



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA – UM CONTRIBUTO PARA MELHORES CUIDADOS

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

Por
Marta Monteiro dos Santos

Porto – março de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**ENFERMAGEM ESPECIALIZADA – UM CONTRIBUTO
PARA MELHORES CUIDADOS**

**SPECIALIZED NURSING - A CONTRIBUTION TO
IMPROVING CARE**

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

Por
Marta Monteiro dos Santos

Sob a orientação da Prof^ª. Doutora Amélia Ferreira

Porto – março de 2025

RESUMO

O presente relatório realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola de Enfermagem do Porto, da Universidade Católica Portuguesa contempla uma abordagem holística deste percurso da especialidade que culmina na aquisição de competências nesta área. Os contextos de estágio sucederam-se numa unidade de cuidados intermédios polivalentes e numa unidade de cuidados intensivos, no período compreendido entre 2 de setembro de 2024 a 18 de dezembro de 2024.

Este documento apresenta a seguinte estrutura: 1) introdução; 2) um contributo para o desenvolvimento de competências para o cuidado especializado; 3) caracterização dos contextos da prática; 4) o desenvolvimento de competências especializadas; 5) análise SWOT e 6) conclusão. O objetivo da inclusão destes capítulos prende-se com a realização de uma análise crítico-reflexiva sobre as vivências experienciadas em contexto de estágio.

A realização destes estágios contribuíram para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família, mais concretamente, ao nível de competências comunicacionais, gestão e prestação de cuidados ao doente crítico, gestão de recursos humanos e materiais, bem como, a importância da dignidade humana e o cumprimento das suas vontades. Deste modo, após desenvolver competências neste âmbito, fui capaz de promover uma prestação de cuidados segura e especializada e, através da realização de uma revisão integrativa da literatura sobre as diretivas antecipadas de vontade, aumentei os meus conhecimentos e partilhei-os com as equipas envolvidas.

O presente relatório permitiu ainda consolidar e analisar criticamente, de uma forma mais detalhada, todos os desafios com que me deparei e as oportunidades de melhoria. Através deste documento, transmiti o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica e o atingimento com sucesso dos objetivos a que me propus inicialmente.

Palavras-chave: Competências; Cuidados de Enfermagem; Doente Crítico; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This report, carried out as part of the Master's Degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Critically Ill Person, from Porto Nursing School of the Catholic University of Portugal, takes a holistic approach to this specialty course, culminating in the acquisition of skills in this area. The internship contexts took place in a multipurpose intermediate care unit and an intensive care unit, between September 2, 2024 and December 18, 2024.

This document has the following structure: 1) introduction; 2) a contribution to the development of competences for specialized care; 3) characterization of the contexts of practice; 4) the development of specialized competences; 5) SWOT analysis and 6) conclusion. The aim of including these chapters is to carry out a critical-reflective analysis of the experiences gained during the internship.

The internships contributed to the development of skills in the provision of care to critically ill people and their families, specifically in terms of communication skills, management and provision of care to critically ill people, management of human and material resources, as well as the importance of human dignity and compliance with their wishes. Therefore, after developing skills in this area, I was able to promote safe and specialized care and, by carrying out an integrative literature review on advance directives, I increased my knowledge and shared it with the teams involved.

This report has also allowed me to consolidate and critically analyze, in more detail, all the challenges I faced and the opportunities for improvement. Through this document, I have described my journey of acquiring and developing skills in the area of people in critical situations and the successful achievement of the objectives I had initially set myself.

Keywords: Competences; Nursing Care; Critical Patient; Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à minha mãe por, desde muito cedo, ser uma força da natureza e me demonstrar o verdadeiro significado de amor e sentido de resiliência.

Ao meu pai, onde quer que ele esteja, por ser a minha estrela guia e me orientar, nas nossas conversas intimistas, o caminho certo a seguir. Este sonho também é teu.

Ao P., por ser o amor da minha vida, pelo apoio absoluto, pela paciência demonstrada e por desculpar todas as minhas ausências prolongadas. Juntos, continuaremos a construir o futuro com que sempre sonhamos.

À minha restante família, por acreditarem sempre em mim e no meu valor.

Aos meus amigos, por serem o meu porto seguro e por estarem sempre lá.

Aos meus colegas de trabalho, pela enorme ajuda, incentivo e compreensão.

À Professora Doutora A. F., pela sua orientação com rigor, pela transmissão e partilha de conhecimentos, pela sua infinita disponibilidade e tolerância.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIPAP – *Bilevel Positive Airway Pressure*

BIS – *Bispectral Index*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEG – Eletroencefalograma

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

LRA – Lesão Renal Aguda

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OT – Orientação Tutorial

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: ANÁLISE SWOT PESSOAL	53
--------------------------------------	----

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. CONTRIBUTO PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	21
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	25
3.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTE	25
3.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	27
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	30
4.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	31
4.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	35
4.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	40
4.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	44
5. ANÁLISE SWOT	53
6. CONCLUSÃO.....	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICE I - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	62
APÊNDICE II - DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	90

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado de “enfermagem especializada – um contributo para melhores cuidados”, insere-se no plano de estudos do 17º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório tem como objetivos apresentar as competências adquiridas e desenvolvidas na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” e servir de documento de avaliação para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, como ainda, refletir o desenvolvimento de competências especializadas numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP) e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), aprofundar temáticas vivenciadas e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, à luz do Regulamento publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Ao longo do percurso académico tive a oportunidade de frequentar três contextos distintos: 1) Serviço de Urgência (SU); 2) Unidade Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP) e 3) Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O estágio do SU, decorreu no 1º ano do Curso de Mestrado, no período de 6 de maio de 2024 a 13 de julho de 2024, perfazendo um total de 180h de contato no âmbito da Unidade Curricular – A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica. O estágio da UCIP, decorreu no período de 2 de setembro de 2024 a 23 de outubro de 2024, perfazendo um total de 180h de contato nesse contexto. O estágio da UCI decorreu de 24 de outubro de 2024 a 18 de dezembro de 2024, num total de 180h de contato. A UC “Estágio Final e Relatório” prevista no plano de estudos, apresenta uma carga horária total de 840 horas, sendo que destas, 360 horas de estágio destes últimos dois contextos, 20h de orientação tutorial (OT), 20h de seminário e 440h de trabalho individual – correspondem a um total de 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

Para o cumprimento da carga horária estabelecida pela Universidade Católica, foi-me atribuído um enfermeiro tutor em cada serviço pelo qual passei, sendo que tive de seguir

o seu horário, fornecido pela instituição, cumprindo assim a carga horária de cada contexto. Quer os enfermeiros tutores nos serviços, quer o professor orientador da Universidade Católica, desempenharam papéis fundamentais para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional, nunca me deixaram desmotivar, apesar do cansaço que foi surgindo, e foram sempre capazes de enaltecer as vantagens da formação acadêmica, cada vez mais especializada, bem como, a importância da análise crítico-reflexiva ajustada a cada contexto.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.8648), *“O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”*

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são considerados cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua, prevenindo complicações ou limitando incapacidades das vítimas. Ao enfermeiro especialista espera-se que mobilize o seu conhecimento e técnicas para responder com prontidão e de forma holística, dando assim resposta à complexidade das situações e aos seus respetivos intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prática de enfermagem ao doente crítico exige capacidade de antecipação, intuição e sensibilidade, aliada a uma prática baseada na evidência científica, bem como, um juízo crítico bem fundamentado e seguro. Não devendo ficar para segundo plano, uma humanização dos cuidados, o que implica rigor e uma individualização na prestação de cuidados, como também, um esforço pelo cumprimento dos valores e crenças de cada doente.

A realização deste Mestrado surge como um objetivo pessoal de aquisição e mobilização de conhecimentos, competências e habilidades na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica, a qual representa uma área de bastante interesse

para mim, como ainda a nível profissional se torna muito enriquecedor. Diariamente estou exposta a doentes em contexto de pós-operatório imediato de diferentes especialidades cirúrgicas que, por vezes, requerem uma vigilância mais apertada e que não estão dispensados de complicações *major*. Dado ao contato regular com cirurgias das especialidades Cardiorácica e Neurocirurgia, bem como, a minha proximidade com estes doentes em contexto de enfermaria, achei interessante em conseguir aumentar os níveis de cuidados e vigilâncias.

Quanto à escolha do local de estágio do SU, este pretendeu-se com a experiência positiva que tivera previamente num estágio realizado na licenciatura nesta mesma instituição, assim como, a diversificação da aprendizagem e o contato com múltiplas especialidades. Neste contexto, como existe a possibilidade de contactar com um grupo alargado de doentes, com diversos diagnósticos e diversas especialidades, a oportunidade de mobilizar diferentes conhecimentos técnico-científicos e explorar novas temáticas suscitou-me imensa curiosidade. Para além de que, logisticamente, se encontrar relativamente de fácil acesso ao meu local de trabalho, o que traduziu numa melhor gestão de tempo/horário.

Relativamente à escolha do contexto da UCIP, tive em consideração um serviço igualmente abrangente que me oferecesse diversas oportunidades de crescimento e que fosse um serviço polivalente, mas maduro, que contasse com uma equipa sénior e já historicamente com alguns anos de existência, no sentido de, aumentar o meu leque de conhecimentos na área da pessoa em situação crítica.

Quanto ao último estágio, realizado na UCI, optei por ter uma experiência dentro da minha instituição. Isto porque, como já conheço o nível de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, motivou-me a querer vivenciar de perto e querer compreender o trajeto dos doentes que diariamente chegam até ao meu serviço.

Estruturalmente, além da presente introdução, o trabalho contempla quatro capítulos: um contributo para o desenvolvimento de competências especializadas, a caracterização dos locais de estágio, o desenvolvimento de competências e uma breve análise *Strengths*,

Weaknesses, Opportunities e Threats (SWOT) avaliando a *performance* pessoal. Por último, surge a conclusão de modo a somatizar todas as competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas no decorrer deste percurso, bem como, as estratégias implementadas para colmatar as mesmas.

A elaboração do presente documento teve por base a utilização de uma metodologia essencialmente crítico-reflexiva e descritiva, uma vez que, faço referência às experiências vivenciadas em contexto de estágio, demonstro todas as competências e conhecimentos adquiridos em ambos os contextos, bem como, abordo o conjunto de competências inerentes ao enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica.

No que concerne à organização lógica e concetual, esta é orientada pelo documento fornecido pela regente da UC, como também, cumpro com as normas preconizadas pela 7^a edição das Normas *American Psychological Association* (APA, 2020).

2. CONTRIBUTO PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O processo de aquisição de competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, iniciou-se pela passagem pelo contexto de urgência e emergência relativo ao 1º ano de Mestrado e à Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”.

Através deste capítulo, irá surgir uma breve reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de competências neste primeiro contexto de estágio e qual o seu contributo para a realização dos estágios seguintes.

O serviço de urgência (SU) habitualmente é visto como o primeiro contacto com os serviços de saúde das pessoas com patologia aguda. Os cuidados de saúde prestados neste ambiente de urgência são multidisciplinares e é reconhecido que a performance da equipa é crucial para a prestação de cuidados em segurança (Brazão et. al, 2016).

O desenvolvimento de competências especializadas em contexto de urgência e emergência teve lugar numa instituição de saúde da região norte com um serviço de urgência médico-cirúrgica nível II, isto é, considerado um apoio diferenciado ao serviço de urgência básica e, caso existam situações que careçam de cuidados mais diferenciados ou apoio de outras especialidades, devem ser referenciados para serviços de urgência polivalente. Este SU tem a obrigatoriedade de ter pelo menos as seguintes especialidades: medicina interna; pediatria; cirurgia geral; ortopedia; anestesiologia; imuno-hemoterapia; bloco operatório (em permanência); imagiologia (assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada) e patologia clínica (em permanência) (Ministério da Saúde, 2014).

Relativamente à equipa de enfermagem, o serviço de urgência conta com 93 enfermeiros, nomeadamente, 1 enfermeiro-gestor, 2 enfermeiras de referência e 13 elementos especialistas na área de Médico-Cirúrgica que também desempenham a

função de coordenadores de equipas. Os coordenadores de equipa habitualmente são os responsáveis pela sala de emergência do serviço por apresentarem mais anos de experiência e uma maior senioridade na equipa à qual pertencem.

No SU, mais especificamente, numa sala de emergência (SE), a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é uma constante e necessita de uma abordagem rigorosa, sistemática e um domínio de abordagens de atuação, protocolos e algoritmos de atuação implementados na área. O enfermeiro que presta cuidados na SE deve reunir um amplo conhecimento e competências no que diz respeito ao domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão (recursos materiais e humanos, quer de situações de exceção) e ainda a procura pelos cuidados de excelência e a prevenção de complicações (Martins, 2013).

A SE é uma área particularmente exigente e é caracterizada por acolher pessoas em situação crítica por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. Por toda a sua complexidade, regularmente, os enfermeiros especialistas assumem no SU a liderança da equipa pelo seu reconhecimento de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão nos diferentes domínios presentes nesta área de especialidade, o que justifica a sua alocação à SE (Martins, 2013).

Ao longo do estágio, de modo a obter um maior conhecimento teórico e técnico nesta área, privilegiei o contexto de SE, uma vez que, através da realização prévia do projeto de estágio da Universidade, autopropus-me a dominar a metodologia ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*), participar em situações de ressuscitação cardiopulmonar e ainda, identificar ritmos cardíacos desfibrilháveis e não desfibrilháveis.

Relativamente ao domínio da metodologia ABCDE, foi para mim o objetivo mais desafiante deste estágio. Inicialmente, tive de sistematizar todo o conteúdo lecionado em contexto de sala de aula e aprofundar ainda mais conhecimentos nesta área, dado à grande diversidade de admissões na SE. Durante este período, foi-me possível contactar com doentes com quadros de bradicardia, dispneia, vítimas politraumatizadas e ainda,

via verde de AVC (Acidente Vascular Cerebral). Apesar dos diferentes diagnósticos encontrados, a minha avaliação ao doente crítico centrou-se sempre na metodologia ABCDE. É a nomenclatura mais reconhecida internacionalmente que permite priorizar as intervenções, identificando e corrigindo, as situações e características que colocavam o doente em risco imediato de vida. Neste sentido, a equipa de enfermagem deve fazer uma avaliação sistemática, pois esta será necessária na priorização dos cuidados emergentes que uma vítima possa necessitar (Sequeira et. al, 2020).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2010), a metodologia de intervenção deve ser efetuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas com o propósito de uma rápida identificação e correção das anomalias encontradas. É necessário ainda dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida no que diz respeito ao suporte científico e experiência. Deve existir liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão.

Por fim, no que concerne aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, são *“cuidados altamente qualificados prestados de uma 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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017 p.10).

Relativamente às experiências vivenciadas em contexto de emergência e urgência, posso assumir que a minha passagem por este contexto foi repleta de boas oportunidades. Para além de ter realizado bastantes turnos na SE, o que me deu bastante autonomia no que diz respeito à receção de uma pessoa em situação crítica, à estabilização da vítima, abordagem com a equipa multidisciplinar, comunicação com a família da vítima e, ainda o próprio registo informático de todas as informações clínicas, nomeadamente, a realização das notas de enfermagem, segundo a metodologia ABCDE. Posto isto, fui, igualmente, capaz de realizar transportes intra-hospitalar para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e ainda,

presenciar várias transferências de nível de cuidados dentro do mesmo hospital, o que me alertou para a reflexão no que diz respeito à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Por fim, podemos assumir que o SU é um contexto exigente e imprevisível, ao qual somos colocados constantemente à prova. Existe uma diversidade enorme quanto aos diagnósticos, como também, em relação ao perfil dos doentes aos quais prestamos cuidados. Inicialmente foram sentidas algumas dificuldades, tais como, a gestão de prioridades e a afluência de doentes, fruto da inexperiência, contudo, o caminho foi-se desenvolvendo em parceria com os enfermeiros tutores e a professora orientadora. Esta lacuna foi transformada em oportunidade, isto porque, através do aprofundamento do conhecimento na área, com recurso à evidência científica, enriqueci a minha prática, a minha tomada de decisão e aprimorei a minha responsabilidade ético-deontológica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua respetiva família. Em suma, os objetivos previamente definidos por mim no início deste estágio, foram atingidos com sucesso e permitiram-me adquirir competências especializadas e avançadas na área.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

Para a aquisição de competências numa área de especialidade, torna-se essencial a realização de estágios em diferentes contextos, permitindo desta forma que o estudante vivencie diferentes experiências e, deste modo, inicie um processo reflexivo sobre as práticas desenvolvidas. É através deste período que possibilitámos a aquisição de novos conhecimentos e competências que contribuem para o desenvolvimento profissional e pessoal do estudante enquanto futuro enfermeiro especialista.

Neste capítulo pretende-se concretizar uma breve contextualização de cada um dos locais de estágio, isto é, conhecer a sua estrutura física, organizacional e funcional, assim como, os seus recursos materiais e humanos. Este objetivo foi incluído no meu projeto pessoal da UC – Estágio Final e Relatório.

3.1 Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

O desenvolvimento de competências em contexto da prática clínica decorreu numa UCIP integrada num hospital público na região do Norte do país. Esta unidade é integrada no Departamento de Medicina e foi criada em maio de 2011. Um dos objetivos principais desta unidade prende-se com a sua disponibilidade e experiência, em determinadas situações clínicas, para acompanhar pessoas que requerem métodos e intensidade de tratamento ou vigilância mais elevados do que os praticados em unidades menos diferenciadas, tal como, o exemplo de uma enfermeira de cuidados gerais.

Estruturalmente, esta unidade integra um espaço próprio com um conjunto de 13 camas, incluindo todo o equipamento necessário e recursos humanos associados. Dispõem igualmente de dispositivos de monitorização eletrocardiográfica, oximetria pulsátil, temperatura, frequência respiratória, pressões não invasivas e invasivas. O equipamento de monitorização encontra-se ligado a uma central para registos de dados, com possibilidade de visualização e análise de eventos presenciados ou não presenciados, considerados potencialmente graves, e ainda a própria evolução do doente no que diz

respeito aos parâmetros vitais. Este equipamento permite ainda a deslocação do doente sob vigilância contínua, dentro ou fora do serviço de origem.

A unidade dispõe ainda de 1 armazenamento próprio de equipamento para Ventilação Não Invasiva (VNI) e para perfusão de fármacos, bem como, consumíveis com acesso rápido em situações de emergência. Adicionalmente, apresenta 1 sala de reuniões onde diariamente é realizada uma discussão multidisciplinar dos doentes internados com a presença da enfermeira gestora e da diretora do serviço. Igualmente, é composta por 1 gabinete da enfermeira gestora, 1 gabinete da diretora do serviço, 2 salas para a equipa médica, 2 copas para os profissionais e ainda 1 gabinete de secretariado.

Quanto aos recursos humanos, a unidade é organizada, de acordo com o organigrama do serviço, por uma equipa médica de especialistas de medicina interna; enfermagem; técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos.

Ao nível da equipa de enfermagem trata-se de uma equipa de 28 elementos que se encontra distribuída pelas 24 horas e cujo horário é rotativo. O rácio de enfermeiros por turno é normalmente de 4 enfermeiros de manhã, 4 à tarde e 4 à noite. Toda a equipa dispõe de treino adequado permitindo a combinação adequada de conhecimentos, aptidões e experiência, de modo, a garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e uma segurança na prestação de cuidados.

Relativamente aos enfermeiros especialistas dentro da equipa, a área de especialização de Médico-Cirúrgica destaca-se por apresentar o maior número de elementos (4). Deste grupo faz parte a enfermeira-gestora, o elemento de referência do serviço e ainda 2 elementos da equipa de cuidados diretos. Seguidamente, a especialidade de Enfermagem de Reabilitação apresenta 2 elementos que integram uma equipa especializada, ao qual prestam cuidados aos doentes todas as manhãs e tardes de segunda-feira a sábado. Na restante equipa, contamos com 1 elemento com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 2 elementos com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Atualmente, mais 3

elementos encontram-se em processo de formação para obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

No que diz respeito ao foro dos doentes que passam por este contexto são essencialmente do foro cardíaco, nomeadamente o Síndrome Coronária Aguda (SCA), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), algumas arritmias e ainda Edema Agudo do Pulmão (EAP). A maioria destas pessoas vêm transferidos do serviço de urgência deste mesmo hospital, dos internamentos após um agravamento do seu estado clínico ou podendo ainda ser referenciados por outras unidades de saúde.

Relativamente às outras áreas médicas podemos mencionar o choque séptico, AVC, Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e ainda a Lesão Renal Aguda (LRA). Apesar destes diagnósticos médicos serem habituais neste contexto, a UCIP sendo uma unidade polivalente apresenta o compromisso de assumir doentes de qualquer especialidade garantindo a máxima segurança e uma diferenciação dos cuidados prestados.

3.2 Unidade de Cuidados Intensivos

O desenvolvimento de competências em contexto de cuidados intensivos decorreu numa instituição de saúde privada na região do Norte do país com um serviço de cuidados intermédios e cuidados intensivos polivalentes. Este serviço caracteriza-se por ser uma unidade de cuidados polivalente, com camas de nível II e III e por isso, com níveis de cuidados mistos. Nomeadamente, as camas de nível II, vulgarmente designadas por intermédias, destinam-se a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica. Quanto às camas de nível III, isto é, usualmente designadas por intensivistas devem ser reservadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais potencialmente ameaçadoras da vida (Paiva et al., 2016).

Uma unidade de cuidados intensivos é caracterizada por uma estrutura hospitalar complexa com capacidade de manter uma monitorização contínua, pelo que, têm condições para admitir doentes potencialmente graves ou com descompensação de um

ou mais sistemas orgânicos, sendo que, o suporte e tratamento tenham possibilidade de recuperar o doente (Sequeira et. al, 2020).

O objetivo em destaque desta unidade prende-se com a disponibilidade, em determinadas situações clínicas, métodos e intensidade de tratamento ou vigilâncias mais elevadas que os praticados em unidades menos diferenciadas. De modo a garantir a segurança clínica, as equipas apresentam uma constituição mínima de: um médico com experiência em cuidados intensivos; dois enfermeiros, um dos quais com experiência em cuidados intensivos e um técnico auxiliar de saúde.

Quanto à sua infraestrutura e equipamentos, a unidade possui seis espaços para alocação de pessoas em espaço aberto (da unidade 1 à unidade 6) e seis unidades fechadas denominadas *boxes* (da unidade 7 à unidade 12). A unidade 12 é única que possui controlo de pressões negativas ou positivas e é regularmente destinada para esse fim. O serviço encontra-se sustentado ainda por setores de apoio, nomeadamente: dois armazéns de material e reposição de *stock*, vestiários masculino e feminino, três gabinetes clínicos (gabinete do enfermeiro gestor, gabinete do médico de permanência e um gabinete de enfermagem habitualmente utilizado para as passagens de turno entre a equipa), copa para refeições, sala de sujos, rouparia, sala de apoio aos acompanhantes (designada a “*sala das más notícias*”) e, por fim, a sala de espera para visitas. Cada unidade do doente tem ao seu dispor uma cama articulada elétrica, materiais e equipamentos necessários para ambos os níveis de cuidados, nomeadamente, monitorização eletrocardiográfica, oximetria pulsátil, temperatura, frequência respiratória, pressões não invasivas e invasivas, 4 máquinas infusoras (duas seringas e duas bombas) e ainda calha elétrica com debitómetro de oxigénio, ar comprimido, aspiração por vácuo e pontos de energia.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, a unidade conta com uma equipa de 19 enfermeiros. Dentro desta equipa apenas existem 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A equipa conta com elementos que colaboram neste serviço desde a sua abertura, em 2010. O horário é rotativo e distribuído pelas 24 horas. O rácio de

enfermeiros por turno é normalmente de 4 enfermeiros de manhã, 4 à tarde e 4 à noite, sendo que, por vezes, dependendo do nível de cuidados dos doentes internados pode existir a possibilidade de deixar um elemento extra de apoio ao serviço.

Relativamente ao contato com a pessoa em situação crítica, a experiência nesta unidade foi extremamente positiva, isto porque, para além de estar familiarizada com a instituição e o seu modo de funcionamento, a oportunidade e a diversidade de cuidados especializados era grande, para além, do leque de patologia dos doentes internados.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros,

“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” (Diário da República, 2019 p. 4744).

Considera-se o conceito de competência como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma determinada pessoa numa determinada situação, dentro do seu contexto profissional. Este requer a seleção, mobilização e transferência de conhecimentos, informações e predisposições, como também, os procedimentos e técnicas, os recursos e habilidades, considerando as aprendizagens pessoais, a formação educacional e a experiência profissional (Amaral et. al, 2020).

No que diz respeito à enfermagem, a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e como estas lhe são ensinadas. Todo o processo de aquisição de competências considera-se complexo, pelo que, requer que o profissional saiba desenvolver um conjunto de intervenções técnicas e que estas sejam acompanhadas pelo suporte teórico e com juízo crítico, de modo, a capacitar a recolha e análise da informação e, posteriormente, a sua tomada de decisão consciente (Amaral et. al, 2020).

Nesse sentido, foi desenvolvido um Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que considera que existem quatro domínios de competências primordiais, nomeadamente: 1) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; 2) Domínio da melhoria contínua da qualidade; 3) Domínio da gestão dos cuidados e 4) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Como tal, as competências comuns são: “competências 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” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Segundo o Diário da República (2018, p. 19362) a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Deste modo, o enfermeiro assume um papel de detetor de riscos, minimizador e assume o compromisso de solucionar todos os problemas reais identificados.

Considerando o enfermeiro especialista, um profissional a quem se reconhece aptidões acrescidas, nomeadamente no domínio científico, técnico e humano, este possui um conhecimento vasto para que possa prestar cuidados de saúde especializados na sua área.

As competências esperadas para um enfermeiro especialista detêm um regulamento próprio para cada área de especialidade. Assim sendo, no caso particular de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, assumem o cuidar da pessoa e família/cuidador a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas concertadas em situações de emergência, exceção e catástrofe e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos (Diário da República, 2018).

4.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como, garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Diário da República, 2019).

Atualmente, os direitos fundamentais como a dignidade e o respeito pela pessoa são essenciais para promover cuidados de qualidade, dado à transição saúde-doença e toda a

envolvência da mesma. A literatura reconhece a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa dando relevância a um cuidado guiado por um agir equitativo, responsável, centrado em “promover, defender e preservar a dignidade da pessoa”, como também “a afirmação da autonomia para escolher os seus projetos de vida” (Bacalhau, 2014).

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem,

“a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções (...) Deve-se entender que o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o caráter único e a dignidade da pessoa envolvida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.39).

Posto isto, torna-se imperativo que as considerações éticas do cuidar e que os princípios, valores e normas deontológicas sejam consideradas e refletidas no processo de prestação de cuidados e na tomada de decisão. Neste sentido, houve desde muito cedo a oportunidade de aprimorar este domínio, uma vez que, fui confrontada com tomadas de decisões sobre situações complexas, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica nos diversos contextos.

Na abordagem à pessoa em situação crítica, respeitar uma situação frágil em que o doente se encontra, o processo que a sua família está a vivenciar, passa por considerar a sua integridade, a sua privacidade, valorizar as diversas formas de comunicar e zelar pelas suas preferências e valores. Durante o período de estágio e, pelos contextos aos quais passei, algumas situações que vivenciei deixaram-me mais refletiva e desperta para esta temática.

No que respeita à privacidade e intimidade da pessoa em contexto de UCIP e UCI, verifiquei, por parte de toda a equipa, um cuidado extremo neste domínio. A nível estrutural, ambos os serviços, tinham a capacidade de garantir a privacidade das pessoas, pelas *boxes* individuais e pela existência de cortinas em todas as unidades.

Mais concretamente, na prestação dos cuidados de higiene, a privacidade e a intimidade das pessoas, destacaram-se igualmente como um foco de atenção dos enfermeiros e da restante equipa.

Relativamente, ao seu conforto e bem-estar ao longo do turno e, não só, aquando os cuidados de higiene devo destacar o papel do enfermeiro especialista. Uma vez que

“os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Diário da República, 2018, p.19363).

Paralelamente, ainda em contexto de estágio, deparei-me com uma situação muito particular: uma pessoa proveniente do serviço de urgência para a unidade de cuidados intermédios para vigilância após o procedimento de implantação de pacemaker. Apesar do procedimento ter decorrido sem intercorrências, foi transferido para um serviço diferenciado para aumentar os níveis de vigilâncias e cuidados, na sua primeira abordagem com a equipa, este refere apresentar um testamento vital e apela no sentido de cumprir com as suas vontades e direitos expressos nesse documento. A equipa de enfermagem deste serviço mostrou-se surpresa por nunca ter sido abordada de uma forma tão direta e, igualmente, mencionaram ter alguns défices de conhecimento neste tema.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são designadas como a primeira ferramenta legal para expressar formalmente a vontade relativa aos cuidados de saúde e, desta forma, para aumentar a probabilidade de que essa vontade seja respeitada pelos profissionais de saúde (Bandeira, M).

As DAV podem assumir duas modalidades que não se excluem entre si – o testamento vital e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde.

O testamento vital é um documento escrito no qual uma pessoa

“manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Diário da República, 2012).

Quanto ao procurador de cuidados de saúde, é feito através de um documento ao qual lhe é atribuído, à pessoa que foi nomeada, poderes para tomar decisões em questões relacionadas com a saúde da pessoa quando esta se encontre nas condições anteriores. Desta forma, o procurador garante a vontade do representado de acordo com os seus valores e objetivos.

Em serviços tais como, um serviço de urgências ou um serviço de cuidados intensivos, ao qual a pessoa nem sempre apresenta uma total integridade da sua capacidade física e mental para ser confrontado com situações de elevada complexidade e, aliando-se, o uso de fármacos que, por sua vez, podem provocar alterações do seu estado de consciência e, por isso, influenciar a sua tomada de decisão. Neste sentido e, porque muitas das vezes as pessoas não conseguem exprimir a sua vontade em tempo útil, enquanto equipa diferenciada, devemos reconhecer a importância de saber qual a sua vontade prévia ou até se existe formalmente um documento escrito sob a forma de testamento vital.

Quando abordamos a mobilização dos conhecimentos, nomeadamente os teóricos e técnicos, não nos podemos negligenciar os comportamentos inerentes ao doente enquanto pessoa humana e detentor da sua dignidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.08-09), *“a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”*.

Por isso, todo o cuidado prestado deve ser, dentro do possível, o mais humanizado e de uma perspetiva holística sobre a pessoa.

4.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

De modo a dar resposta ao domínio da melhoria contínua da qualidade, estabeleci como objetivo específico garantir cuidados de qualidade na área da pessoa em situação crítica. Ao longo de toda a minha prática clínica, adotei uma postura crítica-reflexiva e apresentei-me sempre disponível para adquirir novas competências, baseando-me na mais recente evidência científica.

Com base no Diário da República (2019), o enfermeiro especialista deve assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte na sua área de especialidade, deve reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua, como ainda, deve garantir um ambiente terapêutico e seguro.

A elaboração de normas e/ou protocolos de atuação bem definidas e de acordo com a evidência mais recente, representa um papel fundamental no diz respeito às boas práticas de cuidados. Estes documentos garantem uma prática segura e melhoram a prestação de cuidados, isto porque, existe uma uniformidade nos cuidados prestados pelos profissionais (Magalhães, 2017).

Os locais de estágio por onde passei, denotei um cuidado pelos profissionais aquando uma integração de um estudante ou de um profissional em partilhar a localização destes documentos de modo a que este seja interpretado, questionado e cumprido de modo a garantir uma uniformização dos cuidados, como previamente foi abordado.

Do ponto de vista da Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade constam na tomada de decisão com base na evidência, isto é, o enfermeiro deve incorporar os resultados da sua investigação na sua prática, englobando os princípios humanistas, tendo sempre como base, que bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes, o que desta forma contribui para elevados níveis de satisfação dos doentes.

No que diz respeito à reflexão sobre a qualidade de cuidados e a procura por conhecimento baseado na evidência, estes sempre foram as minhas linhas orientadoras no decorrer dos estágios, procurei identificar práticas de qualidade e, por outro lado, identifiquei algumas lacunas sobre a segurança do doente e a continuidade dos cuidados. Devo salientar ainda que os serviços pelos quais contatei, reforçaram e destacaram a importância de estudantes, nomeadamente, os estudantes do curso de Mestrado, uma vez que, com uma visão mais especializada sobre as temáticas existentes são essenciais no que concerne à atualização ou reformulação das normas e/ou protocolos.

Aliado ao processo de tutoria, os enfermeiros destes contextos constituem grupos de trabalho, responsáveis por rever a prática em uso no serviço, identificar as necessidades mais comuns da equipa, auditar cuidados e processos fechados e, formar a equipa de acordo com as temáticas identificadas. Alguns destes elementos destacam-se ainda por contribuir na investigação em enfermagem, uma vez que, publicam trabalhos realizados na sua prática clínica.

Estes trabalhos científicos, bem como, protocolos por norma traduzem-se numa boa avaliação de desempenho, o que, numa perspetiva construtiva, motiva o profissional, a equipa e produzem-se ferramentas para cuidados de qualidade. Por outro lado, depois de uma vez criados, estes trabalhos requerem auditorias, ou seja, é necessário monitorizar e avaliar a sua estratégia, desenvolver correções e, seguidamente, atualizar os documentos com as devidas correções e formar novamente a equipa. Todo este processo é repetido.

Outra das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados diz respeito à prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em todos os contextos, uma questão sobre a qual destaquei a minha abordagem foram as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). As IACS são um grave

problema de saúde pública, ao qual, resultam de efeitos adversos dos cuidados e contribuem para o aumento da mortalidade e morbilidade, dos custos económicos, sobretudo pelo aumento de dias de internamento, aumento dos gastos com antimicrobianos e das complicações, nomeadamente, do aumento do estado de dependência do doente. Para além da qualidade de vida do doente, a qualidade de vida dos seus familiares também é afetada (Gonçalves et.al, 2022).

Devemos ainda mencionar que as IACS são infeções que não estavam presentes ou em incubação na altura da admissão e engloba as infeções que se manifestam após a alta da unidade de cuidados. Pela literatura, podemos assumir que muitas destas infeções são evitáveis.

Os enfermeiros desempenham um papel de destaque no que diz respeito à gestão e controlo das IACS, nomeadamente, através da adoção de medidas como a higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual (Direção-Geral da Saúde, 2017).

No contexto da UCIP, foi possível identificar algumas lacunas na prática de higienização das mãos. Embora houvesse uma preocupação evidente com esta questão, verificaram-se falhas no cumprimento dos momentos críticos para a sua realização. Além disso, os produtos disponibilizados para a higiene das mãos nem sempre eram os mais adequados, comprometendo a eficácia da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Estima-se que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das IACS. É consensual que uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes é o contato (direto ou indireto) através das mãos. Na sua grande maioria, os profissionais de saúde são a principal fonte para a transmissão de microrganismos da pele do doente e/ou para locais do seu corpo que sejam habitualmente considerados estéreis, assim como, o seu ambiente envolvente (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Considera-se que as mãos dos enfermeiros são progressivamente colonizadas durante os cuidados aos doentes. Consequentemente, a não adesão a uma adequada higiene das mãos aumenta proporcionalmente o risco de transmissão de microorganismos ao longo do tempo de contacto. Por conseguinte, para uma maior eficácia na redução de infeção associada aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde devem orientar-se pela normativa de uma correta lavagem das mãos e o modelo dos “5 momentos” (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os profissionais de saúde devem higienizar as mãos de acordo com o modelo adotado de “5 momentos”, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é necessária a higiene das mãos na prática clínica. De modo a facilitar a compreensão, utilizam os 5 momentos para a higiene das mãos, nomeadamente: antes do contacto com o doente; antes de um procedimento limpo/assético; após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Existem ainda outras indicações para a higiene das mãos: quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos; antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos; antes da manipulação e/ou preparação de alimentos; antes da colocação de luvas; imediatamente após a remoção de luvas; preparação pré-cirúrgica das mãos e após utilização das instalações sanitárias (Direção-Geral da Saúde, 2019).

É necessário destacar que existem 3 tipos de higienização das mãos, isto é: a técnica com água e sabão comum ou antimicrobiano – esta técnica aplica-se às situações em que as mãos se encontram visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados aos doentes; a fricção antisséptica (aplicação de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) – esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/asséticos, como na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados e não pode ser usada em mãos visivelmente sujas, como também, a lavagem através desta técnica deve durar entre 20 a 30 segundos. Por fim, a lavagem

para preparação pré-cirúrgica das mãos, consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, para que seja eliminada toda a flora transitória e que se reduza significativamente a flora residente. Esta técnica engloba a lavagem das mãos e antebraços (até 5 cm acima do cotovelo) e tem uma duração de 2 a 5 minutos – são normalmente implantadas várias medidas gerais para esta técnica, por exemplo: retirar joias e adornos das mãos e antebraços e ainda é proibido utilizar unhas artificiais ou extensores (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Como estratégia para maximizar a adesão dos profissionais de saúde ao cumprimento das normativas da lavagem das mãos, devemos incluir auditorias às equipas e que os resultados destas auditorias sejam partilhados de modo claro e transparente à equipa, para que, os profissionais sejam envolvidos e tenham oportunidade de refletir acerca da sua prática. Outra estratégia possível prende-se com ações de sensibilização, podendo solicitar aos profissionais, a avaliação sobre os produtos em uso nos seus serviços e ainda a parceria deste elementos, quanto à divulgação dos dados das investigações realizadas no sentido de reforçar uma prática clínica baseada em sólidos padrões de conhecimento.

Em suma, podemos afirmar que a higienização das mãos é um pilar fundamental para os cuidados de saúde e esta deve ser uma temática de especial interesse para os enfermeiros pela pertinência da higienização das mãos na prevenção da transmissão de IACS e pela segurança dos doentes que recorrem aos serviços de saúde. Esta prática é reconhecida como uma prática simples, mas altamente eficaz. Contudo, a sua implementação continua a ser um dos desafios da prática. É necessário apostar na formação contínua em controlo de infeção, na realização de auditorias regulares e outras estratégias que promovam a consciencialização dos profissionais, uma vez que, são os profissionais de saúde os elementos cruciais nos processos de prevenção, deteção e controlo destas infeções. Por fim, a higiene das mãos não deve ser encarada como um ato isolado, mas como uma responsabilidade coletivas das equipas de saúde, refletindo o compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

4.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Para a aquisição de competências neste domínio, estabeleci como objetivo específico compreender e participar no processo de gestão do serviço no que diz respeito aos recursos humanos e recursos físicos.

Segundo Diário da República (2018), o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional. O enfermeiro gestor é um profissional que detém conhecimento e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem como também, no domínio da gestão. Assume um papel fundamental no processo de cultura de inovação, planeamento, segurança e qualidade dos cuidados, conferindo assim, um valor económico à organização e um valor social aos enfermeiros. Deve igualmente ser um elemento promotor da motivação e do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, assumindo sempre uma atitude relacional efetiva e transparente. Garante uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de ganhos em saúde.

Paralelamente, o enfermeiro especialista é detentor de competências no domínio da gestão de cuidados. Adicionalmente às competências específicas da sua área, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade de tarefas delegadas. Isto é, detém a responsabilidade de adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade de cuidados. Mais concretamente, implementa métodos de organização do trabalho adequados, pode ainda assumir a coordenação da equipa de prestação de cuidados, como também, negocia os recursos adequados e disponíveis para uma prestação de cuidados de qualidade, de forma eficiente (Diário da República, 2019).

Os cuidados de enfermagem são avaliados quer pelos ganhos em saúde, quer pelos recursos utilizados para os obter. Desde modo, a gestão desenvolvida pelo enfermeiro

especialista é de extrema relevância para se seja cumprido com um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Em ambos os contextos de estágio, tive a oportunidade de realizar turnos e acompanhar enfermeiros que exercem funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados, isto é, além dos enfermeiros gestores, também os enfermeiros de referência desempenham funções no âmbito da gestão.

O modelo de enfermeiro de referência adotado nos dois contextos prevê que este elemento desempenhe funções de coordenação da equipa de enfermagem e do serviço, com o apoio e parceria do enfermeiro gestor.

Habitualmente, este elemento para além da gestão dos recursos materiais, nomeadamente, pedidos de reparação/substituição de equipamentos, articulação com a farmácia para atualização de *stocks* (fármacos, estupefacientes ou materiais de penso), reuniões com a equipa multidisciplinar para atualizações dos protocolos instituídos, como ainda, colabora com a equipa de enfermagem e participa nas visitas médicas ao serviço. Contudo, nem sempre este elemento fica fora dos cuidados, o que, a meu ver, acaba por influenciar a restante equipa de uma forma menos positiva. Do que observei, verifiquei que os elementos das equipas, dentro dos dois contextos, se sentem mais seguros e acompanhados quando o elemento de referência é capaz de desempenhar a sua função, isto porque, apresenta competências dirigidas à gestão e coordenação do serviço e equipa. Assim sendo, com um elemento destacado para essas funções, a restante equipa é capaz de se dedicar aos doentes e respetivas famílias, otimizando assim os cuidados que lhe são prestados.

No que diz respeito às características do enfermeiro de referência, este deverá apresentar um perfil diferenciador, isto é, as suas competências interpessoais destacam-se positivamente de modo a criar um bom relacionamento com toda a equipa. Adicionalmente, o seu espírito de equipa e de liderança tornam-se determinantes para desempenhar o seu papel e função e, ainda, para que haja um reconhecimento dos pares.

Aquando a ausência do elemento de referência e da chefia direta, habitualmente, os enfermeiros responsáveis de turno (nomeadamente, os elementos seniores e os elementos com maior diferenciação dentro da equipa) também assumem funções de gestão e coordenação do serviço. Os períodos em que estas exceções se tornam regra são particularmente aos fins-de-semana e durante o turno da noite.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros tutores que, por sua vez, também desempenhavam o papel de responsável de turno. O responsável de turno, nestes contextos, assumia um menor rácio enfermeiro-doente pelas tarefas acrescidas que tinha de cumprir até ao final do seu turno, nomeadamente, efetuar o registo e verificação dos estupefacientes, assim como, o registo da vigilância epidemiológica.

Adicionalmente, fui-me apercebendo que no contexto de UCIP utilizava-se a escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, denominada por *Nursing Activities Score* (NAS). Os enfermeiros tinham por hábito, uma vez por turno, preencherem a escala relativa aos doentes que tinham atribuídos. O NAS é uma ferramenta de avaliação que foi desenvolvida a partir do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS)-28 e tem como objetivo descrever a carga de trabalho das atividades de enfermagem e atribuir-lhes pontuações, de modo a que, a pontuação final descreva o tempo médio consumido ao invés da gravidade da doença. A aplicação desta escala torna-se relevante para justificar o rácio enfermeiro-doente, uma vez que, o excesso de carga de trabalho nestas unidades pode interferir e penalizar a qualidade do serviço prestado aos doentes em situação crítica e respetiva família (Severino et al., 2010).

Em contexto de UCI, os enfermeiros presentes em cada turno, também procedem ao preenchimento da escala NAS. Paralelamente a isso, após uma mudança recente do diretor de serviço, os rácios enfermeiros-doentes podem ficar bloqueados. Isto é, após uma conversa com o diretor de serviço, compreendi que a sua maior preocupação nesta fase é a segurança e por isso, poderá haver situações em que terá de bloquear as admissões na unidade se a sua equipa não cumprir com uma dotação segura. Segundo a Direção Geral da Saúde (2011), a segurança entende-se como o grau de redução do

risco de uma intervenção e do risco no ambiente de prestação de cuidados para o doente e outras pessoas, nomeadamente a equipa de saúde.

No que diz respeito às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, mais concretamente, nas unidades de cuidados intensivos recomenda-se que na constituição das equipas das UCI, 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, em permanência nas 24 horas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A implementação de dotações seguras nos cuidados de enfermagem tem um impacto direto na organização institucional e na sua eficácia, uma vez que, engloba a segurança dos doentes, a gestão de recursos humanos e financeiros, a ocorrência de efeitos adversos e respetivas notificações, a promoção de saúde e ainda aborda os padrões de qualidade de desempenho e expectativa dos doentes, o que está relacionado com o bem-estar e satisfação dos profissionais envolvidos (Poeira et. al, 2018).

Segundo (Poeira et. al, 2018), as dotações seguras assumem-se como a disponibilidade, em qualquer momento, de uma quantidade apropriada de profissionais dotados de elevados níveis de competências, capazes de colmatar as necessidades de cuidados dos doentes, o que, desta forma, através destas condições de trabalho reduzimos o risco para o mínimo de existência de eventos adversos.

As dotações seguras em enfermagem, para além de serem importantes para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e para a segurança dos próprios doentes, estão relacionadas com a satisfação dos doentes e dos profissionais. A satisfação profissional tem impacto tanto a nível individual de cada trabalhador, como no coletivo influenciando assim a produtividade da organização. Desta forma, existindo profissionais satisfeitos dentro da organização, estes geram sucesso para a mesma, uma vez que, a produtividade aumenta, os custos diminuem e conseqüentemente a organização ganha competitividade (Poeira et. al, 2018).

4.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para a realização de competências neste domínio, estabeleci quatro objetivos específicos. Primeiramente, autopropus-me a promover e a participar na formação em serviço, de modo a aumentar o conhecimento em áreas nunca antes trabalhadas por mim e, ainda permitir às equipas uma oportunidade de atualização de conhecimentos, de acordo com as necessidades formativas de cada contexto. O segundo objetivo abrangia em integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar, mais concretamente, com o enfermeiro especialista, na prestação de cuidados nos dois contextos de estágio. O terceiro objetivo consistia em desenvolver competências comunicacionais de modo a relacionar-me com a pessoa em situação crítica, com a família e com a equipa de profissionais de saúde. Por fim, o quarto objetivo compreendia em demonstrar capacidade de resposta perante situações inesperadas e complexas, uma vez que, faz parte das competências do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica na vertente à pessoa em situação crítica contactar com situações de emergências, exceção ou catástrofe e atuar adequadamente no que diz respeito ao planeamento e à sua resposta pronta e sistematizada.

Sendo a formação em serviço uma área obrigatória e indispensável em todos os contextos de saúde, tem como objetivo a melhoria dos conhecimentos e das competências dos profissionais de saúde para que estes atinjam a excelência no cuidar.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a investigação em enfermagem é essencial para o desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento em enfermagem. A investigação em enfermagem contribui para os cuidados seguros e promove o desenvolvimento profissional. Ainda defende que uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem.

Em todos os contextos de estágio, a formação em serviço é uma prática presente e essencial para o desenvolvimento do próprio estudante, como também, é promovido aos

pares uma prática baseada na evidência científica no contexto em que o estudante se encontra.

Uma das áreas em que detetei que existia uma lacuna no plano de formação foi precisamente o contributo do enfermeiro no cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) na pessoa em situação crítica.

Segundo (Barreto et. al 2020), cada pessoa é livre para decidir sobre os cuidados que deseja ou não receber, porém, quando não consegue manifestar essa vontade, pode recorrer a instruções dadas anteriormente, designadas por diretivas antecipadas de vontade.

Maioria dos profissionais considera que as DAV são uma forma de manifestar a vontade da pessoa em relação a cuidados e tratamentos futuros, constituindo-se assim, como uma mais-valia para o doente e uma ferramenta essencial de forma a proteger a autonomia, a liberdade e a dignidade do doente (Barreto et. al, 2020; Barreto et. al, 2023).

Paralelamente, os profissionais de saúde aconselham que a concretização das DAV deve ocorrer o mais cedo possível, na medida em que, os doentes estejam bem informados para decidirem sobre os seus cuidados futuros (Barreto et. al, 2023).

No estudo de Barreto e Capelas (2023, p.29-30), uma grande percentagem dos profissionais de saúde defende que os cuidados ou tratamentos solicitados pelos doentes que vão contra a consciência dos profissionais de saúde podem ser recusados implementar por esses, designando isso de objeção de consciência.

Através destes estudos e da exploração desta temática, foi possível constatar que existe uma insegurança na divulgação de informação sobre a situação clínica do doente e as Diretivas Antecipadas de Vontade pelos profissionais de saúde. Por fim, a investigação sobre as DAV é relevante, como forma de os profissionais de saúde alcançarem saberes para melhor agirem diante dos doentes.

A monitorização da pessoa em situação crítica constitui um recurso essencial no que diz respeito à prestação de cuidados, isto porque, permite à equipa de reconhecer precocemente complicações, possibilitando uma rápida intervenção e de forma ajustada, com o objetivo de prevenir complicações *major*. Nestes contextos é fundamental ter uma equipa madura com experiência e, se possível, especializada na área, visto que, torna-se essencial dominar o funcionamento dos diversos equipamentos, como também, devem conhecer e interpretar os parâmetros mensurados, para que, possam adequar os seus cuidados de enfermagem, de modo individualizado, criando a oportunidade de desenvolver um pensamento/juízo crítico juntamente com a equipa.

Um das temáticas que tive a oportunidade de contactar pela primeira vez foi a VNI, assim como, a Oxigenoterapia de Alto Fluxo (OAF). A VNI diz respeito ao suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos da via aérea (nomeadamente a entubação traqueal ou a traqueostomia) e pode ser utilizada em casos de doente com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Desta forma, possibilita uma maior autonomia e conforto ao doente (Mendes, 2015; Ferreira, et al., 2009).

A VNI atualmente encontra-se disponível em duas modalidades, isto é, CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) e BIPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*). Ambas funcionam através do fornecimento de pressão positiva, através da adaptação de uma interface ao doente e encontram-se conectadas a um ventilador, que emite um fluxo capaz de gerar pressão positiva na via aérea. Relativamente ao CPAP a pressão aplicada é a mesma em todo o ciclo respiratório e todas as respirações são espontâneas. No que diz respeito ao BIPAP, este fornece uma pressão positiva durante a inspiração que é maior do que a aplicada no momento da fase expiratória (Mendes, 2015).

Os principais objetivos da VNI passam pela diminuição do trabalho respiratório, a melhoria das trocas gasosas a nível alveolar e, ainda, das principais vantagens podemos destacar o facto de evitar a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e, diretamente, evitar os riscos associados à mesma e ainda as suas infeções inerentes.

Contudo, a VNI também apresenta complicações associadas ao seu uso, sendo estas *minor* comparativamente à VMI. Estas incluem irritação ocular, úlceras de pressão (associadas à interface), distensão gástrica com possível desencadeamento do reflexo de vômito, alterações hemodinâmicas e ainda, retenção de secreções na sua base pela *secura* das mucosas (Mendes, 2015).

Relativamente à OAF, é uma estratégia incluída no suporte ventilatório não invasivo em doentes com insuficiência respiratória com indicação de primeira linha, em situações de pneumonia, e como estratégia para o desmame ventilatório. O circuito da OAF é constituído pelos seguintes elementos: uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar, humidificador, um circuito inspiratório aquecido e cânulas nasais próprias (Pires et. al, 2018).

Esta estratégia permite melhorar a oxigenação por gerar uma pressão positiva na via aérea, pela diminuição do espaço morto anatómico e pelo eficiente *washout* de dióxido de carbono. No que diz respeito à humidificação e o aquecimento do ar inalado, este torna-se vantajoso porque minimiza de forma significativa a *secura* das mucosas, a hemorragia nasal, a cefaleia, o desconforto torácico e a tosse (Pires et. al, 2018).

Podemos destacar ainda que existe uma boa adesão do doente à técnica, visto que, a estratégia OAF é capaz de oferecer ao doente a capacidade de comunicar, alimentar-se, hidratar-se e expetorar, sem que haja uma interrupção/paragem do tratamento em uso.

Em contexto de unidade de cuidados intensivos, a temática de maior interesse e de maior investimento de modo a aprofundar os meus conhecimentos destaco a área da sedação e analgesia no doente crítico. Sabemos que historicamente os doentes dos cuidados intensivos eram tratados com anestesia geral, relaxamento neuromuscular e ventilação mecânica até à resolução da doença aguda. Atualmente, podemos afirmar que existe um conhecimento mais amplo da farmacologia, ferramentas disponíveis e validadas na quantificação da dor, sedação, agitação e delírio nos doentes internados nas UCI de modo a permitir uma melhor gestão dos mesmos (Sequeira et. al, 2020).

A detecção, quantificação e tratamento da dor no doente crítico é uma grande preocupação das equipas de saúde que trabalham em unidades de cuidados intensivos. Apesar da dor ser frequente em doentes que se encontram em situação crítica, independentemente do seu critério de admissão, devido à doença ou lesão subjacente, a procedimentos invasivos ou até mesmo por estímulos dolorosos por intervenções na UCI (nomeadamente, ventilação invasiva, aspiração orotraqueal, colocação de cateteres ou posicionamentos) (Sequeira et. al, 2020).

Muitos autores defendem que o princípio básico da sedação e analgesia no doente crítico corresponde a uma estratégia direcionada por objetivos. Esta estratégia consiste na avaliação da situação clínica do doente através de instrumentos válidos e posteriormente uma abordagem terapêutica farmacológica. De salientar que as medidas farmacológicas devem sempre fazer-se acompanhar por intervenções não farmacológicas, com o objetivo de prevenir e tratar.

Idealmente a dor deve ser reportada pelo próprio indivíduo e a gestão da dor deve ser individualizada. A autoavaliação da dor por parte do doente é considerada como o *gold standard* e a equipa devem sempre tentar avaliar o nível do dor relatado pelo doente (Sequeira et. al, 2020). Nestes casos, as ferramentas mais utilizadas são a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica de Dor por serem as mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaborantes. Paralelamente, o recurso à ventilação mecânica, agentes neuromusculares e hipnóticos são alguns dos fatores que tornam a autoavaliação da dor impossível, uma vez que, faz com que grande parte dos doentes críticos sejam incapazes de reportar a sua dor (Ferreira et. al, 2014).

Relativamente às pessoas incapazes de comunicar (sedados e ventilados), existem vários tipos de monitorizações da dor. Existem escalas de avaliação da dor através de critérios mais subjetivos como por exemplo, a expressão facial e o movimento/comportamento do doente no leito. Habitualmente, casos em que o doente é incapaz de autoreportar os níveis de dor utilizam a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale – BPS*).

A monitorização dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), por si só, não está indicada na avaliação da dor, contudo, a sua alteração pode constituir um sinal de alerta para os profissionais de saúde. Isto é, a sua alteração pode motivar o profissional a aplicar um instrumento de avaliação capaz de avaliar a sua dor e instituir medidas terapêuticas de acordo com o resultado (Ferreira et. al, 2014).

Considera-se essencial que a dor dos doentes em contexto de UCI seja avaliada frequente e repetidamente. A aplicação de escalas validadas da dor estão associadas a melhores *outcomes* clínicos, isto é, melhores prognósticos para o doente internado. A analgesia adequada deve igualmente ser instituída a todos os doentes, independentemente da indicação para sedação e aquando procedimentos potencialmente dolorosos, deve ser assegurada uma abordagem analgésica preventiva (Ferreira et. al, 2014); (Sequeira et. al, 2020).

Relativamente às medidas não farmacológicas para o tratamento da dor também devem ser consideradas, nomeadamente, a otimização do ambiente envolvente, alívio das zonas de pressão, adequada hidratação (se aplicável) e ainda o cuidado e atenção da equipa que presta cuidados (Sequeira et. al, 2020).

No que diz respeito à sedação em UCI, sabemos que é uma das áreas que tem maior implicação para o prognóstico do doente. Atualmente, o foco das equipas destes contextos passa por implementar protocolos de sedação ligeira para a gestão da dor, do delírio e da agitação, com recurso a múltiplos fármacos de modo a beneficiar de efeito sinérgico (Máximo et. al, 2021).

O recurso ao uso de fármacos sedativos em cuidados intensivos apresenta vários objetivos, entre os quais podemos destacar, a redução do desconforto do doente e a melhoria da sincronização com o ventilador e, deste modo, existe uma otimização do suporte ventilatório. Vários estudos relatam que o uso de fármacos sedativos não é isento de complicações, demonstrando até estarem associados a piores resultados clínicos do doente crítico (Máximo et. al, 2021).

A utilização de sedação no doente crítico deve ter como objetivos o tratamento da doença subjacente, coadjuvar a tolerância à terapêutica instituída, preservar a segurança do doente e da respetiva equipa, no que respeita doentes com delírio, como ainda, reduzir o consumo de oxigénio do doente e, também, sedar o doente em procedimentos invasivos. Por fim, destaca-se ainda a importância da sedação no que diz respeito a tratamento paliativo (Sequeira et. al, 2020).

Relativamente à avaliação do nível de sedação podemos destacar a escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) que é uma das escalas validadas e mais utilizadas em UCI para monitorizar-se a profundidade de sedação em doentes adultos (Sequeira et. al, 2020).

Para além da utilização da escala RASS, devo destacar que foi relevante saber que existiam outras ferramentas disponíveis, como também, foi possível utilizá-las em contexto de estágio na UCI. Nomeadamente, o eletroencefalograma (EEG) é um dispositivo usado para avaliar a atividade cerebral e que, igualmente, pode avaliar a profundidade da anestesia. Os novos EEG processados disponíveis na unidade onde estagiei, denominados por *Bispectral Index* (BIS), foram um recurso ao aparelho inicial.

Em doentes no contexto pós-operatório imediato, fui capaz de interpretar os dados fornecidos por este dispositivo, ressaltando sempre, que a sua utilização por vezes é limitada, visto que, apresenta artefactos devido ao movimento do doente, o que, pode levar a interpretações incorretas dos dados. Os enfermeiros mais experientes deste contexto, apesar das limitações do dispositivo, reconhecem que em situações clínicas específicas, torna-se um bom recurso.

Vários autores defendem que a escolha do sedativo a administrar é tão relevante como a escolha do modo de administração de sedação. Estão descritas várias estratégias de administração de sedação, designadamente, a sedação dirigida por objetivos, a suspensão diária de sedação, a sedação intermitente e a sedação controlada pelo doente (Sequeira et. al, 2020).

O objetivo de cumprir as estratégias acima referidas passa por obter um nível controlado de sedação em cada doente. A escolha deste nível envolve vários fatores, tais como, as características do doente, a doença subjacente e ainda os tratamentos que está a receber. Em qualquer das estratégias é de realçar a importância da monitorização da profundidade da sedação segundo a escala de RASS.

O objetivo de sedação deve ainda ficar registado para que a equipa possa realizar os devidos ajustes, de modo, a que se mantenha o nível adequado e exista uma avaliação regular do mesmo.

O método mais comum e melhor gerido pela equipa de enfermagem passa pela sedação dirigida por objetivos. A equipa ajusta livremente de modo a obter o nível da escala de sedação prescrito (Sequeira et. al, 2020).

Em relação à suspensão diária da sedação, foi sugerida a primeira vez por Kress em 2000. Esta estratégia consiste na titulação do sedativo e do analgésico para obter a profundidade de sedação desejada. As possíveis desvantagens deste método são a ocorrência de agitação durante o desmame com possibilidade de agressão e a reduzida aplicabilidade deste método a doentes em abstinência alcoólica ou farmacológica (Máximo et. al, 2021).

A sedação intermitente é referente à administração de sedativos de longa duração, seja por bólus ou titulados de acordo com uma escala de sedação (Sequeira et. al, 2020).

De modo a minimizar os efeitos adversos dos fármacos sedativos foi proposta a analgosedação, mais concretamente, refere-se à estratégia usada sem recorrer a fármacos sedativos. Esta estratégia é cada vez mais utilizada em doentes que não necessitam de sedação no tratamento da sua doença subjacente e consiste na administração inicial de analgésicos opioides. Devemos destacar que estratégias de sedação ligeira e de não-sedação obrigam a estratégias de analgesia sistémica de modo a proporcionar o maior conforto possível ao doente.

A sedação em unidades de cuidados intensivos deve ser frequentemente monitorizada e readaptada aos doentes internados e a cada situação clínica. Deve ainda seguir as recomendações atuais e procurar administrar a mínima profundidade de sedação possível, só através deste modo é que garantimos uma maior segurança para o doente. Podemos acrescentar ainda que os benefícios da utilização destas estratégias consistem em diminuir o tempo de ventilação mecânica invasiva para o doente, o tempo de internamento em contexto de UCI e a nível hospitalar, como também, os seus custos associados. Reduz igualmente o risco de pneumonia associada ao ventilador, sendo esta destacada pela complicação mais frequente em doentes ventilados, como também, reduz a mortalidade. Contudo, o maior risco associado a uma diminuição do nível de profundidade de sedação relaciona-se com maiores taxas de autoextubação (Sequeira et. al, 2020).

5. ANÁLISE SWOT

Neste breve capítulo irei fazer referência à Análise SWOT: *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*. Este tipo de análise é visto como uma estratégia pessoal que ajuda a refletir sobre as forças e as fraquezas, bem como, as oportunidades e as ameaças.



Quadro 1: Análise SWOT Pessoal

Após finalizar a minha passagem pelos dois contextos estágios e beneficiando da elaboração deste relatório, achei pertinente e, dado ao exercício de reflexão do documento, em realizar uma Análise SWOT com algumas das minhas características pessoais em relação aos contextos de estágios – apresentadas no Quadro 1.

Comecei por fazer referência aos meus pontos positivos, nomeadamente, o meu interesse, a minha proatividade e o meu empenho. Considero-me uma pessoa determinada e com ambição em cumprir os seus objetivos pessoais. A realização deste Mestrado é um sonho antigo, ao qual tenho agora a oportunidade de o realizar e, por

isso, lutei muito para o concluir. Quanto aos fatores negativos, o meu maior obstáculo foram as 40h/semanais (sendo atualmente a carga horária bastante superior devido às ausências não programadas do meu serviço), à qual sou obrigada a cumprir na instituição onde estou vinculada, o que requer uma grande exigência a nível de gestão de horário. Aliado a este horário, entra igualmente a distância entre as instituições de estágio e a minha residência que, inevitavelmente, com as viagens realizadas condiciona mais o meu tempo.

Relativamente às oportunidades, posso realçar que os locais de estágios escolhidos foram os dois bastantes enriquecedores. As equipas multidisciplinares sempre se demonstraram disponíveis e souberam acolher-me enquanto profissional e estudante do curso de mestrado. A própria realidade dos contextos foi essencial, uma vez que, venho de um contexto privado e para mim foi muito importante contactar com o serviço nacional de saúde, nomeadamente, com um serviço de cuidados intermédios polivalente e uma unidade de cuidados intensivos que nunca antes houvera contactado.

Por último, as ameaças encontradas passaram pela necessidade de aumentar os conhecimentos específicos principalmente em contexto da gestão da sedação, analgesia e delírio, como também, no âmbito da ventilação não invasiva, o que posteriormente, se transformou numa vantagem, visto que, o meu conhecimento aumentou nesta área e naturalmente a minha segurança também. Estes contextos acarretam uma grande carga emocional que, na verdade, nos dá uma vontade ainda maior de enaltecer a profissão que representamos e, principalmente, consciencializa-nos de uma forma impactante sobre o valor da vida humana.

6. CONCLUSÃO

O enfermeiro-especialista em Médico-Cirúrgica assume um papel fundamental na prestação de cuidados especializados, baseando a sua prática clínica na evidência científica. A melhoria da qualidade e a excelência dos cuidados prestados emergem do desenvolvimento de competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

É esperado que os enfermeiros especialistas desenvolvam competências diferenciadoras na sua área de atuação, contribuindo com cuidados de saúde de qualidade que, se refletem, através de processos de tomadas de decisão fundamentados, reflexões críticas sobre práticas diárias em uso, a sua inclusão em projetos de investigação e/ou formação e ainda, o seu papel motivacional e de referência para os seus pares.

Todo o processo de aquisição de competências, nomeadamente, à pessoa em situação crítica deve incluir o desenvolvimento de competências centradas no cuidar da pessoa em situações de saúde complexas e inesperadas, como também, o cuidar da família em situações desconhecidas e de incerteza vivenciadas por estes. O recurso à humanização dos cuidados, à mobilização de conhecimentos diversificados e à intervenção precoce em situações de risco de vida iminente ou quase iminente são características diferenciadoras na prestação de cuidados especializados. A excelência destes cuidados deve ainda assumir a promoção da dignidade da pessoa humana e o valor da vida, lutando pelas crenças e valores de cada indivíduo.

Através do desenvolvimento deste documento, considero que consegui destacar, através de uma análise crítico-reflexiva, o meu percurso de aprendizagem, bem como, as competências adquiridas e quais as atividades/ferramentas utilizadas para que conseguisse cumprir com o que por mim foi inicialmente proposto.

Relativamente aos contextos e às equipas que me acompanharam neste percurso, posso constatar que foram fundamentais no meu processo de crescimento enquanto enfermeira

especialista. Sempre me envolveram em todas as atividades e potenciaram o meu desenvolvimento de competências garantido sempre a minha segurança e autonomia. Ao longo deste período, sempre fui capaz de demonstrar interesse e uma atitude proactiva de modo a alcançar o máximo de conhecimento nesta área. Quanto à análise e ao juízo crítico, ao longo do meu percurso, sinto que foi um ponto positivo, visto que, havia uma reflexão constante sobre a prática de enfermagem e as temáticas envolventes que me potenciaram para uma partilha com as restantes equipas.

Considero que de um modo geral atingi a totalidade de objetivos propostos e assumo a minha capacidade de prestar cuidados especializados na área de enfermagem médico-cirúrgica. Deste modo, destaco a aquisição de competências no âmbito da reflexão crítica e do juízo clínico, bem como, competências na fundamentação dos cuidados baseados na mais recente evidência científica, para além de demonstrar conhecimentos na área da investigação.

Quanto às dificuldades sentidas, posso assumir que a elevada exigência na carga horária representou um dos principais desafios ao longo deste percurso. A conciliação entre as horas dedicadas ao contexto da prática clínica com a formação académica, nomeadamente a investigação sobre diversas temáticas, exigiu uma gestão rigorosa do tempo disponível. O volume de trabalho associado à realização deste ciclo de estudos exigiu a adoção de estratégias e estabelecimento de prioridades para que permitissem manter a qualidade da minha prestação. Todo este processo exigiu resiliência e organização para que, apesar do cansaço e da intensidade dos turnos, a qualidade dos cuidados prestados não fosse comprometida. Através deste desafio, fui capaz de me fortalecer e preparar-me futuramente para os desafios reais da prática da enfermagem especializada.

Por fim, as diferentes situações por mim vivenciadas ao longo dos estágios permitiram-me adquirir competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, podendo assim, percecionar um balanço muito positivo da minha passagem por uma unidade de cuidados intermédios polivalente e uma unidade de cuidados intensivos. Consigo identificar um crescimento notório, neste

caminho da especialidade, nomeadamente pela capacidade de antecipação, pela visão direcionada e pela responsabilidade acrescida na prestação de cuidados especializados de qualidade e seguros.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência, Série V, n.º 5*, pp. 1-8.
- Bacalhau, L. M. (2014). *Cuidar Centrado na Dignidade*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Bandeira, M. (s.d.). *Diretivas antecipadas de vontade: muitas questões e ainda mais respostas*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Barreto, A. L., & Capelas, M. L. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde, Vol.12*, pp. 36-40.
- Barreto, A. L., & Capelas, M. L. (Janeiro de 2023). Atitudes dos profissionais de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.
- Brazão, M. d., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 14.
- Diário da República. (2012). *Diretivas Antecipadas de Vontade*. 1.º Série, Capítulo 2, Artigo 2.º, 25/2012.
- Diário da República. (16 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica. pp. 19359-19370.
- Diário da República. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. pp. 4744-4750.
- Direção-Geral da Saúde. (31 de 03 de 2010). Circular Normativa: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*.

- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, pp. 17-20.
- Ferreira, Susana, et. al (Julho/Agosto de 2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XV, 655-667.
- Gonçalves, S. C., & Carmo, T. I. (Janeiro-Julho de 2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*.
- Máximo, M., & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, Vol. 30 - N.º 4.
- Magalhães, C. (2017). Reflectir sobre a Prática para melhorar a Qualidade dos Cuidados. pp. 56-314.
- Martins, E. (2013). *Por uma Sala de Emergência Mais Funcional*. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
- Mendes, João. 2015. Ventilação Mecânica Invasiva. Pedro Ponce e João Mendes. *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel, 2015.
- Ministério da Saúde. (11 de Julho de 2014). Despacho n.º 10319/2014. 20673-20678.
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 3-38.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135, 19359-19370.

- Ordem dos Enfermeiros. (25 de Setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Coutinho, P. (Setembro de 2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva.
- Pires, Pedro, Marques, Carmen e Masip, Josep. 2018. Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Medicina Interna*. Abr/Jun de 2018, Vol. 25 N.º 2.
- Poeira, A. F., Nunes, L., Cerqueira, A. F., Silva, A., & Lopes, N. (Dezembro de 2018). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática. *RIASE: Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Vol. 4, N.º 3.
- Sequeira, C., & Néné, M. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel Enfermagem.
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (Abril-Junho de 2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, N.º 16.

APÊNDICE I - Revisão Integrativa da Literatura



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Revisão Integrativa da Literatura

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO CUMPRIMENTO DAS
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Marta Monteiro dos Santos

Porto, dezembro de 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Revisão Integrativa da Literatura

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO CUMPRIMENTO DAS
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Marta Monteiro dos Santos
Sob orientação da Prof^ª. Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2024

LISTA DE SIGLAS

DAV Diretivas Antecipadas de Vontade

RENTEV Registo Nacional do Testamento Vital

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO REALIZADA ATRAVÉS DO PRISMA DIAGRAMA FLOW NA BASE DE DADOS EBSCO DISCOVERY SERVICE, FORNECEDORES DE CONTEÚDO: MEDLINE COMPLETE, CINAHL COMPLETE.....	79
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – TABELA DE EVIDÊNCIAS COM OS RESULTADOS DA AMOSTRA FINAL	80
--	----

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	75
2. METODOLOGIA.....	78
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
4. CONCLUSÃO	87
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade tem vindo a demonstrar interesse e inquietação sobre questões relacionadas com o fim de vida. Como sabemos, o fim de vida pode ser associado, muitas vezes, a situações e períodos de sofrimento. Nem sempre o prolongamento da vida está associado a qualidade de vida, isto é, apesar do avanço da ciência e da medicina, e de uma variedade de novos tratamentos e cuidados de saúde, procurar a imortalidade pode não ser o desfecho pretendido (Santos et. al, 2022).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tem-se deparado com novos desafios relativamente a este tema, uma vez que, o respeito pela autonomia da pessoa doente e o cumprimento da sua vontade são dois dos principais objetivos do profissional que presta cuidados. O reconhecimento do direito de morrer com dignidade tem merecido maior atenção por parte de todos. A reflexão acerca deste tema leva-nos a questionar se todas as medidas tecnológicas e invasivas que afastam a morte, se verdadeiramente cumprem e respeitam a vontade da pessoa (Santos et. al, 2022).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) surgem como uma necessidade de fortalecer o princípio da autonomia, a dignidade de cada pessoa e o respeito pelos seus valores e preferências. As DAV assumem-se como uma possibilidade da pessoa participar no planeamento dos cuidados de saúde, isto porque, existindo situações em que a pessoa não consegue manifestar por si mesma a sua escolha ou tomar decisões pode recorrer a este instrumento (Barreto et al, 2020).

As DAV podem adotar duas modalidades. O testamento vital, assume a formato mais usual, consistindo num: *“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no qual concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”* (Diário da República, 2012)

Para além do testamento vital, pode existir a nomeação de um representante legal, designado como um procurador de cuidados de saúde. Este deve ser envolvido no processo de decisão dos cuidados de saúde, para que, quando a pessoa não esteja capaz de expressar a sua vontade, a decisão do representante legal apresente idêntico valor à decisão tomada pela pessoa (Barreto et al, 2020).

Podemos considerar que a criação deste documento surgiu no estado da Califórnia nos Estados Unidos da América em 1976 sob o termo *Living Will* e no estatuto do procurador cuidados de saúde em 1983. Relativamente à Europa, esta questão ganha mais destaque na década de 90. Inicialmente países como a Finlândia, Holanda e Hungria, legislaram este tema ainda nesta década. Os restantes países da Europa só reconheceram as DAV como um direito do doente após o acontecimento da Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina, vulgarmente conhecido como Convénio de Oviedo, em 1997. Em Portugal, o primeiro projeto-lei sobre o testamento vital foi apresentado pela Associação Portuguesa de Bioética em 2006. Após a necessidade de adequar a lei à realidade portuguesa, só em 2012 é que surge a primeira lei portuguesa sobre o testamento vital. Esta legislação específica contempla ainda a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). A finalidade do RENTEV passa pela criação de um portal nacional que contempla cidadãos nacionais e estrangeiros residentes em Portugal e toda a sua informação relacionada com a documentação das DAV (Santos et. al, 2022).

No que diz respeito ao envolvimento e participação dos profissionais de saúde, existe uma oportunidade de decisão partilhada e esclarecida, através de um contacto próximo e capaz de responder às necessidades reais de cada pessoa em diferentes fases de vida. Acredita-se que os profissionais de saúde têm um papel significativo para esclarecerem as pessoas sobre o conceito, extensão e relevância das DAV, de modo, a fornecer toda a informação necessária para a pessoa decidir com responsabilidade. Os profissionais de saúde devem ainda garantir que estas preferências sejam cumpridas, através do cumprimento das DAV (Barreto et. al, 2020).

Face ao contato direto com esta temática em contexto de estágio, nomeadamente no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, decidi aprofundar os conhecimentos nesta área e refletir sobre o papel do enfermeiro no que diz respeito ao cumprimento das DAV.

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2024/2025, surge a presente revisão integrativa da literatura, de modo a promover uma prática clínica baseada na evidência científica mais recente sobre o tema previamente relatado.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos distintos. O primeiro capítulo faz referência à introdução e o segundo capítulo aborda a metodologia utilizada, onde é apresentado o *PRISMA Diagrama Flow*, bem como, a tabela de evidências referente aos artigos utilizados. No terceiro capítulo é feita a análise e discussão dos resultados. Por último surge a conclusão onde é mencionada a resposta referente à questão de investigação.

2. METODOLOGIA

A presente revisão integrativa da literatura foi realizada de acordo com as seguintes etapas: identificação do problema, elaboração da questão de investigação e dos objetivos, pesquisa em base de dados científica, análise e discussão dos resultados e síntese do conhecimento analisado. Deste modo, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o contributo do enfermeiro no cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade, na pessoa em situação crítica?”. No que diz respeito aos objetivos estabelecidos inerentes a esta temática, passam por reconhecer o papel do enfermeiro no cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) na pessoa em situação crítica.

A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados *EBSCO Discovery Service*, centrado nos fornecedores de conteúdo: *MEDLINE Complete e CINAHL Complete*, no dia 14 de janeiro de 2025. Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores DECS/MESH e palavras-chave “*Advance Directives*”, “*Living Will*” e “*Nurs**” e ainda combinados por operadores booleanos “AND” e “OR”. Por consequente, surgiu a seguinte frase booleana: “*Advance Directives*” OR “*Living Will*” AND “*Nurs**”.

Como critérios de inclusão foram definidos artigos com idioma em português e inglês, artigos com texto integral, com resumo disponível, artigos revistos pelos pares e num espaço temporal dos últimos 5 anos.

Figura 1 – Processo de identificação e seleção realizada através do *PRISMA Diagrama Flow* na base de dados *EBSCO Discovery Service*, fornecedores de conteúdo: *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*.

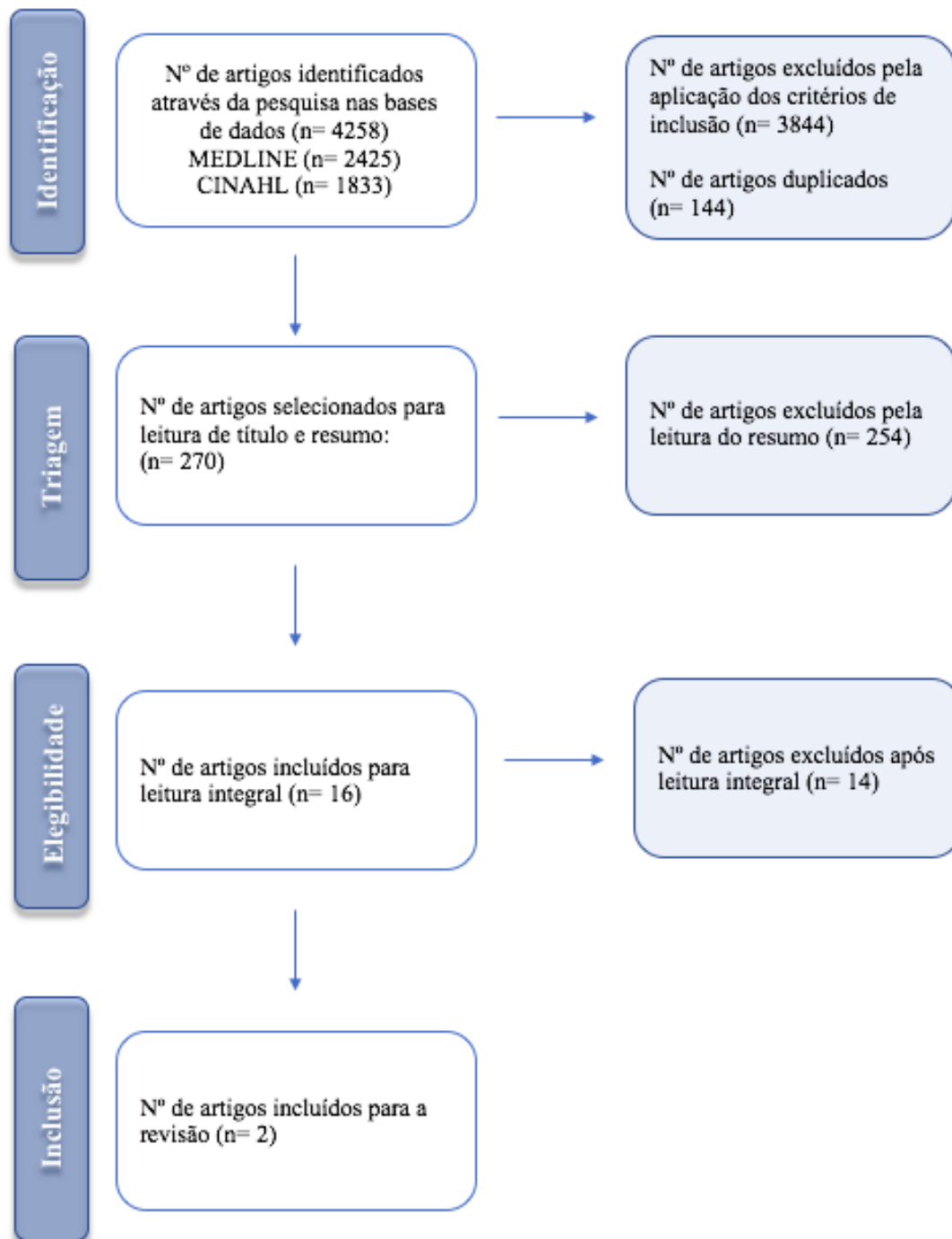


Tabela 1 – Tabela de evidências com os resultados da amostra final

Artigo 1: *Critical care nurses' knowledge and attitudes and their perspectives toward promoting advance directives and end-of-life care*

Autores	País	Ano	Objetivos	Tipo de estudo	Palavras-chave	Principais conclusões
Mu-Hsing Ho, Hsiao-Chi Liu, Jee Young Joo, Jung Jae Lee, Megan F. Liu.	Taiwan	2022	Avaliar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre os cuidados em fim de vida em relação a doentes em fim de vida, assim como as suas perspetivas de promoção das diretivas antecipadas de vontade; Avaliar os fatores associados às perspetivas dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre a promoção das diretivas antecipadas de vontade.	Estudo transversal	Advance directive, Critical care nurse, End-of-life, Knowledge, Attitude.	Os resultados do estudo demonstram que os enfermeiros de cuidados intensivos revelam compreender que abordar a temática das diretivas antecipadas de vontade com os doentes melhorava a sua qualidade de fim de vida, respeitando os seus valores e permitiam uma melhor compreensão das expectativas dos doentes em relação ao seu tratamento; A participação ativa nos cuidados, nomeadamente, quanto ao tema de fim de vida, os enfermeiros demonstram ser

						<p>parceiros essenciais no processo de tomada de decisões;</p> <p>Em concordância com estudos anteriores, indicam que as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos em relação ao fim da vida são positivas, verificou-se ainda que tanto os conhecimentos prévios, como as atitudes em relação aos cuidados de fim de vida são fatores significativos na promoção das diretivas antecipadas.</p>
--	--	--	--	--	--	--

Artigo 2: *Factors associated with attitudes toward advance directives in nurses and comparisons of the levels between emergency nurses and palliative care nurses*

Autores	País	Ano	Objetivos	Tipo de estudo	Palavras-chave	Principais conclusões
Jisun Yang, Hee Jung Kim, Seongkum Heo, Minjeong Na, SeongHu Park, Songthip Ounpraseuth, JinShil Kim.	Correia do Sul	2022	Comparar os níveis de atitudes em relação às diretivas antecipadas de vontade, o conhecimento, as competências de comunicação e sensibilização para a morte entre os enfermeiros de emergência e os enfermeiros de cuidados paliativos; Relacionar os fatores modificáveis e não modificáveis nas atitudes referentes às diretivas antecipadas na amostra total.	Estudo transversal, correlacional.	Advance directives, Attitudes, Good death, Knowledge, Nurse	A hipótese sobre os enfermeiros de emergência apresentarem atitudes menos positivas em comparação aos enfermeiros de cuidados de paliativos foi suportada; A segunda hipótese foi parcialmente confirmada, pois os enfermeiros de emergência tinham menos conhecimento, mas ambos os grupos apresentaram baixos níveis de competências de comunicação e uma boa consciencialização do conceito de morte digna; Os baixos níveis de consciencialização do

						conceito de morte digna e a falta de competências comunicacionais estavam associados a atitudes menos positivas em relação às DAV. O conhecimento não foi relacionado com as atitudes em relação às DAV, ao contrário do esperado.
--	--	--	--	--	--	--

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dois artigos incluídos na presente revisão de literatura abordam o papel e o conhecimento dos enfermeiros relativamente às diretivas antecipadas de vontade, de modo a compreendermos o verdadeiro contributo dos mesmos nesta temática. Os países envolvidos dizem respeito a Taiwan e à Coreia do Sul. Ambos são estudos transversais, sendo que, o último artigo é um estudo correlacional, apoiando-se em teorias.

Segundo Yang et. al. (2022), a utilização de tratamentos de manutenção da vida desnecessários ou sem sentido podem aumentar os custos de saúde, bem como, encargos pessoais e sociais. Uma das estratégias utilizadas de modo a reduzir os tratamentos invasivos desnecessários e diminuir os gastos relacionados com o fim de vida, passa pela utilização das diretivas antecipadas de vontade.

Por outro lado, Ho et. al. (2022), defende que as diretivas antecipadas podem auxiliar a equipa de prestação de cuidados a respeitar e a seguir as indicações mencionadas no documento para que sejam cumpridas as preferências do doente.

Os dois autores, através destas afirmações, manifestam a necessidade de aumentar o uso das DAV. De modo a aumentar a utilização das mesmas, as atitudes em relação às DAV são fundamentais, uma vez que, as atitudes positivas dos profissionais facilitam as decisões dos doentes sobre os cuidados que desejam receber e promovem a aceitação dos cuidados e de procedimentos futuros.

Os enfermeiros que regularmente contactam com doentes instáveis e em risco iminente de vida, nomeadamente enfermeiros dos serviços de urgências, podem desempenhar um papel relevante na divulgação e no apoio à comunicação das DAV, isto porque, se deparam frequentemente com doentes vulneráveis e com famílias que necessitam de assistência e suporte na sua decisão perante situações inesperadas ou para a concretização de uma diretiva antecipada de vontade (Yang et. al, 2022).

O estudo realizado por Ho et. al (2022), considera importante o envolvimento dos enfermeiros de cuidados intensivos nos cuidados de fim de vida, seja na tomada de decisão, como na promoção das diretivas antecipadas de vontade. Contudo, destaca a necessidade de mais estratégias disponíveis para o desenvolvimento de práticas que preparem e apoiem os enfermeiros na prestação de cuidados individualizados no âmbito da promoção das diretivas antecipadas.

O estudo de Yang et. al (2022) relaciona o aumento de conhecimento com atitudes mais positivas em relação às diretivas antecipadas. Acrescenta ainda que um maior conhecimento capacita os enfermeiros a iniciarem, de um modo mais confortável e confiante, uma discussão sobre as DAV, como também, no processo de assistência na execução das mesmas.

A consciencialização do conceito de morte digna por parte dos enfermeiros, pode influenciar positivamente as suas atitudes em relação às DAV, isto porque, os enfermeiros ficam mais despertados e motivados em proporcionar à pessoa em situação crítica, a oportunidade de morrer com dignidade, ajudando-a a completar as DAV de acordo com os seus desejos (Yang et. al, 2022).

Igualmente Ho et. al (2022), afirma que os enfermeiros com maiores conhecimentos no âmbito de cuidados em fim de vida e com atitudes mais positivas em relação aos cuidados em fim de vida, tinham maior motivação para promover as diretivas antecipadas. Foi salientado ainda o papel dos enfermeiros que participam ativamente no processo de tomadas de decisão no âmbito de fim de vida. Aumentar os conhecimentos e a confiança dos enfermeiros, é aumentar o seu contributo nas discussões existentes sobre esta temática.

Os resultados do estudo de Yang et. al (2022) confirmam parcialmente as hipóteses propostas. As atitudes dos enfermeiros de emergência eram menos positivas e o seu conhecimento era mais pobre em relação aos enfermeiros de cuidados paliativos. Ambos os grupos apresentavam baixos níveis de competências comunicacionais e uma boa consciencialização do conceito de morte digna. Este estudo revelou ainda que níveis

mais baixos de competências comunicacionais e baixa consciencialização do conceito de morte digna foram associados a atitudes menos positivas em relação às DAV. No entanto, o conhecimento não foi relacionado com as atitudes em relação às DAV, ao contrário do esperado. Demonstrando assim que é necessário melhorar a parte da comunicação e a consciencialização de morte digna para fomentar atitudes mais positivas em relação às DAV, especialmente entre os enfermeiros de emergência. Os resultados deste estudo ofereceram informações úteis para melhorar as atitudes sobre as diretivas antecipadas de vontade e, deste modo, aumentar o cumprimento das mesmas.

O estudo de Ho et. al (2022), destaca o papel crucial dos enfermeiros de cuidados intensivos, que participam ativamente nos cuidados e debates sobre o fim de vida, sendo essenciais no processo de tomada de decisões na equipa. Para melhorar o conhecimento e a confiança dos enfermeiros, é necessário explorar mais a temática das DAV. Os resultados afirmam que os enfermeiros acreditam que discutir as diretivas antecipadas com os doentes melhora a sua qualidade de vida, respeita os seus valores e promove uma melhor compreensão das expectativas sobre os planos de tratamento.

4. CONCLUSÃO

O contributo dos enfermeiros é fundamental para a promoção e implementação eficaz das diretivas antecipadas de vontade, especialmente em contexto da pessoa em situação crítica. Ao interagirem diretamente com os doentes críticos, os enfermeiros desempenham um papel crucial na disponibilização de informação e na reflexão sobre o fim de vida, garantindo que os valores e desejos dos doentes sejam respeitados.

Esta revisão de literatura revelou que os enfermeiros, tanto os enfermeiros de cuidados intensivos, como os de contexto de emergência, compreendem a importância das DAV na melhoria da qualidade de vida, considerando-as uma ferramenta essencial de modo a oferecer cuidados personalizados e dignos.

Por fim, torna-se evidente que existe uma necessidade de explorar mais profundamente esta temática para compreender melhor como as DAV podem ser promovidas e implementadas em diferentes contextos da prática de enfermagem. Devem ainda surgir investigações futuras de modo a focar em estratégias para aprimorar o conhecimento e confiança dos enfermeiros, especialmente em relação às questões éticas e emocionais envolvidas nas discussões sobre o fim de vida.

As limitações encontradas nesta revisão integrativa pretendem-se com o número de artigos elegíveis para a revisão e de não existirem estudos realizados em Portugal. Sugere-se assim, a realização de estudos a nível nacional para compreender e adequar o tema à realidade portuguesa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, A. L., & Capelas, M. L. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde, Vol. 12*, pp. pp. 36-40.

Diário da República. (16 de Julho de 2012). Lei n.º 25/2012. pp. 3728-3730.

Ho, M.-H., Liu, H.-C., Joo, J. Y., Lee, J. J., & Liu, M. F. (2022). Critical care nurses' knowledge and attitudes and their perspectives toward promoting advance directives and end-of-life care. *BMC Nursing*.

Santos, L., & Cerqueira, M. (s.d.). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Referência, Série VI*, pp. pp 1-7.

Yang, J., Kim, H. J., Heo, S., An, M., Park, S., Ounpraseuth, S., & Kim, J. (19 de Maio de 2022). Factors associated with attitudes toward advance directives in nurses and comparisons of the levels between emergency nurses and palliative care nurses. *Japan Journal of Nursing Science*.

APÊNDICE II - Diretivas Antecipadas de Vontade

Diretivas Antecipadas de Vontade

UC – Estágio Final e Relatório

Estudante: Marta Monteiro dos Santos, n.º. 360514007
Sob orientação: Prof.ª. Doutora Amélia Ferreira

18.12.2024

Índice

- Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV);
- DAV: Contexto Histórico e Legal no Mundo;
- DAV: Contexto Histórico e Legal em Portugal;
- Portaria n.º 141/2018, de 18 de Maio (versão atualizada);
- DAV: Questões mais frequentes;
- Aspectos éticos das DAV;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

- ✓ Podem assumir duas modalidades – o **Testamento Vital** e a nomeação de um **Procurador de Cuidados de Saúde**;
- ✓ **Testamento Vital** é o documento onde uma pessoa manifesta a sua vontade consciente sobre os cuidados de saúde que deseja receber, ou não, se estiver numa situação clínica sem autonomia para expressar a sua decisão.
- ✓ É permitido ainda a nomeação de uma ou duas pessoas como **Procuradores de Cuidados de Saúde**, que numa situação médica onde o doente não possa manifestar a sua vontade, estes decidem por si os cuidados de saúde a receber.

Barreto et. al (2020; 2023)

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

Por DAV entende-se um

“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no qual concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.



(Diário da República, 2012)

DAV: Contexto Histórico e Legal no Mundo

- 1967 – Primeira Diretiva Antecipada de Vontade proposta nos EUA pela *Euthanasia Society of America*;
- 1969 – Conceito “*Living Wills*” foi referido pela primeira vez pelo Luis Kutner (advogado americano e defensor dos Direitos Humanos);
- 1976 – Califórnia foi o estado pioneiro dos EUA na legalização do Testamento Vital e em 1983 – Legalização do estatuto de Prestador de Cuidados de Saúde;
- 1997 – Todos os estados Americanos tinha decretado alguma versão do Testamento Vital e do estatuto de Prestador de Cuidados de Saúde;
- Década de 90 – Países Europeus (Finlândia, Holanda, Bélgica e Hungria) decretaram legislação reguladora das DAV.

(Santos et. al, 2020)

DAV: Contexto Histórico e Legal em Portugal

- 2006 – Iniciou o debate em torno da legislação das DAV, apresentado pela Associação Portuguesa de Bioética;
- 2012 – Aprovada a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho – a primeira Lei portuguesa sobre o regime das DAV, designadamente sob a forma de Testamento Vital. Regula a nomeação de Procurador de Cuidados de Saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

(Santos et. al, 2020)



Portaria n.º 141/2018,
de 18 de Maio
(versão atualizada)



Os artigos 5.º e 8.º da [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#), passam a ter a seguinte redação:

Artigo 5.º

[...]

1 - Os profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros, que integram a equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoa incapaz de expressar de forma livre e autónoma a sua vontade, **devem consultar o Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde, de forma a confirmar se existe um documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde registados no RENTEVE.**

[...]

5 - O RENTEVE pode ser consultado pelos profissionais de saúde, que **integram a equipa de saúde a quem cabe atender às disposições da pessoa constantes do documento** de diretivas antecipadas de vontade, designadamente médicos e enfermeiros, nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho e da Lei de Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

[...]

7 - O acesso ao RENTEVE por profissionais de **instituições de saúde não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde** é efetuado mediante a introdução da palavra-passe individual do profissional de saúde, e leitura do número do cartão do cidadão do utente.

(Diário da República, 2018)

RENTEU TESTAMENTO ÚTIL Rubrica do Outorgante

DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)

Até abrigo e para os efeitos previstos na Lei n.º 23/2012, de 16 de julho, o presente documento traduz a minha manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

Este documento, que subscrevo sendo maior de idade e capaz e não me encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por mim utilizado e brevemente revogável a qualquer momento.

IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGANTE

Nome _____
 Doc. Identificação Nº _____ Val. _____
 Nacionalidade / Naturalidade _____
 Nº Utente _____ Data de nascimento _____
 Morada _____
 C. Postal _____ País _____ Tel. _____
 Correo eletrónico _____

Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde

Nome _____
 Doc. Identificação Nº _____ Val. _____
 Nacionalidade / Naturalidade _____
 Nº Utente _____ Data de nascimento _____
 Morada _____
 C. Postal _____ País _____ Tel. _____
 Correo eletrónico _____

SPMS. GOVERNO DE PORTUGAL

RENTEU TESTAMENTO ÚTIL Rubrica do Outorgante

Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde suplente

Nome _____
 Doc. Identificação Nº _____ Val. _____
 Nacionalidade / Naturalidade _____
 Nº Utente _____ Data de nascimento _____
 Morada _____
 C. Postal _____ País _____ Tel. _____
 Correo eletrónico _____

SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS

Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:

(selecionar com um X as hipóteses aplicáveis)

Me ter sido diagnosticada doença incurável em fase terminal
 Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelos membros da equipa médica responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte
 Incapacidade por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca
 Outras: _____

CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER/ÃO RECEBER

Assim, mantendo a minha vontade clara e inequívoca de:

(selecionar com um X as opções aplicáveis)

Não ser submetido a reanimação cardiopulmonar

SPMS. GOVERNO DE PORTUGAL

RENTEU TESTAMENTO ÚTIL Rubrica do Outorgante

Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais
 Não ser submetido a medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte
 Participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos
 Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental
 Recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos
 Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento
 Não autorizar administração de sangue ou derivados
 Recusar medidas paliativas, hidratação oral mínima ou subcutânea
 Serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou má-estar
 Recusar assistência religiosa quando se decidir interromper meios artificiais de vida (órgão _____)
 Ter junto de mim, por tempo adequado e quando se decidir interromper meios artificiais de vida, a pessoa que aqui designo: (nome) _____ (contacto) _____
 Outras: _____

Outras considerações pessoais ou eventuais motivações das minhas decisões.

VALIDADE

1. Este declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 23/2012, de 16 de julho.
 2. Caso seja solicitado o registo no RENTEU, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.

SPMS. GOVERNO DE PORTUGAL

RENTEU TESTAMENTO ÚTIL Rubrica do Outorgante

OUTORGANTE

Local _____ Data _____ Hora _____ h _____ m

Assinatura conforme doc. de identificação civil _____

MÉDICO (opcional)

Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e ao seu estado de saúde.

Nome _____ Cédula _____

Assinatura conforme doc. de identificação civil _____

NOTÁRIO / FUNCIONÁRIO DO RENTEU
(semente o qual a DAV foi assinada)

Nome _____ IC. Civil _____

Assinatura conforme doc. de identificação civil _____

NOTAS

1. Antes de subscrever este documento, recomendo-se que debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com o cônjuge ou pessoa que o assiste.
 2. Pode optar pela subscrição da Declaração Antecipada de Vontade, pela designação de um procurador de cuidados de saúde, ou por ambos.

SPMS. GOVERNO DE PORTUGAL

DAV: Questões mais frequentes

Como posso fazer?

- Descarregar o modelo de formulário, preenchê-lo e entregá-lo no centro de saúde da sua área de residência – balcão RENTEV.

Posso fazer um testamento vital online?

- Não. De acordo com a legislação, o testamento vital tem de ser assinado presencialmente pelo utente, em balcões RENTEV ou enviado por correio registado devendo, neste caso, a assinatura do utente ser reconhecida pelo notário.

Quanto custa fazer o testamento vital?

- Não tem qualquer custo.

Qual é o prazo do testamento vital?

- Tem validade de 5 anos, desde a data de ativação.

(Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2014)

Aspetos éticos das DAV

- Dignidade humana, autonomia do doente e consentimento informado;
- Quando a autonomia do doente entra em conflito com a beneficência da equipa de saúde.

(Bandeira, s.d)



Conclusão

- ✓ As DAV constituem um passo fundamental na promoção da autonomia e na dignidade de cada ser humano;
- ✓ Os profissionais de saúde têm um papel significativo para elucidarem os doentes sobre o conceito, âmbito e alcance das DAV e, posteriormente, diligenciar para que as mesmas sejam executadas;
- ✓ É de destacar a importância do papel da família no processo de planificação do fim da vida, contudo, há estudos que revelam taxas significativas de divergência entre outorgante e procurador (geralmente um familiar). Destaca-se a necessidade de um diálogo entre os profissionais de saúde e a família no sentido de conhecer os verdadeiros valores e desejos da pessoa;
- ✓ A discussão em torno das DAV por levantar muitas questões que estão longe de ter uma resposta consensual e, por isso, ainda temos um longo caminho a percorrer. Devemos apostar numa mudança de cuidar, promovendo uma visão integral da pessoa e, deste modo, a dignificação do processo de fim da vida, tendo em conta a vontade do doente.

Referências Bibliográficas

- Bandeira, M. (s.d.). Diretivas antecipadas de vontade: muitas questões e ainda mais respostas. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Barreto, A. L., & Capelas, M. L. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde, Vol.12*, pp. 36-40.
- Barreto, A. L., & Capelas, M. L. (Janeiro de 2023). Atitudes dos profissionais de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. *Cuidados Paliativos, Volume 08*, pp. 25-30.
- Diário da República. (16 de Julho de 2012). Lei n.º 25/2012. pp. 3728-3730.
- Diário da República. (18 de Maio de 2018). Portaria n.º 141/2018. pp. 2211-2212.
- Santos, L., & Cerqueira, M. (2022). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI*, pp. 1-7.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. (20 de Junho de 2014). Perguntas Frequentes FAQ's RENTEVE Testamento Vital.