gravidez para falar com a Sra. Ana sobre a sua experiência e percurso. Recorrendo à Teoria da Incerteza abordada por Alligood e Tomey (2004), esta partilha entre Enfermeira e a Sra. Ana, relativamente a experiências, tratamentos, o que surgiu a seguir à alta, a condição de mãe e a amamentação e outras dúvidas e medos, permitiu à própria estruturar a informação e integrá-la num novo esquema cognitivo, no qual a incerteza começa a dar lugar a uma nova visão, a uma nova perspetiva de vida, a um novo sentido e a uma nova ordem. No meu último turno, foi possível levar a Sra. Ana à rua com a supervisão de uma Enfermeira Especialista de Reabilitação, tendo a Sra. Ana agradecido e afirmado que tinha aprendido a viver de novo com a ajuda da equipa do SMI.

Toda esta situação demonstrou-me a importância de uma equipa multidisciplinar no contributo para uma relação de ajuda, a qual na minha opinião constitui também parte integrante do plano terapêutico e da gestão do doente crítico, sendo visível a melhoria clínica da doente quando a intervenção teve como foco o seu estado emocional, os seus medos e receios.

Os enfermeiros, no exercício profissional, regem-se por princípios humanistas que determinam a boa prática de enfermagem de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Pude observar que num ambiente tecnológico, com cuidados focados na técnica, dispositivos e numa exigência crescente de mais conhecimento nesta área, é também preocupação crescente dos enfermeiros de CI garantir um cuidado humanizado ao doente crítico e família.

No seguimento da RSL realizada, senti necessidade de desenvolver um estudo exploratório com o objetivo de conhecer as Vivências experienciadas pelos Enfermeiros face à Obstinação Terapêutica nos cuidados ao doente internado em UCI. Após consulta da equipa de enfermagem sobre o tema e explicação do estudo, foram entregues questionários (Apêndice VII) à equipa de enfermagem, com a garantia do anonimato e do devido consentimento informado, tendo sido validado e autorizado o referido estudo pela Direção de Enfermagem (Anexo I). Garantida a publicação e divulgação de resultados apenas para fins científicos. Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, apresentando a metodologia e resultados do estudo realizado (Apêndice VII).

Dos 50 questionários entregues, foram devolvidos 19 preenchidos, tendo os resultados obtidos demonstrado que as situações de OT segundo os enfermeiros relacionam-se com práticas na UCI de priorização de cura e prolongamento de sofrimento, mediante procedimentos invasivos como a ventilação mecânica invasiva; a realização de procedimentos e exames de tratamento e diagnóstico; a implementação de técnica dialítica; a colocação e manutenção de dispositivos invasivos e medidas terapêuticas como manutenção de fármacos vasopressores, antibioterapia ou administração de hemoderivados. Como razões que levam a situações de OT foram identificadas pelos enfermeiros

as que se encontram relacionadas com o contexto, inerentes à constituição, organização e missão da UCI e com a equipa multidisciplinar. De salientar e atendendo ao objetivo do estudo, os sentimentos e emoções vivenciadas pelos enfermeiros nestas situações são negativas, afetando a relação de cuidar que é estabelecida com o doente e família e afetando o próprio profissional devido a conflitos morais internos. Como estratégias a desenvolver por forma a minorar a frequência destas situações de OT, os enfermeiros consideraram ser necessárias a criação de protocolos de atuação; realização de formação em serviço sobre a temática; melhorar a avaliação do doente admitido na UCI e os seus critérios; melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar no que respeita ao plano de cuidados e objetivo terapêutico para o doente, envolvendo o enfermeiro no processo de tomada de decisão; melhorar a comunicação com a família, permitindo uma melhor consciência do estado clínico do doente e gestão de expectativas mais realistas. É significativa a preocupação dos enfermeiros perante esta realidade e a consciência de uma prática que necessita de ser melhorada a fim de minimizar o sofrimento do doente internado na UCI.

## **1.2 UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

O meu 2º contexto de Estágio integrado nesta UC, ocorreu na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do mesmo hospital. Decidi escolher este contexto de estágio por ser uma área nova para mim, tendo tido apenas contacto com este serviço na minha prática durante as avaliações e referências dos doentes internados no SUG.

Face à crescente pressão colocada sobre a necessidade de mais e melhor desempenho dos cuidados hospitalares e simultaneamente da maximização da eficiência na utilização dos escassos meios disponíveis, surge a HD como uma resposta que pretende conjugar estes objetivos e ainda aumentar o bem-estar do doente e das famílias, através de um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a doentes com patologia aguda, ou crónica descompensada (SPMI, 2019).

Este regime de internamento alternativo apresenta diversas vantagens, quer para o doente, nomeadamente a melhoria da qualidade de vida e do conforto, menores riscos associados ao internamento convencional (infeções nosocomiais, quedas, úlceras de pressão, síndrome confusional, depressão e tempo de internamento), quer para o próprio sistema de saúde, através da redução da sobrecarga no acesso aos hospitais, redução dos reinternamentos e contenção de custos em saúde (Salazar, 2009; Chan, 2022).

É então apresentado em 2018, o Modelo de prestação de cuidados da Unidade de Hospitalização Domiciliária, segundo o artigo 8º, do Despacho n.º 9323-A/2018 de Diário da República.

Também nesse mesmo ano, é elaborada a norma nº 020/2018 da DGS a definir os objetivos assistenciais e a missão da HD, a tipologia de doentes e as patologias elegíveis para admissão, os critérios de inclusão/exclusão (clínicos, sociais e geográficos), constituição da equipa de prestação de cuidados da HD, o fluxograma de admissão e a gestão do processo assistencial, a gestão logística relativa à terapêutica garantida e administrada na HD, materiais de consumo clínico e transporte dos doentes. Segundo a DGS (2018), entre as patologias elegíveis estão: as infeções do trato urinário não complicada ou com fatores de risco de má evolução e que tenham necessidade de antibioterapia endovenosa; doenças crónicas descompensadas; patologia respiratória; patologia cardíaca; doentes com necessidades de cuidados paliativos e contextos pós-cirúrgicos.

Em Portugal, a primeira unidade de hospitalização domiciliária foi formada no Hospital Garcia de Orta em 2015, estando criadas 24 unidades nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde em 2019 (Chan, 2022). Em 2019 a UHD do meu contexto de ensino clínico foi criada, contando com a referenciação do 1º doente em Dezembro de 2019. Inicialmente este projeto tinha uma lotação de 5 vagas (5 internamentos em regime de hospitalização domiciliária), tendo aumentado o nº de vagas para 10 camas de internamento domiciliário em 2021. De acordo com a Enfermeira Chefe desta unidade, a criação e desenvolvimento da mesma ocorreu durante a pandemia, tendo constituído um verdadeiro desafio por diversos motivos, mas principalmente pela realização de visitas domiciliárias a doentes em isolamento, numa altura de crescente incerteza e desconhecimento,

tendo exigido uma maior capacidade de adaptação e ajuste ao panorama que se vivia na altura.

Este regime de cuidados apresenta assim como objetivo prioritário a promoção da qualidade de vida do doente e família, favorecendo uma maior humanização dos cuidados, estimulando a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os no seu contexto de vida individual e personalizado, evitando assim os internamentos hospitalares convencionais (DR, Despacho nº191/2018) permitindo tal como é enunciado pela equipa e no logotipo da UHD que o hospital vá a casa do doente.

A equipa é constituída por 5 enfermeiros, 2 com Grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 3 com Grau de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo um deles a Enfermeira Chefe da UHD. Conta ainda com 3 médicos, um deles o coordenador da UHD, 1 médico fixo à equipa (presente todos os dias da semana das 8h às 16h) e que realiza em conjunto com o enfermeiro a visita domiciliária, e outro médico disponível a partir das 16h em regime de prevenção (necessidade de prescrição de medicação; atendimento de urgências no domicílio; situações de falecimento em casa), 1 assistente operacional responsável pela desinfeção e reposição do material, sala de trabalho, e transporte de análises ao laboratório, uma assistente administrativa responsável pelas admissões, internamentos e altas dos doentes, requisições de transporte, e ainda conta com o apoio do departamento de nutrição e do serviço social do hospital. A equipa disponibiliza contacto telefónico de apoio ao doente e família 24 horas por dia, 7 dias por semana.

A UHD tem 2 viaturas (uma delas adquirida pela Enfermeira Chefe em concurso) devidamente identificadas com o logotipo da instituição e da unidade e 2 motoristas responsáveis por transportar a equipa durante as visitas domiciliárias.

Tive oportunidade de consultar o documento referente ao Relatório de Atividades da UHD, no qual consta os objetivos, a missão, as competências e todos os cuidados existenciais que devem ser garantidos pela UHD, bem como os critérios de inclusão ou exclusão, o processo de admissão ou readmissão de doentes; a definição e concretização de um plano individual de cuidados para

cada doente; a gestão e articulação com as diversas áreas e serviços assistenciais/ de apoio do hospital para a execução do plano de cuidados.

Do meu ponto de vista e abordando a Teoria da Incerteza de Mishel, considero que esta opção de prestação de cuidados da UHD intervém e influencia no sentimento de incerteza e insatisfação do doente e família relacionado com a vivência do seu processo de doença aguda ou crónica agudizada, diminuindo-o. Tal como afirma Mishel na sua Teoria (Allgood & Tomey, 2009), os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza, promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos (padrão de sintomas, congruência do evento, familiaridade do evento).

Assim, neste regime de cuidados os fornecedores de estrutura (como a família, profissionais de saúde; apoios sociais) do doente acabam por estar mais presentes e auxiliam na gestão de uma nova situação/ordem à luz da Teoria da Incerteza, ou de uma situação já existente, mas que se encontra numa fase aguda. O estar em casa, mesmo estando internado possibilita ao doente a interiorização de forma mais estruturada, facilitando deste modo o processo de adaptação e a resolução da incerteza na sua doença.

As referências de doentes chegam à UHD via contacto telefónico para as extensões fixas da unidade ou para os telemóveis que estão com a equipa (1 com a Enfermeira Chefe e os outros 2 com cada enfermeiro do turno), estando a referência longe dos objetivos e metas traçados pela Enfermeira Chefe, a qual aponta como principal obstáculo à implementação e divulgação deste serviço, o “desconhecimento” que muitas equipas médicas do hospital têm em relação à UHD, não referenciando tanto como seria desejável pela equipa.

O turno inicia-se com a passagem de enfermagem na qual está presente a Enfermeira Chefe que estrutura e planeia as visitas domiciliárias aos doentes internados e avalia novas referências e admissões. Os turnos da manhã contam com 2 enfermeiros e o da tarde apenas com 1, havendo uma escala de prevenção que permite uma disponibilidade de 24 horas para o atendimento telefónico ao doente e família/cuidador (podendo haver necessidade de visita domiciliária). Durante as manhãs, as visitas domiciliárias são realizadas em

conjunto com médico e enfermeiro, na qual se realiza colheita de análises, revista medicação e planeadas intervenções e agendados exames necessários. Na tarde as visitas ocorrem em situações específicas como em caso de descompensação clínica do doente, por indicação médica, ou a pedido do doente/família. O itinerário e a ordem pelas quais as visitas se devem realizar é definida pela Enfermeira Chefe, organizando-as segundo o mapa das freguesias afixado na UHD. Antes das visitas é confirmado pela equipa todo o material das malas de transporte, a preparação de toda a medicação prescrita para os doentes, bem como material que seja necessário (material de penso; dispositivos de administração de medicação endovenosa).

O objetivo geral definido para este estágio é o mesmo do estágio anterior, sendo os objetivos específicos: desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família na Unidade de Hospitalização Domiciliária e, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Nos primeiros dias de EC, pude assistir à dificuldade sentida pela equipa de UHD em divulgar o funcionamento deste serviço, havendo poucas referências de doentes atendendo ao nº de internamentos no SUG. No sentido de intervir como futura Enfermeira Especialista e atendendo à competência comum do Enfermeiro Especialista, o da garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da mobilização de conhecimentos e habilidades e orientação de projetos institucionais com vista à melhoria da qualidade (OE, 2019), propus à Enfermeira Chefe e à minha Enfermeira Orientadora estratégias promotoras da divulgação da UHD aos restantes serviços do hospital, recorrendo por exemplo ao ambiente de trabalho de todos os computadores do hospital, necessitando do apoio informático do hospital. Foi referido que a informática não iria auxiliar neste processo e que já estava a ser preparada outra formação ao hospital sobre a UHD.

Nas primeiras duas semanas de EC, a UHD estava com uma taxa de ocupação de 30%, tendo apenas 3 doentes internados/acompanhados neste regime. Nas primeiras visitas domiciliárias, a minha intervenção baseou-se

essencialmente na observação e apreensão de como se realizava uma visita domiciliária. Durante estas visitas iniciais, fui-me adaptando favoravelmente a esta dinâmica de ir a casa dos doentes, não pela parte da deslocação ao ambiente íntimo e familiar do doente, pois em contexto de VMER tenho essa experiência prática, mas pela interiorização do facto do doente estar internado, tendo que adaptar os meus cuidados de um internamento convencional a um não convencional.

Durante as visitas domiciliárias, começava por avaliar os sinais vitais do doente, identificava e avaliava as necessidades de cuidado ao doente, as intervenções mais adequadas e delineadas em conjunto com o próprio e com a família/cuidador, sendo revisto o plano terapêutico em conjunto com o doente e família/cuidador e esclarecidas dúvidas. Todos estes cuidados que prestei assemelhavam-se aos cuidados prestados em regime de internamento convencional, mas neste caso, o doente está no seu ambiente, rodeado dos seus pertences, entes queridos ou cuidadores, devendo ser garantido da mesma forma o objetivo de cuidados e as intervenções. Tal como é enunciado pela DGS (2018), em nenhuma circunstância o doente poderá ser prejudicado por se encontrar internado no domicílio, devendo a UHD prestar um cuidado de nível hospitalar.

Contrariamente à prestação dos meus cuidados e intervenções em meio hospitalar, os quais são dirigidos primariamente ao doente, a não ser durante a visita presencial do familiar durante a qual procuro estabelecer e construir uma relação de ajuda com este, na UHD o doente raramente se encontra sozinho, estando na presença de um familiar ou cuidador na maior parte das visitas. Tal facto, promoveu ao longo do meu EC uma crescente adaptação e construção do meu agir enquanto enfermeira, sobretudo a nível comunicacional, procurando sempre que possível favorecer a envolvimento e a parceria de cuidados do familiar/cuidador.

O papel do familiar/cuidador neste contexto de cuidados é exigente, principalmente em casos de dependência agravada ou necessidade de manuseamento de dispositivos médicos (sonda nasogástrica, algália), pelo que a ligação direta que se estabelece com a família/ cuidador fora do ambiente hostil

do hospital garantido da mesma forma a segurança e a qualidade dos cuidados permite melhorar a percepção da doença e criar oportunidades de educação e promoção da saúde únicas para aquele doente e família/cuidador (Chan, 2022).

Deste modo, em todas as minhas intervenções neste contexto de cuidados, era integrado no meu plano de cuidados a envolvimento da família/cuidador, explicando todos os procedimentos e finalidades, definindo metas reais e adequadas juntamente com a família/cuidador, incluindo a sua participação ativa nos cuidados prestados, demonstrando como faziam e as dúvidas que tinham, os ajustes farmacológicos eram explicados recorrendo a esquemas realizados pelo próprio familiar/cuidador, validando e corrigindo ações realizadas ou manuseamento de material, procurando o reforço positivo sobre a importância do seu ato no cuidar do doente.

Era frequente o familiar/cuidador expressar receios de cuidar do doente quando a equipa não estava lá, pelo que a UHD desenvolveu um folheto dedicado à capacitação do cuidador no qual constava informação simples e objetiva sobre o papel do cuidador no processo do cuidar no domicílio, nomeadamente nas transferências da cama para a cadeira e vice-versa, na realização do levantar, no vestir e despir roupa, na alimentação, nos posicionamentos e na promoção do autocuidado. Este papel do cuidador é essencial e bastante complexo, devendo constituir também o foco da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista.

A integração progressiva na equipa e na gestão de cuidados ao doente internado na UHD contribuiu para alcançar o 1º objetivo específico, mediante a realização do acolhimento do doente na UHD, explicando o funcionamento do serviço, as indicações e regras como por exemplo a não permissão de saídas à rua durante o regime de internamento, a apresentação e constituição da equipa, apoios da UHD, e entrega do Guia de Acolhimento ao doente, e do Guia do Cuidador Familiar e Capacitação do Cuidador. Ao longo do tempo, fui sendo capaz de priorizar e gerir os cuidados prestados durante as visitas, assim como promover e motivar os familiares/cuidadores para a prestação de cuidados, através de ensinamentos individualizados e adaptados a cada ambiente (estrutural e familiar).

Um dos doentes internados na UHD durante o meu EC, o Sr. João (nome fictício), era uma readmissão, já tendo tido 3 internamentos nesta unidade, devido a infeções urinárias recorrentes resultantes da sua patologia urológica crónica. O Sr. João tinha 40 anos, vivia com a esposa e 2 filhos menores, e encontrava-se já bastante familiarizado com a manipulação dos dispositivos urinários (algália). Esta adaptação constituiu um processo longo e desafiador para a equipa da UHD, pois inicialmente vivenciaram momentos de revolta, frustração, medo manifestados pelo Sr. João aquando do diagnóstico (neoplasia da bexiga) e da necessidade de ficar permanentemente algaliado.

Foi desenvolvido um trabalho por parte da equipa da UHD no sentido de minimizar estes sentimentos apresentados pelo Sr. João, representando aqui este fenómeno de incerteza de acordo com a Teoria de Mishel explicitado por Alligood e Tomey (2009). Tornam-se necessárias intervenções de enfermagem que permitam o desenvolvimento de mecanismos de *coping* por parte do doente para lidar com a situação. Analisando a gestão desta situação e observando a relação do doente com a equipa da UHD, procurei durante os meus cuidados prestados ao doente e de forma progressiva, auxiliá-lo no processo de construção deste esquema cognitivo através de reforços positivos e validação das suas experiências anteriores com os internamentos.

O Sr. João neste internamento já era capaz de manipular autonomamente a algália, referindo que já se sentia um “perito em algalias”. Tal discurso demonstra esta interiorização da nova vida, com uma nova perspetiva em relação ao futuro, sendo o papel do enfermeiro essencial na gestão desta incerteza, como autoridade credível (Alligood & Tomey, 2009).

Tive a oportunidade de conversar com vários doentes internados na UHD, os quais relembram o início do seu processo de doença, descrevendo o aparecimento dos primeiros sintomas, que segundo Mishel, precedem o fenómeno de incerteza. Surgem assim como um conjunto de estímulos muitas vezes desconhecidos para o doente e difícil de serem processados pelo mesmo. Inicialmente “esta nova realidade pode ser vista pelo doente como ameaça ou oportunidade” (Alligood & Tomey, 2009, p. 635). À semelhança do que é defendido na Teoria, a maior parte dos doentes com quem fui conversando sobre

o processo de gestão da sua doença, considerava o diagnóstico ameaçador à sua vida, facto que conduziu a um grande stress sentido quer pelo doente quer pela família/cuidador.

Compreender este fenómeno e o seu impacto para o doente e família, permite direccionar os cuidados de enfermagem no sentido de o ajudar a reorientar-se e adaptar-se à incerteza, envolvendo o próprio e a sua família nos cuidados, realidade que é mais facilitada através da UHD, pois no sentido de gerir esta nova “ordem”, o doente encontra-se em casa, contando com um apoio mais presente através dos seus fornecedores de estrutura como a família ou cuidadores (Silva & Sousa, 2019).

Tive a oportunidade neste EC de prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação terminal com necessidades de cuidados paliativos, otimizando nestas situações a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, incidindo as minhas intervenções no estabelecimento da relação terapêutica com aquele doente e família através do desenvolvimento de uma comunicação interpessoal eficaz que permita a assistência das necessidades emocionais do doente e família decorrente da situação de doença.

Numa das situações na qual mobilizei os meus conhecimentos e experiências anteriores em cuidados paliativos, refere-se a um doente de 75 anos, o Sr. Rui (nome fictício), com diagnóstico de neoplasia hepática avançada com indicação para medidas paliativas, que tinha estado internado para controlo sintomático nomeadamente da dor e dos vómitos, e que a pedido do próprio e da família foi referenciado para a UHD expressando várias vezes durante o internamento vontade de ir para casa. Realizei 4 visitas domiciliárias ao Sr. Rui, o qual vivia com a sua esposa que era também a cuidadora e tinha 1 filho que já não vivia em casa, mas que procurava estar presente diariamente após o seu horário laboral.

Nas primeiras visitas, o Sr. Rui encontrava-se consciente, por vezes orientado, pouco comunicativo, referindo que não tinha vontade em falar, apenas não queria ter dor e expressava desejo em conseguir levantar-se da cama e poder ir para a sala. Defini como intervenções prioritárias nesta situação um ajuste terapêutico para controlo da dor, principal razão da tristeza e sofrimento

do Sr. Rui e dos familiares, que manifestavam sentir-se impotentes, referindo que era um desespero vê-lo assim. Durante a minha avaliação, comuniquei à minha Enfermeira Orientadora a necessidade de contactar o médico da equipa, tendo sido introduzida medicação oral em SOS e dada indicação para administração endovenosa de medicação analgésica.

Expliquei as alterações de terapêutica à familiar enquanto administrava a medicação prescrita (o Sr. Rui não estava competente para nova informação pela dor não controlada que manifestava), referindo os efeitos secundários associados, tendo elaborado no final um novo esquema terapêutico. Tive oportunidade de falar à parte com a esposa, a qual afastada do Sr. Rui manifestou grande labilidade emocional, afirmando não ser capaz de lidar com esta situação, pois sentia que a situação estava a caminhar para um fim.

De acordo com Silva (2022, p.2), é igualmente importante “trabalhar as emoções do cuidador e da pessoa dependente, incentivar a sua força e positividade para superar o seu dia-a-dia”. É essencial na comunicação com o familiar do doente em fase final de vida que se encontra em casa, explicitar o processo de cuidados, os objetivos a atingir nesta fase, o que se passa ou o que se poderá passar com o doente, reforçar os apoios que disponibiliza nesta fase, abordar o tema da alimentação e controlo de sintomas, definir as visitas de casa, abordar os seus próprios sentimentos e a capacidade que tem ou não para continuar a gerir a situação de fim de vida, desmistificar sentimentos de culpa caso não consiga dar resposta, promover resolução de situações pendentes que possam preocupar o doente (IAHPC, 2013).

Procurei perceber com a esposa do Sr. Rui como se sentia ao cuidar deste, percebendo qual a sua perceção em relação à evolução clínica. A familiar tinha consciência de que o prognóstico era complexo e que a situação se iria agravar, tendo referido que não sabia se iria aguentar ter o marido a morrer em casa. Tal como IAHPC (2013) enuncia, é importante explicar aos familiares dos doentes em cuidados paliativos que não têm de conseguir cuidar nesta fase de vida, pois é tão importante o sofrimento do doente em fim de vida como do familiar/cuidador que está junto do mesmo. Expliquei à esposa que caso não fosse capaz de gerir uma situação mais avançada que teria apoios aos quais podia recorrer e que a

UHD também ajudaria nesse contexto, através do encaminhamento ao hospital, explicando os vários cenários possíveis em caso de internamento (nomeadamente a limitação da permanência junto do doente), a fim de esta ter a informação necessária para a sua tomada de decisão. Esclareci ainda questões relacionadas com a temática da alimentação e da hidratação, apresentando alternativas em casos de náuseas, sendo importante nestas situações a promoção de um ambiente calmo.

Tal como a IAHPC (2013) aborda, uma das estratégias a desenvolver com a família/cuidador a fim de minorar/gerir sentimentos de ansiedade e medo é a realização de conferências familiares, pelo que questionei se na próxima visita gostaria que falasse com a própria e também com o seu filho, tendo ficado agendada na visita seguinte uma reunião familiar.

Na última visita realizada neste EC, voltei a casa do Sr. Rui, que já se encontrava prostrado, mais ictérico, não manifestando fácies de dor. A familiar estava visivelmente mais triste, com labilidade emocional mantida, pelo que lhe perguntei se queria que fosse eu a prestar os cuidados de higiene da tarde e a posicionar o doente naquele momento. Tal como a IAHPC (2013) refere, uma das medidas de controlo sintomático no doente em fim de vida relativo quer à dor (agravada pelos espasmos musculares, imobilização) quer à ansiedade é a realização de massagem, pelo que após os cuidados de higiene, realizei uma massagem ao doente procurando aliviar zonas de pressão, enquanto ia comunicando com o próprio, demonstrando que a equipa estava presente e que a nossa principal missão era aliviar-lhe a dor e cuidar da sua esposa e do filho.

Durante a conferência familiar com a esposa e o filho, informei que a situação era avançada descrevendo as próximas fases da evolução da doença, expliquei que o Sr. Rui poderia ficar mais agitado, situação não associada à dor, mas sim a um estado de delírio que é característico nesta fase. Revi objetivos de cuidados com a esposa e o filho, realcei a importância de verbalizarem sentimentos individuais, reforçando o papel da equipa na gestão das suas próprias necessidades e foi abordada a preparação da morte a pedido da esposa referente ao processo do funeral, sendo estes temas abordados pela IAHPC

(2013) no que respeita aos cuidados prestados aos familiares dos doentes em fim de vida.

Considero assim ter atingido o meu 2º objetivo específico proposto para este EC, o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da família do doente em Hospitalização Domiciliária.

Em todas as situações de cuidados vivenciadas por mim na UHD, observei a importância do ambiente no qual o doente se insere no seu potencial de recuperação e melhoria. Uma das situações mais demonstrativas nesse sentido foi a da Sra. Rosa (nome fictício), doente internada na UHD por infeção urinária sob medicação endovenosa, invisual e que na prática começou a apresentar sinais de melhoria (clínica e analítica) após a sua saída do hospital para o internamento na UHD. A Sra. Rosa residia com a filha, genro e o seu cão que a acompanhava há anos. A filha referia que a mãe sempre viveu com o cão, estando o seu animal de estimação presente, sentado ao colo da doente durante a totalidade da nossa visita domiciliária e cuidados prestados. A Sra. Rosa passava a maior parte do tempo com o seu cão ao colo, referindo numa das visitas que o facto de ter ido para casa foi o melhor de todos os medicamentos.

Tal como afirma Delerue e Correia (2018), a HD representa um modelo de cuidados que procura contribuir para a criação de um ambiente psicológico mais favorável ao doente durante o tratamento, valorizando o papel da família e prevenindo a rejeição e a institucionalização.

O feedback de todos os doentes sobre a UHD foi bastante positivo. Referiam que geriam muito melhor a doença em casa; não se importavam de ficar internados, mas em casa; reconheciam frequentemente a importância das intervenções de enfermagem na UHD, demonstrando gratidão para com os enfermeiros da equipa.

A elaboração de planos de cuidados individualizados e especializados é estruturante deste cuidar humanizado e foi evidente numa situação que foi discutida numa passagem de turno em equipa, relativamente a uma doente, a Sra. Teresa (nome fictício), com patologia respiratória crónica, internada na UHD por descompensação desta doença, cujas necessidades identificadas referiam-se à ansiedade e tristeza por cansaço extremo, não sendo capaz de ser

autónoma no seu autocuidado. Foram discutidas em equipa multidisciplinar intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação adequadas às necessidades respiratórias daquela doente.

A visita à Sra. Teresa foi realizada pelo médico, pela minha Enfermeira Orientadora, por uma Enfermeiro especialista em Reabilitação e por mim (consentida pela doente a entrada e a presença de todos) a fim de colocar em prática as intervenções estruturadas e o plano definido, tendo sido possível observar a articulação de saberes especializados de diferentes áreas na consecução dos cuidados de enfermagem. Foi notória a melhoria das queixas na avaliação das intervenções no final da visita, já sendo a Sra. Teresa capaz de se levantar para se deslocar até à casa de banho.

A fim de contribuir para a melhoria das práticas referente ao cuidado da pessoa/família em situação de doença crítica, através da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, Reg. nº 140/2019), e com o objetivo de dar a melhor resposta e em tempo útil a situações emergentes, sugeri a criação de um procedimento da mala de urgência (Apêndice VIII), tendo concretizado o objetivo específico já enunciado, o de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na Unidade de Hospitalização Domiciliária. Após o devido enquadramento teórico e justificação da sua pertinência, apresentei a norma (Anexo IX) redigida por mim, na qual descrevo quais as situações de carácter urgente, os procedimentos indicados, nomeadamente contacto com o médico da equipa (fixo ou de prevenção), estabilização do quadro recorrendo aos fármacos e material da mala de urgência e caso necessário contactar o 112.

Esta mala deveria ficar alocada à viatura da unidade, a fim de e em caso de necessidade a equipa pudesse ter acesso ao equipamento e material de forma a intervirem em situações emergentes, juntamente com o cilindro de oxigénio para situações de abordagem de via aérea. A mala de urgência da UHD deveria ser reposta aquando da sua utilização, com o preenchimento da devida checklist (Anexo X), níveis do material e prazos da validade (caso não fosse utilizada, deveriam ser confirmados os prazos de validade mensalmente).

Como já tinha sido referido anteriormente, a UHD articula-se com outros serviços de apoio, designadamente o Serviço Social do hospital, o qual tem uma Assistente Social destacada para dar apoio à equipa, tendo ao longo do meu EC assistido à agilização de camas articuladas necessárias para a prestação de cuidados ao doente em casa e articulação com instituições sociais de apoio à comunidade.

Este contexto de estágio ofereceu-me uma variedade de experiências, assim como cuidados de enfermagem que considero constituírem um regime que cada vez mais, olhando para o futuro faz mais sentido, atendendo à realidade das instituições hospitalares. Segundo Meleis (2010), o conceito de transição é um dos focos da enfermagem, que face as estas mudanças/transições, associadas a um aumento do uso de tecnologia, políticas de saúde cada vez mais orientadas por seguros e o aumento dos custos de saúde, os doentes têm cada vez mais a tendência para abandonar os hospitais mais cedo, continuando o seu processo de transição em casa.

Tanto na Teoria das Transições de Meleis com na da Incerteza na Doença de Mishel, os eventos críticos e mudanças que ocorrem nos indivíduos ou nos ambientes podem conduzir a transições e incertezas e que podem conduzir a sentimentos de medo e angústia (Allgood & Tomey, 2009; Meleis, 2010), sentimentos estes que pude evidenciar ser possível minorar através da implementação deste modelo de cuidados no domicílio garantido por uma equipa multidisciplinar, num ambiente seguro e de confiança, adaptados às reais necessidades do doente e família/cuidador.

Esta minha consciencialização é essencial no reconhecimento da importância das minhas intervenções futuramente especializadas na promoção da qualidade de vida do doente, pois auxiliam na gestão da transição e do incerto.

## **CONCLUSÃO**

O Mundo não para de evoluir, a Saúde torna-se ao longo do tempo mais tecnológica, orientada para a busca de mais e melhor evidência científica, perante um paradigma caracterizado por uma maior longevidade e doenças novas que levam a novas descobertas, sendo que cada vez mais são necessários profissionais de saúde mais aptos, detentores de mais conhecimento e práticas especializadas, por forma a responder com a maior qualidade aos desafios constantes na área da Saúde. Estes profissionais de saúde que devem acompanhar as constantes exigências nesta área, pelo papel que representam são os enfermeiros.

Estes conhecimentos e práticas especializadas exigidas cada vez mais aos enfermeiros, tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, através da conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados.

Este percurso académico, com vista à obtenção do Grau de Especialista representa muito mais do que a obtenção do título, representa uma reconstrução da minha entidade profissional, levando-me a refletir sobre a minha prática, integrando neste processo novas competências e habilidades que me permitem desenvolver uma melhor e mais eficaz resposta, resposta esta que importa cada vez mais ser especializada a fim de garantir a melhor qualidade de cuidados prestados à PSC.

A obtenção de novos conhecimentos teóricos e práticos através de saberes especializados que me foram transmitidos pelos Enfermeiros Orientadores e todos os profissionais com quem tive oportunidade de partilhar o meu percurso, e todos os momentos de partilha, de reflexão e de aprendizagens durante as aulas lecionadas na componente teórica deste curso, proporcionaram-me uma variedade de situações, aprendizagens e estímulos que contribuíram para uma

distinção entre a Enfermeira que era no início deste curso de Mestrado e a Enfermeira que hoje sou. Nada neste processo teria sido possível sem a existência do alvo dos meus cuidados e da minha prática, nomeadamente os doentes e os familiares e cuidadores que tive o privilégio de conhecer e de cuidar, pois constituem e representam a força que me motivou a procurar um saber especializado e a melhoria da minha prática, tendo sido enriquecedor quer enquanto pessoa, quer enquanto enfermeira.

Um das competências mais desenvolvidas por mim neste curso de Especialização em Enfermagem foi a capacidade de pensar e refletir eticamente. Esta prática reflexiva é essencial no nosso agir profissional, permitindo-nos pensar no que fazemos e no porquê de o fazer, demonstrando aqui a importância da Enfermagem enquanto Ciência com todas as contribuições das grandes obras desenvolvidas por teóricas de enfermagem, as quais são linhas orientadoras para a nossa prática, tendo sido um contributo fundamental para este desenvolvimento as reflexões críticas propostas durante os EC's, assim como a elaboração do presente Projeto.

O presente processo académico foi desafiador, sendo a minha área de atuação desde o término da minha Licenciatura em Enfermagem, a de doente crítico em contexto de urgência, desenvolvi os meus EC's em 2 contextos novos para mim, um deles complexo e que me suscitou algum receio no início do mesmo, pelo facto de representar uma nova realidade de cuidados para mim, com grande complexidade e tecnologia. Assim, e recorrendo à Teoria da Incerteza de Mishel, também eu, enquanto aluna, vivi situações que me suscitaram alguma angústia e incerteza, nomeadamente nos EC, tendo contado com os meus "fornecedores de estrutura", a minha Professora Orientadora do Curso e as minhas Enfermeiras Orientadoras dos estágios, bem como os meus pares.

A realização da RSL que integra o 1º capítulo deste relatório permitiu-me adquirir competências na área da investigação, uma das áreas que deve ser de atuação do Enfermeiro Especialista, contribuindo para a melhoria da minha capacidade de pesquisa bibliográfica, consciencialização da qualidade científica e capacidade de análise e organização de informação. Para além desta pesquisa, a variada informação que fui encontrando ao longo do meu estudo autónomo,

conduziu a um saber mais aprofundado e conseqüentemente a uma prática mais autónoma, atualizada e científica, facilitando a minha participação em processos de tomada de decisão, e implementação das intervenções mais adequadas ao doente crítico e família.

Outra das áreas mais desenvolvidas ao longo deste processo foi a área da comunicação na PSC e família, a qual na minha área de atuação, acaba infelizmente por ficar comprometida. Na maior parte das vezes em situações de urgência e emergência, há uma tendência para face às situações em que temos de atuar rapidamente salvaguardando a vida do doente, descuidamos a comunicação. Esta habilidade que é transversal às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, é fundamental no estabelecimento da relação terapêutica do doente crítico. As situações descritas vividas nos EC permitiram-me trabalhar esta competência da comunicação, quer com o doente que não tem potencial de comunicação, quer com a família, mobilizando hoje em dia os conhecimentos e competências adquiridas para o meu contexto de cuidados atual.

A nível técnico, em contexto de UCI fui capaz de adquirir novos conhecimentos sobre diversos dispositivos de monitorização invasivos e não invasivos, técnicas avançadas e complexas, procedimentos sobre o transporte do doente internado na UCI para exames ou outros serviços, sensibilização em maior nível para práticas de qualidade em termos de prevenção e controlo da infeção e participação em situações de cuidados urgentes e emergentes em ambiente de UCI. Foram reconhecidas iniciativas da minha parte para partilhar conhecimentos e a divulgação de estratégias de comunicação com o doente sedado e a revisão das medidas que levam à prevenção da pneumonia associada à ventilação.

Relativamente ao meu 2º contexto de cuidados, desenvolvido na UHD, permitiu-me experienciar toda uma nova área de intervenção. Fui para este contexto de estágio já com experiências consolidadas na área da comunicação do contexto anterior, tendo sido esta aprendizagem facilitadora nas minhas intervenções de enfermagem ao nível emocional, pessoal e psicológico ao doente e família na UHD. Vivenciei na prática a importância de uma intervenção de enfermagem especializada na capacitação do doente e família em gerir a sua própria situação de doença/transição, de uma forma menos penosa, angustiante e

desconhecida, contribuindo o facto da prestação de cuidados ser em casa, no seu ambiente e junto dos seus familiares e cuidadores.

É notória a satisfação do doente e família neste regime de cuidados, havendo um reconhecimento e agradecimento em todas as minhas visitas, demonstrando o quão importante é para o doente e família/cuidador o estabelecimento de uma parceria de cuidados. Tudo isto acaba por contribuir também para a minha própria satisfação enquanto enfermeira, através dos resultados das minhas intervenções.

Termino assim este meu percurso com um sentimento de preenchimento do meu saber e ser enquanto enfermeira. A par da motivação e reconhecimento da exigência da nossa profissão, temos cada vez mais de almejar uma prática padronizada de qualidade, consciente e especializada, para a qual este Grau de Especialização me conduziu, abrindo novos caminhos à busca de mais sabedoria para o meu futuro, sabedoria essa que deverá ser cada vez mais de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, L., Erin A., Cara, A., Bjorn, F., De'ann, L., Gerald, L., Christian, F., Jason, G., Daniel, B. (2022). *Extracorporeal Life Support Organization Guideline for Transport and Retrieval of Adult and Pediatric Patients with ECMO Support*. ASAIO Journal 68(4): p 447-455, April. DOI: 10.1097/MAT.0000000000001653

Alligood, R. M., & Tomey, M. A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5a ed.) Lusociência.

Almeida, A. M. D., & Oliveira, I. (2022). *A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico*. Sessão de posteres apresentada em V Fórum das Especialidades de Enfermagem - I Encontro Internacional das Especialidades de Enfermagem, Porto, Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/42495/1/73640706.pdf>.

Alves, L. A. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf).

Alves, F., Caeiro, D., Castelões, P., Dias, A., Fernandes, P., Gama, V., Guerreiro, C., Mello, A., Morais, J., Ponte, M., Santos L., Silva, M., Vilela, E. (2017) *Oxigenação por membrana extracorporeal na falência circulatória e respiratória – experiência de um centro* Revista Portuguesa de Cardiologia, 36(11), 833-842. <https://www.revportcardiol.org/pt-oxigenacao-por-membrana-extracorporeal-na-articulo-S0870255116303328>.

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).

Aromataris E., & Munn Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

Banjar, A. K. (2017). Till death do us part: The evolution of end-of-life and death attitudes. *Canadian Journal Of Critical Care Nursing*, 28(3), 34-40. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=117c98e6-99af-4159-8c37-0770fae0d4b7%40redis>.

*Bardin*, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1ª ed.). Edições 70.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.

Bibliotecas do Politécnico de Leiria (s/data) Guia para a Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas (7ª ed.). APA.

Chan, S. (2022). *Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional (Home Hospitalization, an Alternative to Conventional Hospitalization)*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 29(1) 53-55. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.288>.

Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B., Cissé, M., Lefrant, J. Y., & Jaber, S. (2009). *Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale*. *Intensive care medicine*, 35(12), 2060–2067. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1590-5>.

Centro Hospitalar Lisboa, Norte, EPE do Ministério da Saúde. (2022). <https://www.chln.min-saude.pt/2022/11/29/atividade-clinica-assistencial/>.

Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida: *Parecer sobre aspetos éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida*. (1995). [https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cneqv-95?download\\_document=3050&token=e2dca76d2ca0642fa6e4db916377955](https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cneqv-95?download_document=3050&token=e2dca76d2ca0642fa6e4db916377955).

Decreto-lei nº 95/2019 do Ministério da Saúde. (2019). *Diário da República: I Série*, nº 169/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>.

Decreto-lei nº 140/2019 do Ministério da Saúde. (2019). *Diário da República: II Série*, nº 26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Decreto-lei nº 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). REPE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Decreto-lei nº 429/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Decreto-lei nº 9323-A/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República: II Série nº 191/2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/10/191000001/0000200005.pdf>.

Decreto-lei nº 52/2012 do Ministério da Saúde (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República: I Série nº 172/2012. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>.

Decreto-lei nº 25/2012 do Ministério da Saúde (2012). Diário da República: I Série nº 136/2012. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-179517>.

Decreto Lei nº 020/2018 da Direção Geral da Saúde. (2018). *Hospitalização Domiciliária em Idade Adulta*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf>.

Delerue, F., & Correia, J. (2018). *Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna*. *Medicina Interna*, 25(1), 15–17. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Op/1/2018>.

Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. (2015). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Doucette, E., Sanzone, L., Albahouth, A., Luca, W. D., Santella, G., & Wang K. (2019). *The role of technology in enhancing a family-centred approach to care: Navigating nurse-family communication in the ICU*. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(3), 29-34. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=3bbf5474-dab9-4af6-950d-93ccc144be35%40redis>.

Doyle, D., Woodruff, R., (2013). *The International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) Manual of Palliative Care*. IAHPC Press. 3a ed. <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>.

Durão, C. M. & Teixeira, M. J., (2016). *Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135-141. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>.

Edwards, J. D., Voigt, L. P., & Nelson, J. E. (2017). *Ten key points about ICU palliative care*. *Intensive care medicine*, 43(1), 83–85. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4481-6>.

Ely, E. W., Kotfis, K., Szydłowski, Ł., Zegan-Barańska, M. & Żukowski, M. (2017). *Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients* - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology intensive therapy*, 49(1), 66–72. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>.

Gattinoni, L., Carlesso, E. & Langer, T. (2011) Clinical review: *Extracorporeal membrane oxygenation*. *Critical Care* 15 (243), 1-6. <https://doi.org/10.1186/cc10490>.

Guglin, M., Zucker, J. M., Bazan, M. V., Bozkurt, B., Banayosy, A., Estep, J., Gurley, J., Nelson, K., Malyala, R., Panjra, S. G., Zwischenberger, B. J., Pinney, P. S. (2019). *ECMO venoarterial para adultos*. *Journal of The American College of Cardiology*, 73 (6), 70-87. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.038>

Hynes, L., Coventry, T., Russell, K. (2022) *Intensive care nurses' perceptions on barriers impeding the provision of end-of-life care in the intensive care setting*. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 7-17. <https://doi.org/10.37464/2020.391.214>.

Lima, C. (2006). *Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia*. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 3 (2), 79-82. [https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13\\_n2\\_2006\\_079\\_082.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf).

Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. (2020) Chapter 2: *Systematic reviews of qualitative evidence*. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>.

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

Meleis, I. A. (2010). *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publisher Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf).

Mendes, A. (2019). *A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família*. Escola Anna Nery, 24(1), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>.

Nazari, F., Chegeni, M., Shahrabaki, P. M. (2022). *The relationship between futile medical care and respect for patient dignity: a cross-sectional study*. BMC Nursing, 21(373), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01144-1>

Neto, I. G. (2010). *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos*. In Barbosa, A., Neto, I (editores). Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nolan P. J., Sandroni C., Böttiger W. B., Cariou A., Cronberg T., Friberg H., Genbrugge C., Haywood K., Lilja G., Moulart R.M. V., Nikolaou N; Olasveengen M. T., Skrifvars B. M., Fabio Taccone F., Soar J. (2021). *European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care*. Intensive care medicine, 47(4), 369–421. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>

Oliveira, E. K. F.; Simões, B. A. R.; Souza, Y. M. V.; Fernandes, N.; Polaz, D. C. N.; Souza, L. A. (2021). *O papel do enfermeiro no manejo ao paciente terminal em UTI: uma revisão integrativa*. Scire Salutis, 11 (3), p.6-13. <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0002>.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *As mais-valias da Hospitalização Domiciliária*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26543/a%C3%A7oriano-oriental-3-de-julho-de-2022.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Organização Mundial da Saúde/OPAS. (2019). Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) nº 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf).

Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Rosário, E. (2009). Comunicação e Cuidados de Saúde: *Comunicar com o doente ventilado em Cuidados Intensivos*. [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta]. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Mestrado%20Com.pdf>.

Salazar A, Estrada C, Porta R, Lolo M, Tomas S, Alvarez M. (2009). *Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department*. *European journal of emergency medicine*, 16(3), 121-123. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32831cbae2>.

Seiffert CSLC, Freitas KO, Monteiro GO, Vasconcelos EV. (2020). *The death and die process for nursing team of intensive therapy center*. *Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental*, 12, 364-372. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7242>.

Sharour, L., Subih, M., Salameh, O., Alrshoud, M. (2019). *End-of-life care (EOLC) in Jordanian critical care units: Barriers and strategies for improving*. *Critical Care & Shock*; 22(2) 88-97.

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=0839b93e-34b3-49e6-84e4-efe17ccb63%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=135791629&db=ccm>

Silva, J., Sousa, P. (2019). *A Incerteza na Pessoa em Situação Crítica: contributos para um cuidar holístico e humanizado*. *Servir*, 60(1-2), 59-65. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24494>.

Silva, K., Quintana, A., Nietsche, E. (2012). *Therapeutic obstinacy at an intensive care unit: perspective from doctors and nurses*. *Escola Anna Nery*, 16 (4), 697-703. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400008>.

Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. (2018). *Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (20), 34-42. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0224>.

Silva, S. A. (2022). *Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Domicílio, no Autocuidado Transferir-se*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2789/1/Ana\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2789/1/Ana_Silva.pdf).

Soar J., Böttiger W, B., Carli P., Couper K., Deakin, D. C., Djärv T., Lott C., Olasveengen T., Paal P., Pellis T., Perkins D. G., Sandroni C., Nolan P. J. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support*. *Resuscitation*, 161, 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>.

Soares, W. T. S. M., Nunes, J. T., Medeiros, S. M., Davim, R. M. B., Silva, K. K. M., Fernandes, M. N. de F. (2022). *Nurses' feeling facing patient in an intensive care unit / Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente em unidade de terapia intensiva*. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14, 1-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.9794>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*.

<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte do Doente Crítico*. [https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI\\_OM\\_3.pdf](https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf).

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2019). *Hospitalização Domiciliária: uma realidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/hospitalizacao-domiciliaria-uma-realidade-em-portugal/>.

The Canadian Association of Critical Care Nurses. (2010) CACCN Document: *Providing End of Life Care in the Intensive Care Unit*. Statement date: January 19, 2011. <https://caccn.ca/wp-content/uploads/2019/07/CACCN-End-of-Life-Care-2011.pdf>.

The New York School of Regional Anesthesia: *Bloqueio do nervo ciático – Pontos de referência e técnica do estimulador de nervo*. <https://www.nysora.com/pt/t%C3%A9cnicas/extremidade-mais-baixa/bloqueio-do-nervo-ci%C3%A1tico/>.

Velarde-García, F. J., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S., Álvarez-Embarba, B., Palacios-Ceña, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermeira. *Gac. Sanit*, 31(4), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>

Vieira, JV, Deodato, S, Mendes, F. (2021). *Perceptions of intensive care unit nurses of therapeutic futility: A scoping review*. *Clinical Ethics*; 16(1):17-24. [10.1177/1477750920930376](https://doi.org/10.1177/1477750920930376).

Vilhena, R, R. (2013). [Dissertação de Mestrado]. *Cuidados Paliativos e Obstinação Terapêutica Decisões em Fim de Vida*. Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16391/1/201679655.pdf>.

Voultzos, P., Tsompanian, A., & Tsaroucha, A. K. (2021). *The medical futility experience of nursing professionals in Greece*. BMC nursing, 20(254), 2-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00785-y>.

Vyas, A., Bishop, MA. (2023). *Extracorporeal Membrane Oxygenation in Adults*. In: StatPearls Publishing; Janeiro. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576426/>.

Yildirim, G., Karagozoglu, S., Ozden, D., Cinar, Z., Ozveren, H. (2019). *A scale-development study: Exploration of intensive-care nurses' attitudes towards futile treatments*. Death Studies, 43(6), 397-405. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1479470>.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I:** Termos indexados utilizados na pesquisa nas bases de dados

**Tabela:** Termos indexados utilizados na pesquisa nas bases de dados.

<u>PICO</u>	<u>Palavras-Chave</u>	<u>Descritores DECS/MESH</u>
População	Enfermeiros <i>Nurses*</i> <i>Carer</i> <i>nurse attitudes</i> <i>nursing care</i>	Mesh heading/ DeCS
Fenómeno de interesse	Obstinação terapêutica Therapeutics Medical Futility Terminal Care Morte / "death" "suffering" <i>Terminal Care</i> Cuidado Terminal	Mesh heading/ DeCS
Contexto	Critical Care Cuidados Críticos Unidades de Terapia Intensiva <i>Intensive Care Units</i> Cuidados Intensivos Cuidados Críticos Enfermagem de Cuidados Críticos Critical care units*	Mesh heading/ DeCS
	<i>Patients</i> Pacientes	

## **APÊNDICE II – Termos e resultados de pesquisa**

**Tabela 1:** Resultados da primeira pesquisa

S (Pesquisa)	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	AB nurs* OR nurse* female OR carer	25,275
S2	AB Therapeutics	1,316,974
S3	AB therapeutics* OR Medical Futility* OR Terminal Care*	105,062
S4	S1 AND S3	80
S5	AB Critical Care* OR Intensive Care Units*	64,652
S6	AB (nurses, male* OR nurse* female OR carer) AND (therapeutics* OR Medical Futility* OR Terminal Care*) AND (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	20
S7	(nurses, male* OR nurse* female OR carer) AND AB (therapeutics* OR Medical Futility* OR Terminal Care*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	3

**Nota:** Pesquisa efetuada através da EBSCOhost Research Databases, na MEDLINE Complete Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (resultados obtidos: 30 artigos).

**Tabela 2:** Resultados da segunda pesquisa

S (Pesquisa)	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	AB nurses, male* OR nurse* female OR carer	3,885
S2	AB therapeutics* OR Medical Futility	8,328
S3	AB Terminal Care*	1,761
S4	AB (therapeutics* OR Medical Futility*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	302
S5	AB (nurses, male* OR nurse* female OR carer) AND AB (therapeutics* OR Medical Futility OR death*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	10
S6	AB (nurses, male* OR nurse* female OR carer) AND AB (therapeutics* OR Medical Futility OR death*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	1
S7	AB (nurses, male* OR nurse* female OR carer OR nursing care) AND AB (Medical Futility* OR death* OR terminal care) AND AB Intensive Care Units*	8
S8	AB (nurses, male* OR nurse* female OR carer*) AND AB (death* OR terminal care) AND AB Intensive Care Units*	1
S9	AB (nurses, male* OR carer*) AND AB (medical futility* OR death*) AND AB Intensive Care*	3
S10	AB (nurses, male* OR carer* OR nursing care*) AND AB death* AND AB Intensive Care*	30
S11	AB (nurses, male* OR carer* OR nursing care*) AND AB death* AND AB Intensive Care*	19
S12	AB (nurses* OR nursing care*) AND AB medical futility* AND AB Intensive Care*	2

S13	AB (nurses* OR nursing care*) AND AB (futile treatment* OR futile care*) AND AB (Intensive care unit* OR intensive care*)	3
S14	AB (nurse attitudes* OR nursing care* OR nurse* OR critical care nurse*) AND AB (treatment futile* OR death*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	170
S15	AB (nurse attitudes* OR nurse* OR critical care nurse*) AND AB (treatment futile* OR suffering*) AND AB (Critical Care* OR Intensive Care Units*)	23

**Nota:** Pesquisa realizada através da EBSCOhost, na CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers (resultados obtidos: 170 artigos).

**Tabela 3:** Resultados da terceira pesquisa

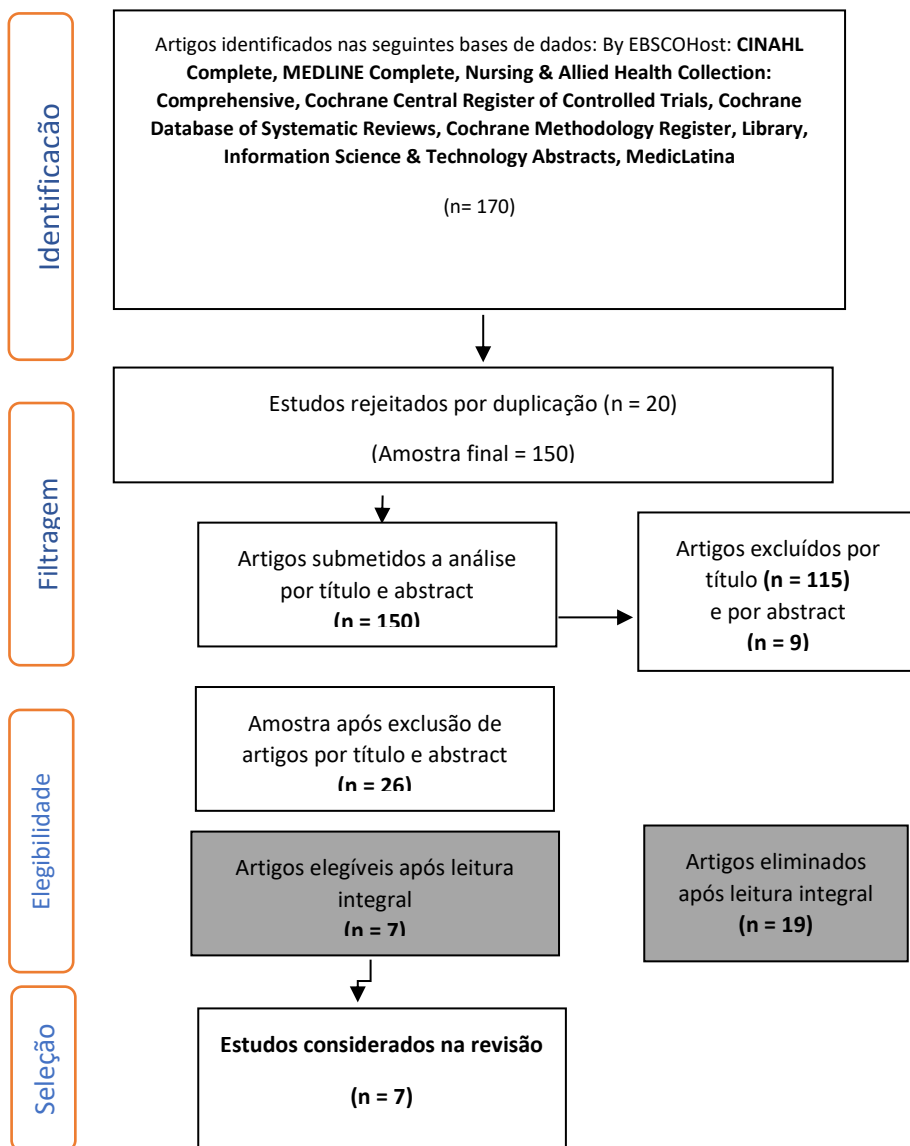
S (Pesquisa)	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	AB enfermeiros	2,150
S2	AB enfermagem	3,721
S3	AB vivências dos enfermeiros	1
S4	AB obstinação terapêutica	1
S5	AB distanásia	2
S6	AB cuidados intensivos* OR doente crítico*	928
S7	(AB cuidados intensivos* OR doente crítico*) AND (S1 OR S2 OR S3)	178
S8	((AB cuidados intensivos* OR doente crítico*) AND (S1 OR S2 OR S3)) AND (S2 OR S4 OR S6 OR S7)	177
S9	S1 OR S2 OR S3	4,669

S10	AB (S1 OR S2 OR S3) AND AB sofrimento AND AB cuidados intensivos	8
-----	--	---

**Nota:** Pesquisa efetuada através da EBSCOhost, na CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers (resultados obtidos: 8 artigos).

**APÊNDICE III: Fluxograma de seleção dos artigos para RSL**

**Figura 1:**



**Nota:** Fluxograma de seleção dos artigos para a RSL

**APÊNDICE IV:** Tabela de resultados dos estudos incluídos na RSL

<b>Autor/Ano/País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia/ Nível de evidência (JBI)</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais conclusões</b>
Álvarez-Embarba, B. González-Cervantes, S. González-Hervías, R. Luengo-González, R. Palacios-Ceña, D. Velarde-García, J. 2017 Espanha	Descrever as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em prestar cuidados de fim de vida ao doente crítico numa UCI	Estudo descritivo fenomenológico qualitativo 4.c	22 enfermeiros pertencentes a 4 UCI's de 1 hospital publico	Necessidade de mais formação e treino sobre cuidados em fim de vida;  Dificuldades académicas-culturais: implementação de protocolos e diretrizes que orientem esses cuidados ao doente crítico; melhorar entendimento e aceitação da morte  Dificuldades estruturais-arquitetónicas: reorganização da UCI por forma a providenciar um ambiente favorável a cuidados em fim de vida ao doente crítico e apoio familiar
Alrshoud, M. Salameh, O. Sharour L. Subih M. 2019 Jordânia	Explorar os obstáculos em prestar cuidados em fim de vida e a perspetiva dos enfermeiros	Estudo exploratório transversal 4.c	163 enfermeiros de de UCI's de diferentes hospitais privados e públicos	Falta de tempo por parte dos enfermeiros para prestar cuidados de fim de vida;  Falta de concordância dos médicos sobre o objetivo de cuidados;  Dificuldade por não aceitação por parte da família que o doente está a morrer;  Inexistência de um familiar de referência para receber toda a informação;
Ibrahim, M. Mani, Z. 2017 Arábia Saudita	Explorar as perceções dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de	Estudo exploratório descritivo misto 4.c	87 enfermeiros de UCI	Preocupação sentida pelos enfermeiros não serem envolvidos no processo de cuidados de fim de vida; sentem que não são tratados como profissionais

	cuidados de fim de vida na UCI			<p>detentores de conhecimentos;</p> <p>Existência de vários médicos com várias opiniões no processo de cuidados de fim de vida na UCI;</p> <p>Falta de práticas standardizadas na UCI na gestão de doentes em fim de vida;</p> <p>Preocupação pela não aceitação por parte da família acerca do prognóstico reservado do doente;</p> <p>Dificuldade em gerir emoções dos familiares do doente em fim de vida na UCI;</p>
Seiffert, C. Freitas, K. Monteiro, G. Vasconcelos, E. 2020 Brasil	Descrever as perceções da equipa de enfermagem da UCI face à morte e ao processo de morrer e as implicações que tem nos cuidados de enfermagem	Estudo descritivo qualitativo 4.d	9 técnicos de enfermagem de 1 UCI  6 enfermeiros de 1 UCI	<p>Os profissionais de saúde têm de começar a aceitar a morte e o processo de morrer na UCI – educação e formação</p> <p>Os cuidados de enfermagem não são prestados ou não são proporcionais ao prognóstico do doente</p> <p>Cuidados de enfermagem a incidir mais na dimensão comunicacional; empatia, afeto, compromisso</p> <p>Sentimentos negativos face à morte na UCI: impotência, medo, frustração e sentimentos de culpa</p>
Cinar, Z. Karagozoglu, S. Ozden, D. Ozveren, H. Yildirim, G. 2019 Turquia	Determinar a validade e confiabilidade do instrumento usado para avaliar as atitudes dos enfermeiros	Estudo exploratório quantitativo 4.c	315 enfermeiros de UCI de 7 hospitais universitários	Os enfermeiros vivenciam dilemas éticos por dificuldade em sustentar a vida vs manter a qualidade de vida

	perante a futilidade terapêutica na UCI			
Lage, I. Macedo, E. Silva, R. 2018 Portugal	Explorar e descrever a experiência da morte e do morrer vivida pelos enfermeiros numa UCI e compreender o significado que lhe atribuem	Estudo exploratório descritivo qualitativo 4.d	25 enfermeiros de uma UCI de um hospital público	<p>Dificuldade sentida pelos enfermeiros na aceitação da morte nomeadamente em doentes mais jovens;</p> <p>Sufrimento familiar exige aos enfermeiros competências de comunicação – maior sobrecarga emocional sentida pelos enfermeiros;</p> <p>Preocupação em minorar o desconforto, sofrimento e dor apesar de ser mais evidente uma perspetiva curativa do que paliativa;</p> <p>Promoção da família presente no momento da morte; dificuldades sentidas na promoção da privacidade; Decisão de suspensão de medidas unilateral e exclusivamente médica provoca conflitos internos nos enfermeiros e maior dificuldade no relacionamento e colaboração entre equipas;</p> <p>Necessidades: -equilíbrio psicológico dos profissionais; -atendimento familiar personalizado e humanizado; -trabalho de equipa eficaz; -formação sobre a morte, comunicação de más notícias e gestão do luto</p>
Coventry, T. Hynes, L. Russel, K. 2020 Austrália	Investigar as perceções dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre as	Estudo descritivo Misto 4.c	105 enfermeiros de UCI	Enfermeiros sentem um conflito moral em relação ao tratamento instituído ao doente, e por isso limitam a comunicação com a família –

	barreiras que impedem a prestação de cuidados de fim de vida na UCI			risco de isolamento dos enfermeiros
--	---	--	--	-------------------------------------

**APÊNDICE V – Bundles para a prevenção da Pneumonia associada à Ventilação (PAV)**

## Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Invasiva

**Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H<sub>2</sub>O**

**Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação**

(titular ao mínimo necessário ao tratamento e documentar em processo clínico)

**Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação**

(definir plano diário de desmame/extubação; registrar em processo clínico)

**“Feixe de Intervenções” de prevenção da Pneumonia associada à ventilação Mecânica**

**Realizar higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 x dia após confirmação da pressão do cuff**

(mais de 48 horas em UCI; registrar em processo clínico)

**Manter cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitando momentos de posição supina**  
(registrar em processo clínico)

**Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes**

**APÊNDICE VI – Questionário sobre as “Vivências dos Enfermeiros face à obstinação terapêutica no doente em Cuidados Intensivos”.**

## Questionário

Exmo (a) Sr (a)  
Prezado(a) Participante

Caro (a) Enfermeiro (a)

Sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, e estou a realizar um estudo intitulado **“Vivências dos Enfermeiros face à obstinação terapêutica no doente em Cuidados Intensivos”**.

Entende-se por obstinação terapêutica o recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes associados. Aliado a isto, todos os recursos tecnológicos, materiais e todo o paradigma da Medicina Intensiva está direcionada para o objetivo curativo, havendo dificuldade por vezes em decidir suspender as medidas instituídas que de alguma forma podem ser úteis para o doente.

Deste modo, a Enfermagem tem neste paradigma uma intervenção importante e complementar na tomada de decisão, pelo que serve o presente estudo para identificar as vivências - experiências e sentimentos, que os Enfermeiros apresentam perante um doente cujo estado deixa de ser crítico e de carácter curativo e passa a ser paliativo, e quais as estratégias que podem ser desenvolvidas pelos Enfermeiros para partilhar a sua perspectiva, junto da restante equipa multidisciplinar.

Com o objetivo de conhecer a sua vivência face à obstinação terapêutica no doente em Cuidados Intensivos, solicito que responda a este questionário que é anónimo e confidencial. A previsão para a duração do preenchimento do formulário é de aproximadamente 10 minutos.

Os dados pessoais recolhidos serão utilizados apenas na realização do estudo e em publicações com ele relacionado, mantendo o anonimato. A sua identidade nunca será revelada ou registada, uma vez que o formulário será identificado por recurso a códigos numéricos. Os dados pessoais recolhidos serão sujeitos a tratamento estatístico em base de dados, com acesso limitado ao grupo de Investigação, e armazenados durante o período estritamente necessário ao seu tratamento e posteriormente serão eliminados.

Caso aceite em participar no estudo, e se não necessitar de nenhum esclarecimento adicional, necessitamos que leia atentamente o termo de consentimento pós-informado e formalize a sua participação com a respetiva assinatura.

Grata desde já pela sua disponibilidade,  
Atenciosamente,  
Catarina Branco

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante), fui informado (a) sobre os objetivos do estudo acima mencionado, tendo me sido disponibilizado tempo suficiente para decidir sobre a minha participação ou não no estudo.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(Assinatura do Participante)

**1. Sexo:**

Masculino   
Feminino

**2. Idade:**

< 29 anos   
30 – 39   
40 – 49   
> 50

**3. Há quantos anos é Enfermeiro(a)?**

< 5 anos   
5-10 anos   
10 – 15 anos   
> 15 anos

**4. Há quantos anos trabalha no Serviço de Medicina Intensiva?**

< 5 anos   
5-10 anos   
10 – 15 anos   
> 15 anos

**5. Habilitações Literárias/Acadêmicas:**

Licenciatura   
Mestrado   
Douturamento   
Curso de Formação Pós-Graduado

**6. Qual a função profissional que exerce na atualidade?**

Enfermeiro Generalista   
Enfermeiro Especialista   
Gestor ou em funções de Gestão

**7. Desde que trabalha nesta unidade já vivenciou alguma situação na qual considera que houve obstinação terapêutica?**

Sim   
Não

Se sim qual (ais)?

---

---

---

**8. Quais as razões que considera existir para situações de obstinação terapêutica nesta unidade?**

---

---

---

---

**9. Que sentimentos/emoções experienciou nessas situações de obstinação terapêutica?**

---

---

---

---

**10. Tem conhecimento de protocolos de fim de vida existentes nesta unidade?**

Sim

Não

**11. Que medida(s) de obstinação terapêutica considera mais prevalentes nesta unidade?**

---

---

---

---

---

**12. Que estratégias considera pertinentes abordar/ implementar no serviço para que estas situações possam ser mais facilmente geridas?**

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE VII – Resultados do estudo exploratório**

**Título:** Vivências experienciadas pelos enfermeiros face à obstinação terapêutica nos cuidados prestados ao doente internado em cuidados intensivos.

**Metodologia:** Após a realização de uma RSL (capítulo 1 do presente relatório), realizei o desenho do estudo que pretendia desenvolver. Defini como objetivo: Conhecer as vivências experienciadas pelos enfermeiros face à obstinação terapêutica nos cuidados ao doente crítico internado na UCI.

Foi realizado um estudo exploratório com análise mista a fim conhecer as vivências experienciadas pelos enfermeiros face à obstinação terapêutica nos cuidados ao doente crítico internado na UCI, numa unidade de cuidados intensivos de um hospital público da região de Lisboa. Trata-se de uma amostragem intencional, tendo como critérios de inclusão todos os enfermeiros da unidade quer em funções de gestão quer na prestação de cuidados ao doente.

Como método de recolha de dados, optou-se pela aplicação de um questionário com respostas fechadas e abertas. Numa primeira fase foi realizado o pré-teste junto do Enfermeiro Chefe da UCI a fim de obter a sua validação quanto ao conteúdo bem como a autorização para a aplicação. Após esta fase foram entregues 50 questionários em envelope fechado a uma Enfermeira gestora da UCI, que entregou pessoalmente aos elementos da equipa de enfermagem. Foi garantida a gestão de dados fornecidos apenas para o presente estudo, assim como o anonimato dos mesmos e requisitado o devido consentimento informado. Os questionários são constituídos inicialmente por uma breve apresentação, explicação do estudo, pertinência, objetivos e finalidade. A estrutura do questionário consistia em 2 questões referentes à caracterização da amostra (dados demográficos), 4 questões referentes à experiência profissional e tempo de serviço e as restantes 6 questões abertas relacionavam-se com situações nas quais se considerou ter existido obstinação terapêutica e qual o motivo, sentimentos/emoções relacionados, existência e conhecimento de protocolos de fim de vida na unidade, práticas de obstinação terapêutica mais recorrentes e medidas/estratégias pertinentes para gerir essas práticas na UCI.

O preenchimento destes questionários por parte da equipa de enfermagem foi realizado na unidade após o término do turno e entregue diretamente à Enfermeira responsável pela sua distribuição e recolha.

Previamente à entrega dos questionários a fim de cumprir todas as diligências éticas relacionadas com o estudo, foi requerida a devida autorização ao Conselho de Administração e o parecer da Comissão de Ética da instituição, tendo tido parecer favorável comunicado via telefone pela Enfermeira Adjunta da Direção. Após recolha dos questionários, foi realizada a transcrição dos mesmos, tendo sido procedido ao tratamento dos dados quantitativos segundo o SPSS e dos dados qualitativos segundo a análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** Dos 50 questionários entregues, foram preenchidos e devolvidos 19. A maior parte dos participantes (84%) são do sexo feminino e 16% do sexo masculino, sendo que 37% encontra-se na faixa etária inferior a 29 anos e entre os 40-49 anos; 16% entre os 30-39 anos; 10% com idade superior a 50 anos. Segundo os dados a maioria dos enfermeiros da unidade apresenta experiência profissional superior a 15 anos, cerca de 42%; 32% exerce a profissão entre 5 a 10 anos; 16% tem uma experiência profissional inferior a 5 anos e 10% entre 10 a 15 anos. Relativamente ao tempo de serviço na unidade, os dados obtidos revelam que a maioria está na unidade há menos de 5 anos, (47%); 37% trabalha na unidade há mais de 15 anos; 11% entre 10 a 15 anos e a minoria, cerca de 5% está na unidade entre 5 a 10 anos. Quanto às habilitações literárias, a maioria da amostra tem apenas a licenciatura (48%); 26% apresentam grau de mestrado; 21% tem curso de pós-graduação e 5% apresenta pós-licenciatura.

Em relação à função exercida na atualidade, a maior parte da equipa trabalha na prestação de cuidados na unidade como enfermeiro generalista, cerca de 63%; 32% prestam cuidados como enfermeiro especialista; 5% exercem funções de gestão de equipa e cuidados como enfermeiro especialista. Relativamente à questão sobre situações já vivenciadas de obstinação terapêutica na unidade a maioria dos participantes respondeu que sim, cerca de 73%; 16% respondeu que não experienciou estas situações no serviço e cerca de 11% não respondeu a esta pergunta (desconhecidas as razões). Quanto à questão referente aos protocolos de fim de vida na unidade, 53% dos enfermeiros desconhece a sua existência no serviço; 42% têm conhecimento da sua existência e cerca de 5% não respondeu à questão.

#### **A) Situações de obstinação terapêutica em UCI**

Relativamente à questão “Desde que trabalha nesta unidade qual(ais) as situações vivenciadas na (s) qual (ais) considera que houve OT?”, e de acordo com as respostas dos participantes foi possível agrupar 2 categorias: **a) Práticas de priorização de cura**, a qual corresponde aos cuidados identificados pelos participantes com objetivo de cura e que engloba por isso 2 subcategorias: *a.1) Terapêuticas de suporte de órgão* e *a.2) Procedimentos invasivos/atos cirúrgicos* e **b) Práticas do prolongamento do sofrimento**.

Inserido na categoria **a) Práticas de priorização de cura**, e relativa à subcategoria *a.1) Terapêuticas de suporte de órgão*, os participantes especificaram como situações de OT o prolongamento do tempo de ventilação e a manutenção de suporte vasopressor apesar da irreversibilidade clínica da situação do doente (E2); dois participantes referiram a implementação de técnica dialítica num doente com clínica de choque e com doença irreversível (E6; E15) e a situação de um doente em fim de vida (E15); outras situações identificadas são a administração de hemoderivados em doentes em fim de vida (E15) e instituição de novas medidas terapêuticas apesar do prognóstico (E8). Na segunda subcategoria, relativa aos *a.2) Procedimentos invasivos/atos cirúrgicos*, foram referidas pelos participantes intervenções cirúrgicas fúteis e desnecessárias sem considerar o estado final ou a sobrevivência do doente (E1; E14); o facto do doente com diagnóstico de patologia cirúrgica com diversas complicações associadas e comorbilidades ser submetido a diversas intervenções invasivas (E13); a existência de técnicas invasivas fúteis (E15) e a implementação de mecanismos invasivos de modo a evitar a morte do doente apesar do prognóstico reservado (E10).

Na categoria **b) Práticas do prolongamento do sofrimento**, foram identificadas as seguintes: a insistência na manutenção de cuidados apesar da irreversibilidade (E7); o encarniçamento terapêutico em situações de mau prognóstico (E8); os tratamentos realizados em doentes em fim de vida que se mostram mais nocivos do que a própria doença e sem utilidade/benefício imediato no doente paliativo (E16); a realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários para o doente (E15); o prolongamento do sofrimento do doente e família havendo percepção do enfermeiro que o *outcome* naquela situação não irá ser favorável (E17); a insistência em medidas médicas fúteis em casos de irreversibilidade clínica durante vários dias até concordância de todos os elementos da equipa médica

(E18); a admissão tardia do doente na unidade para realização de tratamentos fúteis (E19); medidas de manutenção da vida, para evitar o confronto dos profissionais com a morte nas situações de doenças terminais (E10).

### **B) Razões identificadas para a existência de situações de obstinação terapêutica nesta unidade**

Na questão “Quais as razões que considera existir para situações de OT nesta unidade?”, as narrativas dos participantes foram agrupadas de acordo com **a) Contexto** e **b) Equipa Multidisciplinar**.

Na categoria **a) Contexto**, foram identificadas 3 subcategorias: *a.1) o modelo de cuidados tecnicista*; *a.2) os critérios de admissão*; e *a.3) as necessidades de investigação*. Na primeira subcategoria *a.1) o modelo de cuidados tecnicista* quatro participantes identificaram a intencionalidade curativa da UCI como razão para a prática obstinada (E2; E3; E6; E10); um participante identifica o modelo biomédico como modelo implementado (E3); outro refere-se à necessidade de objetividade médica (E14). Há evidência da necessidade de introdução de novas técnicas e medicação “inovadora” (E19) bem como se encontram razões que se ligam ao facto da UCI ser um meio altamente tecnológico (E2; E10). Na subcategoria referente a *a.2) os critérios de admissão*, foi identificado o facto de os doentes serem aceites já sem grande hipótese curativa (E3), bem como a idade avançada do doente que é admitido na UCI (E5). Na subcategoria *a.3) as necessidades de investigação*, as respostas centram-se na necessidade de estudo das situações patológicas (E7; E8; E13) e na necessidade de procura de evidência científica para efeitos curriculares (E8).

Na categoria **b) Equipa Multidisciplinar**, foi possível agrupar as respostas dos participantes em 2 subcategorias, relacionadas com *b.1) aspetos de tomada de decisão* e *b.2) aspetos psico emocionais*. Para os participantes, as razões da OT dentro da equipa multidisciplinar relacionam-se com os *b.1) aspetos de tomada de decisão* relativamente: à necessidade de consenso multidisciplinar antes do protocolo de Fim de Vida (E6); à falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar (E15; E17); à falta de comunicação com a família (E15); à avaliação insuficiente da situação do doente (E15; E16); à discordância entre a equipa para a suspensão de medidas de suporte vital (E5; E17); e à compartimentação das

várias especialidades a observar a mesma pessoa (E2). Relacionado com *b.2) aspetos psico emocionais*, identificou-se a curiosidade clínica (E7; E13); a dificuldade em assumir a morte dos doentes (E10); a falta de sensibilidade (E12); a falta de empatia (E12; E13); a falta de compaixão pelo doente (E12); a imaturidade profissional (E13); a insegurança do corpo clínico (E15).

### **C) Sentimentos/ emoções experienciadas nas situações de OT**

Relativamente à questão “Que sentimentos/emoções experienciou nessas situações de OT?”, os participantes identificaram como sentimentos/ emoções experienciadas nas situações de OT: a impotência (E2; E3; E5; E7; E12; E13; E15) e reconhecimento da mesma (E8; E14); a tristeza (E2; E6); a futilidade relativamente aos cuidados prestados (E3; E14; E17; E19); a revolta (E6; E14; E17; E19); a desumanidade (E7; E12; E13; E19); a frustração (E7; E8; E15; E18); o desrespeito (E8); a raiva (E10); a insegurança (E12; E13); a desvalorização (E15); e a angústia (E16).

### **D) Medida(s) de obstinação terapêutica mais prevalentes na UCI**

Quanto à interrogação “Que medida(s) de OT considera mais prevalentes nesta unidade?”, emergiram medidas que se agruparam em duas categorias: **a) Procedimentos invasivos** e **b) Terapêutica Instituída**.

Na categoria **a) Procedimentos invasivos**, foram identificadas 4 subcategorias: *a.1) Ventilação mecânica invasiva*; *a.2) Meios complementares de diagnóstico e tratamento*; *a.3) Técnica dialítica*; *a.4) Intervenção Cirúrgica*. Relativamente aos procedimentos invasivos foi referida a *a.1) Ventilação mecânica invasiva*, como prolongamento da vida (E2) e a entubação orotraqueal por ser inútil e sem benefício para o doente (E3). Quanto aos *a.2) Meios complementares de diagnóstico e tratamento*, houve referência ao excesso de exames complementares de diagnóstico (E19), à existência de pedidos constantes de meios de diagnóstico e tratamentos invasivos para prolongamento da vida (E2;E12;E13); e ao estudo analítico e cultural para diagnóstico muitas vezes excessivo e inútil na situação atual do doente (E3). No contexto da vivência do enfermeiro, *a.3) Técnica dialítica* é referida apenas por um participante como um procedimento invasivo frequente de OT. A *a.4) Intervenção Cirúrgica* constitui ainda outro dos procedimentos

invasivos de resolução de problemas "imediatos" (E5; E14). No relato dos participantes é notório a existência de excesso de técnicas invasivas (E19).

No que concerne à **b) Terapêutica Instituída**, emergiram 3 subcategorias: *b.1) Dispositivos*; *b.2) Medidas vasopressoras*; *b.3) outras medidas farmacológicas*. No âmbito dos *b.1) Dispositivos*, as medidas de OT relacionam-se com a sua colocação (E7; E8; E12; E13), e a sua manutenção (E10). Nas *b.2) Medidas vasopressoras* englobou-se a utilização de vasopressores em doses elevadas aquando da irreversibilidade do quadro (E2); a manutenção drogas vasoativas (E5; E6); o incremento de aminas (E15; E18); e o incremento de noradrenalina "acima de 400 mcg num doente em Fim de Vida" (E16). Na última subcategoria, *b.3) outras medidas farmacológicas* incluiu-se a antibioterapia (E6; E15); a incrementação da terapêutica (E7; E8; E15); a medicação excessiva (E13) e a administração de hemoderivados (E15). Inserida nesta categoria, um participante reconheceu todas as medidas (excluindo as medidas de conforto) que são realizadas a esses doentes" (E18) como medida(s) de OT.

#### **E) Estratégias de gestão de obstinação terapêutica**

Na questão "Que estratégias considera pertinentes abordar/implementar no serviço para que estas situações possam ser mais facilmente geridas?", desocultaram-se as estratégias e agruparam-se em 2 categorias: **a) Contexto** e **b) Equipa multidisciplinar**.

Relacionadas com **a) Contexto**, foram identificadas estratégias relativas *a.1) Criação de protocolos*; *a.2) Formação*; e *a.3) Avaliação do doente*. No que diz respeito à *a.1) Criação de protocolos* surgiram o desenvolvimento de um protocolo de Fim de Vida (E2; E5; E15; E19) e a definição de normas de atuação no processo de cuidado de Fim de Vida (E12). Na *a.2) Formação* sobressai a necessidade de partilha informal de experiências (E8); a necessidade de formação estruturada e continuada sobre a temática (E8; E10; E12; E13); a necessidade de reorganização do plano de formação (E18); a apresentação de casos para melhorar a atuação futura (E7); a existência de reuniões mensais para discussão de casos (E18); e os momentos de partilha/*debriefing* de situações anteriores (E17). A *a.3) Avaliação do doente* encontrou sentido neste estudo no que diz respeito à definição de critérios

de admissão (E3); à avaliação criteriosa do doente antes de ser aceite no serviço (E3); e à avaliação multidisciplinar do doente (E4).

No que diz respeito à **b) Equipa multidisciplinar**, os participantes deste estudo deram importância à *b.1) Comunicação* e à *b.2) Tomada de decisão*. Na subcategoria *b.1) Comunicação*, considerou-se ser necessário a existência de momentos de discussão multidisciplinar [onde se inclui a equipa de enfermagem] (E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17); bem como, a importância de uma comunicação interdisciplinar mais efetiva (E2; E18) e a comunicação com a família (E15).

**APÊNDICE VIII - Norma de atuação em casos de urgência/emergência na UHD**

### OBJETIVOS

- Uniformizar procedimentos de atuação em casos de urgência/emergência identificadas pela equipa de Hospitalização Domiciliária;
- Dar resposta a situações de descompensação da patologia de base ou outras patologias dos utentes internados na Unidade de Hospitalização Domiciliária;
- Abordar e estabilizar situações agudas numa primeira fase, atuando coordenadamente com meios de emergência

### ABORDAGEM E INTERVENÇÃO EM CASO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS AGUDAS

- A equipa de Hospitalização Domiciliária pode identificar situações de sintomatologia aguda de novo ou descompensação da patologia de base, através da visita domiciliária ou monitorização telefónica.
- Em caso de situação clínica crítica do utente internado na UHD durante a visita domiciliária e com médico da equipa da UHD presente, após abordagem clínica e intervenções dirigidas à estabilização da situação aguda, deverá ser o médico da UHD a contactar 112 nomeadamente o médico regulador do CODU. Caso seja possível, devem ser coordenadas as intervenções ou procedimentos com protocolos de atuação do INEM (até chegada de meio de emergência diferenciado).
- Caso a situação seja sinalizada pelo próprio utente/familiar/cuidador através de contacto telefónico, o enfermeiro deverá contactar o médico da UHD. Caso este esteja

ou não presente (de prevenção) deverá ser o médico da equipa a avaliar a situação presencialmente através de visita domiciliária.

- Caso o enfermeiro esteja sozinho e após contactar o médico da UHD, a abordagem da situação crítica do utente deverá ser coordenada com médico regulador do CODU e o enfermeiro que se encontra na casa do utente.
- Para intervir de forma mais sistematizada e por forma a dar uma resposta rápida e dirigida importa a existência de uma mala de urgência/emergência na carga da UHD.
- Esta mala de urgência deverá sair sempre com a equipa nas visitas domiciliárias aos utentes, bem como o eletrocardiógrafo e o cilindro de oxigénio (cheio).

### **CONSTITUIÇÃO DA MALA DE URGÊNCIA**

- A mala de urgência deverá estar organizada por compartimentos laváveis, impermeáveis e segundo sistemas de atuação, nomeadamente: sistema circulatório (material de punção venosa; soros; seringas; agulhas; obturadores), sistema respiratório (dispositivos de oxigenoterapia; sondas de aspiração; medicação broncodilatadora), sistema neurológico (escala de NIHSS – Anexo 3)
- O material específico assim como os seus níveis consta no Anexo 1
- Para além do material referido nesta mala, deve constar um compartimento com medicação de urgência, a qual está especificada na tabela da medicação (Anexo 2).

## **VERIFICAÇÃO E CHECKLIST DA MALA**

- A verificação (estado, níveis e prazos de validade) do material e da medicação e sua checklist deverá ser realizado mensalmente na folha para esse fim (Anexo 1).
- Sempre que a mala for utilizada deverá ser reposta assim que possível pela equipa de enfermagem da UHD.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Grupo de trabalho coordenador, 2019. Projeto de implementação da HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NO CHULN, Lisboa.
- <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/hospitalizacao-domiciliaria-no-sns/>
- <https://www.yumpu.com/pt/document/view/12871307/execute-os-itens-da-escala-de-avc-na-ordem-nih-stroke-scale>

**APÊNDICE IX - Checklist da Mala de Urgência**



**APÊNDICE X – Lista de medicação de urgência**



**APÊNDICE XI – Requerimento à Direção de Enfermagem**

Exma. Senhora Enfermeira Diretora do

Eu, Ana Catarina Jesus Nunes Branco com cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros nº 66129, na qualidade de mestranda do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, a realizar estágio

venho solicitar a V. Ex. autorização para realizar um estudo com o objetivo de “Conhecer as Vivências dos Enfermeiros face à obstinação terapêutica no Doente em Cuidados Intensivos”, integrado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório.

Como tal, vimos solicitar autorização para a aplicação de um questionário (Apêndice) aos enfermeiros do referido serviço.

Desde já agradecemos a atenção dispensada, sendo que, nos encontramos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Catarina Jesus Nunes Branco

Lisboa, 27 de Outubro de 2022

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Autorização da Direção de Enfermagem**



### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **ANA CATARINA JESUS NUNES BRANCO**, Enfermeira, realizou no âmbito da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente do Doente Crítico, um questionário aplicável aos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de [ ] relacionado com o tema: "Vivências dos Enfermeiros face à Obstinação Terapêutica no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos", tendo obtido parecer favorável da Direção de Enfermagem em 2022, somente para fins de apresentação do relatório.

Para uma possível publicação informamos que terá de ser remetido o processo à Comissão de Ética da [ ]

[ ] 15 de fevereiro de 2024

[ ]  
?/ A Enfermeira Diretora  
Enfermeira Adjunta  
[ ]

SERVIÇO DE  
Direção de Enfermagem - GFIE

**ANEXO III** – Fotografia da Sra. Ana quando viu pela 1ª vez a sua bebé no Serviço de Medicina Intensiva; 1º levante e ida à rua da Sra. Ana.

