



Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

**Enfermagem Especializada no Cuidar em Fim de Vida
na Unidade de Cuidados Intensivos**

Specialized End-of-Life Nursing within Intensive Care Unit

Por: Inês Teixeira Sotero Ruivo

Lisboa, 2023



Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Enfermagem Especializada no Cuidar em Fim de Vida na Unidade de Cuidados Intensivos

Specialized End-of-Life Nursing within Intensive Care Unit

Por: Inês Teixeira Sotero Ruivo

Sob Orientação de: Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2023

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Manuela Madureira pela orientação pedagógica, disponibilidade e apoio constantes,

À Prof. Doutora Filipa Veludo pela disponibilidade e apoio na realização da revisão da literatura,

Aos professores do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pelo acompanhamento contínuo do meu percurso académico e profissional,

Aos orientadores de estágio, Enfermeiros: Sónia Lima, Raquel Bolas, Bruno Venâncio e Teresa Pena, pelas reflexões, pelas aprendizagens e por me acompanharem nesta caminhada,

Aos enfermeiros de todos os serviços onde estagiei, pelo acolhimento e ajuda, fazendo-me sentir parte da equipa,

Aos meus pais, ao meu marido e às minhas amigas de longa data pelo incentivo constante, apoio incondicional e por acreditarem sempre em mim,

Um enorme obrigado!

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi desenvolvido o presente relatório, com o intuito de demonstrar, através da descrição e reflexão, a minha evolução profissional e pessoal enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Nos três estágios realizados, no Serviço de Urgência Geral, Unidade de Ventilação não Invasiva e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, a prestação de cuidados paliativos foi um tópico referenciado, pois estes cuidados estão presentes ao longo de várias etapas do processo de saúde-doença, não sendo exclusivos a uma única unidade hospitalar para prestação de cuidados a pessoas em fim-de-vida. Os cuidados paliativos podem estar presentes no decorrer de uma doença aguda, crónica ou agudização da anteriormente referida. Por conseguinte, podem estar igualmente presentes em momento de doença grave, sendo necessários num serviço de urgência ou numa unidade de cuidados intensivos, pois cuidados paliativos são ações que procuram aliviar o sofrimento e proporcionar conforto à pessoa e família.

Nesta envolvência surgiu a motivação para realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros de unidade de cuidados intensivos, onde é sublinhada a importância desta investigação para promover o desenvolvimento de competências de mestre.

Em continuidade, foi feita uma descrição e análise das competências desenvolvidas neste período académico e profissional, tendo por base os regulamentos das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem. No que toca às competências comuns dou destaque à competência da melhoria continua da qualidade, onde demonstro a minha participação ativa para a melhoria da qualidade dos cuidados. Relativamente às competências específicas, as mesmas foram sendo desenvolvidas ao longo dos três contextos de estágios de forma transversal, dando ênfase ao desenvolvimento de competências para cuidar de pessoas com alteração do padrão respiratório, constituindo-se também, o conforto e a diminuição da incerteza o foco central do meu cuidado. Destaco igualmente o desenvolvimento da competência da comunicação com o doente e família e a consequente diminuição do sofrimento ao diagnosticar e intervir nas necessidades dos mesmos.

No fim deste percurso, considero que os objetivos foram atingidos, o que me permitiu aperfeiçoar o meu percurso enquanto pessoa e enfermeira, não tendo sido o fim, mas um caminho para continuar o meu crescimento.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem Médico-cirúrgica, Cuidados em Fim de Vida

ABSTRACT

Within the scope of the master's degree in Nursing, in the Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing for people in critical situation, this report was developed, in order to demonstrate, through description and reflection, my professional and personal evolution as a future specialist nurse and master.

In the three internship contexts carried out, such as General Emergency Service, Non-Invasive Ventilation Unit and Intensive and Intermediate Care Unit, the provision of palliative care was a referenced topic, because it's present throughout several stages of the health-disease process, and it isn't exclusive to a single hospital unit for providing end-of-life care. Palliative care can be present in the course of an acute, chronic or exacerbation of the aforementioned illness. Therefore, they can also be present in times of critical illness, being necessary in an emergency service or an intensive care unit, because palliative care is an action that seeks to alleviate suffering and provide comfort to the person and family.

Therefore, it has emerged a systematic review on the experiences of end-of-life care, of nurses who work the intensive care unit, where the importance of research is underlined in order to develop master's skills.

Subsequently, a description and analysis of the competences developed in this academic and professional period was carried out, based on the norms of competences that regulate the nursing specialties. Of the common skills, I highlight the competence of continuous quality improvement, where I demonstrate my active participation in improving the quality of care. Regarding the specific competences, they were developed throughout the three contexts of internships in a transversal way, emphasizing the development of competences to care for people with altered respiratory pattern, also constituting comfort and the reduction of uncertainty as a central focus of my care. I also highlight the development of communication competence with the patient and family and the consequent reduction of suffering through the perception of their needs.

At the end of this journey, I believe that the objectives were achieved, which allowed me to improve my path as a person and a nurse, since it's not the end, but a path to continue my growth.

Key words: Person in critical situation, Medical-Surgical Nursing, End-of-Life Care

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

APA^{7th} - *American Psychological Association 7th Edition*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CO₂ – Dióxido de Carbono

cmH₂O – Centímetros de água

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

JBI – *Joana Briggs Institute*

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem cardiorrespiratória

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TISS – Sistema de Pontuação de Intervenção Terapêutica

TOT – Tubo Orotraqueal

UANP – Unidade de Atendimento Não Programado

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO	19
1.1 ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	20
1.2 MATERIAIS E MÉTODOS	22
1.3 RESULTADOS	24
1.4 DISCUSSÃO	30
1.5 CONCLUSÃO	39
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	41
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	45
2.2 UNIDADE DE SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	59
2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS	66
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES	89
Apêndice I - “Poster: “As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos – revisão sistemática da literatura de evidência de significado””	91
Apêndice II - “Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave”	95
Apêndice III – “Dispositivos apresentados na apresentação sobre o NAS à equipa da UCII”	107
ANEXOS	119
Anexo I – “Certificado de 1º prémio, na área de Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP”	121
Anexo II – “Documento de Avaliação da Qualidade Metodológica do Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020)”	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura “PICO” para formulação da questão de investigação	22
Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica	25
Tabela 3 – Caracterização das publicações	26
Tabela 4 – Síntese de Resultados	29
Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Resultados	24
-------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi redigido no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no 14º Mestrado em Enfermagem, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Tem como principal propósito espelhar o percurso desenvolvido ao longo destes meses, através da descrição e análise das atividades e competências desenvolvidas no decorrer dos estágios realizados. Assim, conseguirei justificar a obtenção do título de enfermeira especialista em médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Em complementaridade à obtenção do título profissional, junta-se a obtenção do grau de mestre, sendo considerado uma mais valia na formação de enfermeiros, tal como é afirmado no “*Regulamento do Mestrado em Enfermagem*”, aprovado pelo Conselho Científico do ICS em outubro de 2017 (UCP, 2017).

Segundo o artigo 4º do Decreto-Lei nº. 161/96, de 4 de setembro, correspondente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o enfermeiro especialista é o profissional com “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*”. Vieira (2009) corrobora esta ideia e afirma que o enfermeiro especialista é capaz de prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível de conhecimento e habilidades mais aprofundados, conseguindo atuar principalmente em situações de crise ou risco.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica apresenta uma grande abrangência de cuidados, de acordo com as necessidades dos utentes e os vários contextos de intervenção, pelo que, dentro desta especialidade, surgiram outras subcategorias: área de enfermagem à pessoa em situação crítica; área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, o alvo dos cuidados é a pessoa em situação crítica, que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018, p.19362) corresponde “*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”.

Nos anos que precederam a realização do Mestrado em Enfermagem, desempenhei funções, enquanto enfermeira de cuidados gerais, na Unidade de Atendimento Não Programado (UANP), de um hospital de referência para o cuidado à pessoa com doença oncológica. Apesar desta especificidade, surgiram várias situações de urgência e emergência tanto relacionados com complicações dos tratamentos da doença oncológica, como relacionados com comorbilidades dos doentes. Uma vez que os cuidados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e complexos, senti a necessidade de aprofundar e consolidar conhecimentos nesta área e assim, ao ingressar no Mestrado em Enfermagem, este iria munir-me de ferramentas necessárias para continuar a evoluir como enfermeira, mais concretamente, como enfermeira especialista de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Todo o pensamento e ação no decorrer dos estágios e na realização do presente relatório foram sustentados pela Teoria do Conforto, introduzida por Katherine Kolcaba, que defende que o conforto é o resultado essencial para os cuidados de saúde (Kolcaba, 2003). Também Merle Mishel sustentou o meu pensamento e ação, através da Teoria da Incerteza na Doença. Para esta teórica, incerteza é definida como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença (Mishel, 2014).

Ao longo da minha prática profissional e académica, ambas as teóricas estiveram presentes na minha ação através da prestação de cuidados paliativos e/ou cuidados à pessoa em fim-de-vida e à sua família.

Os cuidados paliativos estão presentes ao longo de várias etapas do processo de saúde-doença, podendo estar presentes no decorrer de uma doença crónica e/ou no decorrer de uma doença aguda, inclusive quando esta se mostra grave e crítica, porque os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte, tendo como principal objetivo o bem-estar e a qualidade de vida do doente, promovendo uma abordagem global e holística do sofrimento (Neto, 2016).

Ora, a pessoa em situação crítica, tanto num Serviço de Urgência (SU), como numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), apresenta uma grande probabilidade de estar em sofrimento, tanto por apresentar dor, como por alterações da imagem corporal ou até mesmo por apresentar sentimentos de incerteza sobre o futuro do seu estado de saúde. Kolcaba

(2003) refere-se ao sofrimento como o oposto do conforto, portanto cabe aos enfermeiros fazer de tudo para aliviar o sofrimento.

No seguimento desta linha de pensamento, pode afirmar-se que as intervenções de âmbito paliativo são necessárias tanto num SU como numa UCI.

Realizei estágios em três contextos diferentes, onde as temáticas da prestação de cuidados paliativos e/ou cuidados em fim de vida estiveram presentes. No entanto, foi na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCII) que me apercebi o quão pouco esta temática é abordada neste ambiente. Desta forma, juntamente com uma colega de mestrado, elaborámos a revisão sistemática da literatura de evidência de significado sobre as experiências de cuidado em fim de vida dos enfermeiros em UCI.

Estruturalmente, este relatório encontra-se redigido segundo orientações da UCP, no Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” de 2021 (ICS, 2021). Após a Introdução, este relatório está dividido em dois capítulos, onde demonstro, através da descrição e reflexão, a minha evolução profissional e pessoal enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

No primeiro capítulo é apresentado o desenvolvimento de competências na área de investigação através da apresentação da revisão sistemática da literatura de evidência de significado intitulada “*As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos – revisão sistemática da literatura de evidência de significado*”, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados e, assim, contribuir para a evolução do conhecimento.

O segundo capítulo está dividido em três subcapítulos que correspondem aos três contextos de estágio: Serviço de Urgência Geral (180h de contacto), integrado na Unidade Curricular “*Vigilância e Decisão Clínica*”; Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva (100h de contacto) e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (260h de contacto) integrados na Unidade Curricular “*Estágio Final e Relatório*”. Numa fase inicial serão descritos e caracterizados os três contextos de estágio. Em continuidade é apresentado o desenvolvimento de competências em cada estágio, sendo descritas e analisadas crítica e reflexivamente as experiências vivenciadas e atividades realizadas.

Suportada no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, direcionado para as “*Competências comuns do enfermeiro especialista*” e no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros, onde são explanadas as “*Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*”

na área de enfermagem à pessoa em situação crítica”, estabeleci objetivos facilitadores ao desenvolvimento de competências que contribuíram para a minha evolução profissional e pessoal enquanto futura enfermeira especialista e mestre de médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica. Ao longo do relatório, as competências aparecem descritas em nota de rodapé de forma a facilitar a organização do trabalho e a sua leitura.

Por último, é apresentada na conclusão uma breve análise transversal do relatório, seguida dos apêndices e anexos que considerei pertinentes e necessários.

Este documento encontra-se redigido de acordo com a norma de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA7th) 7^a edição.

1. AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO

No último século, com o desenvolvimento tecnológico surgiu a oportunidade para melhores cuidados de saúde centrados na cura. Assim, foi possível prolongar o tempo de vida das pessoas, proporcionando um claro aumento da longevidade. Por consequência, desenvolveram-se novas patologias que se tornaram crônicas e sem perspectiva de cura (Capelas, *et al.*, 2016).

Surgiu a despersonalização dos cuidados de saúde prestados aos doentes crônicos, o que permitiu o desenvolvimento do modelo de cuidados paliativos, chamando a atenção para o sofrimento do doente com doença incurável e para a desadequação dos cuidados prestados (Capelas, *et al.*, 2016).

Foram desenvolvidos vários modelos de cuidados ao doente paliativo, contudo o modelo cooperativo com intervenção nas crises, adaptado de Gómez-Batiste e seus colaboradores (2005), é o mais adequado para o que se preconiza atualmente para os cuidados paliativos. Este modelo refere que deverá existir uma permanente colaboração, com acessibilidade a intervenções curativas e paliativas, desde o início do processo de doença (Capelas *et al.*, 2016)

Deste modo, considerando este modelo, um doente pode carecer de cuidados paliativos e não estar em fase de doença terminal. Por conseguinte, poderá haver a necessidade de intervenção em momentos de crise, como por exemplo, em fase de doença aguda e/ou grave.

No que toca à pessoa em situação crítica internada em UCI, nem sempre a temática da necessidade de cuidados paliativos e/ou em fim de vida é mencionada ou perspectivada. Assim, para melhor compreender esta problemática, optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado, apenas com estudos qualitativos primários, com a premissa de compreender o significado das experiências de cuidados em fim de vida, da equipa de enfermagem em UCI, e assim poder levar para a prática conhecimentos baseados em evidência científica, bem como continuar a realizar investigação nesta área.

De forma a divulgar os resultados obtidos, realizou-se um poster (Apêndice I) apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP, que foi premiado com o 1º lugar na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, apresentando-se o certificado em anexo (Anexo I).

1.1 ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020a) os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida, previne e alivia o sofrimento do doente e família que enfrenta problemas associados a doenças que ameaçam a vida. A identificação precoce, avaliação correta e tratamento de problemas quer sejam físicos, psicossociais e espirituais são intervenções mencionadas pela OMS (2020a) para um cuidado paliativo de excelência.

Os cuidados paliativos são precisamente uma abordagem multidisciplinar, cujo objetivo é manter e melhorar a qualidade de vida dos doentes em qualquer estadió de doença, prevenindo e aliviando o sofrimento precocemente (Metaxa *et al.*, 2021), numa abordagem global e holística, havendo necessidade de formação nas diferentes áreas de atuação – física, psicológica, social e espiritual (Neto, 2016).

A ausência de resposta a um tratamento com intuito curativo, determina a progressão inexorável da doença e conseqüente agravamento do estado de saúde da pessoa. Os cuidados em fim de vida são considerados como o cuidado ativo e total para com este indivíduo (Attia *et al.*, 2013) tendo como principal objetivo ajudar o doente a morrer em paz, com conforto e dignidade. (Xu *et al.*, 2022).

Por outro lado, a UCI é vista como um ambiente técnico, objetivo e contínuo (Martins *et al.*, 2015) e tem como principal objetivo ajudar a pessoa a sobreviver a uma crise de saúde aguda (Akgun *et al.*, 2019) causada por eventos de doença grave. Devido a estas características, os cuidados realizados são sustentados em um modelo biomédico, linear, baseado em tarefas, fragmentado e mecanizado, que não cuida das outras dimensões do ser humano (Martins *et al.*, 2015). A admissão de um doente na UCI é a afirmação da intensão de salvar uma vida, o que pode levar a uma despersonalização da pessoa e o mesmo é observado em função da doença, não se valorizando a pessoa que é, com dignidade e merecedora de respeito, independentemente da situação que vive (Rosário, 2009).

Na sociedade ocidental contemporânea, a morte ocorre predominantemente em ambiente hospitalar (Porock *et al.*, 2009), sendo que um em cada cinco morre na UCI (Mani

& Ibrahim, 2017). A morte do doente nestas unidades, resulta muitas vezes da incapacidade de recuperação de uma doença crítica, portanto são tomadas decisões para mudar o objetivo de cuidados (Wong *et al.*, 2020). Assim, os enfermeiros de cuidados intensivos têm que mudar frequentemente o foco dos seus cuidados de medidas curativas para cuidados de fim de vida (Attia *et al.*, 2013), melhorando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento do doente.

No entanto, os membros da equipa multidisciplinar das UCI's ficam ansiosos perante as dúvidas sobre o real significado da vida e da morte, questionando-se até quando avançar com os procedimentos de suporte vital e quando será o momento para parar. Por não estarem preparados para essa questão, a medicina moderna passa a subestimar o conforto do doente terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte (Moritz *et al.*, 2008).

As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente para a qualidade de cuidados nas UCI's e nesse sentido a enfermagem deve estar apta a promover alívio do sofrimento daqueles que sentem dor e desconforto durante o processo de morte (Aquino *et al.*, 2016).

Neste sentido, foi então desenvolvida uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado com o objetivo de **sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI**. Pretende-se então, realizar uma síntese sobre a visão dos enfermeiros sobre esta temática, procurando compreender o que pode facilitar ou dificultar a prestação de cuidados paliativos à pessoa em situação crítica.

Foi escolhido este tipo de revisão pois o fenómeno a ser estudado são as experiências dos enfermeiros que trabalham em UCI e uma investigação qualitativa contribui para a apreensão das mesmas, através de uma compreensão profunda dos pensamentos e emoções dos participantes, sendo necessários métodos rigorosos para garantir que as perspetivas dos participantes sejam descritas com precisão (Gray & Grove, 2021). Assim, uma vez que as experiências destes enfermeiros são algo subjetivo, ou seja, variam da ótica de cada um, a revisão de unicamente estudos qualitativos, permitiu compreender de forma mais profunda e real a visão destes enfermeiros sobre o fenómeno, dando significado às experiências e emoções vividas.

Por fim, esta revisão, para além da presente introdução, irá dividir-se em mais quatro subcapítulos: materiais e métodos, resultados, discussão e por último termina com uma breve conclusão da revisão da literatura.

1.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão caracteriza-se por ser uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Significado e encontra-se organizada de acordo com o método de revisão proposto por Joana Briggs Institute (JBI) segundo o Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020).

Esta revisão tem como objetivo dar resposta à questão de investigação: **Quais são as experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI?**. Esta foi formulada a partir da estrutura “PICO” (Tabela 1) tendo sido utilizados única e exclusivamente estudos primários e de metodologia qualitativa, tais como fenomenologia, *grounded theory* e etnografia. Também foram considerados estudos qualitativos descritivos e exploratórios que descrevam a experiência ou os efeitos da experiência. Foram incluídos estudos com os idiomas Português, Inglês e Espanhol. Não existiu nenhum critério temporal para uma maior abrangência nos estudos encontrados. Foram excluídos todos os estudos duplicados, todos os que não cumpriram os critérios estabelecidos ou que não se encontravam disponíveis na sua versão integral à data da pesquisa.

Tabela 1 – Estrutura “PICO” para formulação da questão de investigação

P	População	Enfermeiros
I	Fenómeno de Interesse	Experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI
Co	Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos

A realização do processo de busca e posterior seleção e avaliação de artigos científicos passou por dois revisores independentes. Durante o processo foram discutidas as divergências com toda a equipa de investigação para atingir consensos.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas como está previsto no Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020). A primeira etapa passou por realizar uma pesquisa inicial nos motores de busca *Google Scholar*, *B-On* e *Mendeley*, de forma a realizar-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos tal como os descritores utilizados, para que posteriormente se pudesse construir a equação da pesquisa. Foi então realizada nova pesquisa através do motor de busca *EBSCO*, nas bases de dados *CINAHL complete*, *MEDLINE complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register Of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science &*

Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers. A equação da pesquisa utilizada foi: [Nurs* (TI) OR Nurs* (AB)] AND [Terminal care (TI) OR Terminal care (AB) OR Palliative care (TI) OR Palliative care (AB) OR End of life care (TI) OR End of life care (AB) OR Dying care (TI) OR Dying care (AB)] AND [Intensive care unit (TI) OR Intensive care unit (AB) OR Critical care unit (TI) OR Critical care unit (AB) OR ICU (TI) OR ICU (AB)] AND [Qualitative study (AB) OR Qualitative study (TX) OR Grounded theory (AB) OR Grounded theory (TX) OR Phenomenological study (AB) OR Phenomenological study (TX) OR Case study research (AB) OR Case study research (TX)]. Finalmente, na terceira etapa procedeu-se à verificação das listas de referências dos artigos para possíveis estudos adicionais, sendo que neste caso não foram encontrados estudos que respeitassem os critérios de inclusão. Toda a pesquisa foi realizada no decorrer do mês de janeiro de 2022.

A seleção dos artigos foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Após a seleção das publicações, foi efetuada a avaliação da qualidade metodológica consoante o instrumento apresentado no Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020) intitulado *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Aromataris & Munn, 2020). Todas as avaliações efetuadas foram agrupadas numa tabela (Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica) que será apresentada no subcapítulo “1.3 Resultados”. Caso a existência de limitações metodológicas, os artigos poderão ser excluídos.

A extração dos dados foi realizada a partir da utilização de dois instrumentos de recolha de dados referenciados no Manual da JBI acima descrito, sendo os dados agrupados nesses mesmos instrumentos. O primeiro é referente à caracterização dos artigos incluídos nesta revisão (Tabela 3 – Caracterização das publicações) que será apresentada no próximo subcapítulo “1.3 Resultados”. O segundo é referente à extração de ideias-chave e à respetiva avaliação de credibilidade, fazendo parte de um processo de três etapas de síntese de dados. O mesmo encontra-se representado numa tabela (Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave), que foi remetida para apêndice (Apêndice II) pela sua extensão.

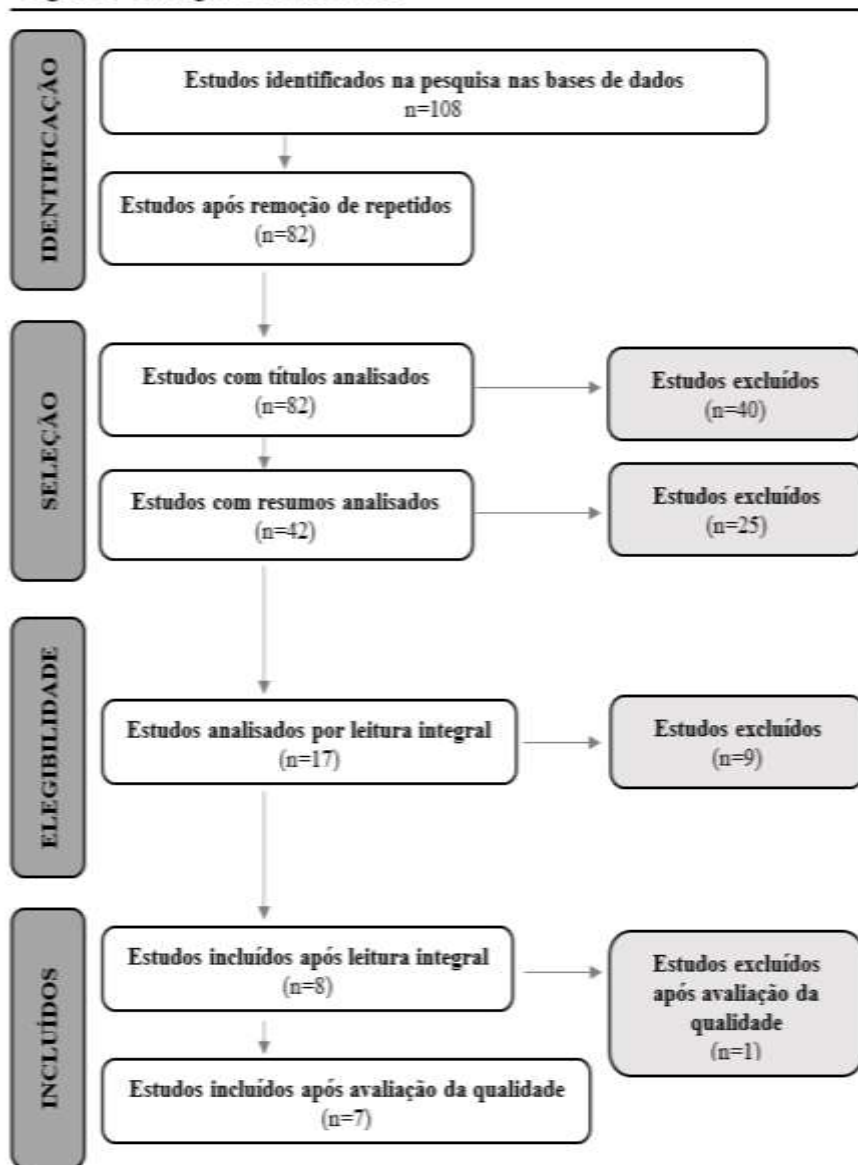
A síntese de dados decorreu por processo de categorização com base na semelhança de significado e de agregação tendo sido procedida num processo de três etapas. A primeira consistiu na extração de ideias-chave de todos os artigos incluídos, através de uma leitura repetida dos mesmos e selecionando temas importantes para a resposta do objetivo da revisão através das vozes dos participantes e da análise temática realizada pelos autores. De seguida,

foram desenvolvidas categorias baseadas na semelhança de palavras/conceitos ou temáticas. Por fim, numa terceira fase, as várias categorias foram agrupadas em dois tópicos major. Para melhor compreensão dos leitores foi ainda realizada uma tabela (Tabela 4 – Síntese de Resultados), onde são demonstrados os resultados e respetivas categorias, que será igualmente apresentado no próximo subcapítulo.

1.3 RESULTADOS

O processo de seleção dos artigos incluídos foi realizado através da estratégia de pesquisa acima descrita e encontra-se ilustrado no diagrama de fluxo (Figura 1 – Fluxograma de Resultados), tendo tido por base as recomendações metodológicas para revisões sistemáticas qualitativas do Manual do JBI (Aromataris & Munn, 2020).

Figura 1 – Fluxograma de Resultados



Com base na estratégia de pesquisa acima referida obtiveram-se num total 108 resultados. Após a remoção das publicações repetidas, ficaram 82 artigos para análise por parte de dois revisores de forma independente, sendo que no final foram discutidos os resultados chegando a um consenso. Após leitura dos títulos foram analisados 42 resumos de publicações, ficando com 17 artigos para leitura integral. Após chegada de consenso, através dos critérios estabelecidos, foram selecionadas 8 publicações. Dessas 8 publicações, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica, tendo por base o instrumento padrão de avaliação crítica da JBI, sendo que se encontra sintetizada na Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica. Para melhor compreensão do quadro apresentado, o instrumento utilizado denominado *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Aromataris & Munn, 2020) foi remetido para anexo (Anexo II).

Tabela 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica.

Artigos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Aquino <i>et al.</i> (2016)	S	S	S	N	N	N	NA	N	N	N
Holms <i>et al.</i> (2014)	S	S	S	S	S	N	NA	S	N	S
Vaughn & Salas (2022)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Alasiry <i>et al.</i> (2012)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S
McCallum & McConigley (2013)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
McKeown <i>et al.</i> (2010)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Silva <i>et al.</i> (2020)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S
Jordan <i>et al.</i> (2014)	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S

S – Sim; N – Não; NC – Não está claro; NA – Não se aplica

Após a avaliação metodológica, o artigo de Aquino *et al.* (2016) foi excluído por limitações metodológicas. Apesar de a forma de colheita de dados ser congruente com a metodologia utilizada, tendo sido através de entrevista semiestruturadas, não houve demonstração dos resultados nem representação das vozes dos participantes, havendo unicamente uma descrição global dos resultados obtidos.

Em todos os outros artigos, a questão sobre a influência do pesquisador na pesquisa (Q7) foi colocada com “Não se aplica”, pois, os objetivos das publicações escolhidas era explorar perspectivas, não havendo influencia do pesquisador sobre os resultados obtidos.

Sendo assim, após avaliação da qualidade metodológica, obteve-se um total de 7 artigos com datas de publicação compreendidas entre 2010 e 2022, havendo pelo menos uma publicação em cada continente, excluindo a Antártica. As publicações que constituem esta revisão da literatura encontram-se caracterizadas na Tabela 3 – Caracterização das publicações, incluindo as datas de publicação, país, objetivo do artigo, população e metodologia utilizada.

Tabela 3 – Caracterização das publicações

Autores	Ano	País	Objetivos	População	Metodologia
Holms <i>et al.</i>	2014	Escócia	Explorar as experiências dos enfermeiros de UCI que prestaram cuidados de fim-de-vida a doente e à sua família	5 enfermeiros registados de “Band 5” e “Band 6”, podendo trabalhar em <i>part-time</i> ou a tempo inteiro e que tenham prestado cuidados a doentes em fim-de-vida nos últimos 2 anos.	Fenomenologia
Vaughn & Salas	2022	Canadá	1) Explorar as barreiras na prestação de cuidados paliativos em cuidados intensivos na perspectiva dos enfermeiros de cuidados intensivos 2) Examinar os facilitadores na prestação de cuidados paliativos em cuidados intensivos na perspectiva dos enfermeiros de cuidados intensivos	11 enfermeiros com experiência em cuidados intensivos entre 1 e 15 anos.	Qualitativa descritiva

Alasiry <i>et al.</i>	2012	Arábia Saudita	Explorar as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados paliativos a doentes críticos numa unidade de cuidados intensivos na Arábia Saudita	9 enfermeiros (4 mulheres e 5 homens; 4 falavam Árabe e 5 não falavam Árabe), com experiência de pelo menos 3 anos.	Qualitativa
McCallum & McConigley	2013	Austrália	Ganhar mais informação sobre as experiências dos enfermeiros que proporcionam uma experiência de fim de vida digna numa UCI	5 enfermeiras, com média de idades de 36 anos, havendo uma diferença de 20 anos da enfermeira mais nova e a mais velha. Apresentavam uma média de anos de experiência de 10 anos e uma média de anos de experiência na unidade de 8 anos	Qualitativa descritiva e exploratória
McKeown <i>et al.</i>	2010	Escócia	Explorar em profundidade as visões e experiências da equipa da UCI sobre as dificuldades na prestação de cuidados paliativos na UCI <i>Stirling Royal Infirmary</i>	Um total de 25 profissionais de saúde sendo 10 enfermeiros	Qualitativa

Silva <i>et al.</i>	2020	Brasil	Identificar a percepção da equipa de enfermagem sobre cuidados paliativos na UCI	<p>30 profissionais da equipa de enfermagem, sendo 18 enfermeiros e 12 técnicos em enfermagem.</p> <p>As idades dos participantes estão compreendidas entre 30 e 59 anos, sendo que a maioria se concentra nas idades entre 30 e 39 anos. 22 eram do sexo feminino</p> <p>23 enfermeiros apresentavam mais de 10 anos de experiência, contudo o tempo de atuação em cuidados intensivos era menor do que 4 anos</p>	Qualitativa
Jordan <i>et al.</i>	2014	África do Sul	Explorar e descrever as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente a questões de fim de vida em uma UCI	<p>20 enfermeiras registados, sendo que só realizaram entrevistas semiestruturadas a 9 enfermeiras, por saturação dos dados (4 com qualificações adicionais em enfermagem de cuidados intensivos, 5 com experiência em enfermagem de cuidados intensivos)</p>	Qualitativa, descritiva, exploratória e contextual

Foram realizadas leituras sucessivas dos 7 artigos com extração das ideias - chave e respetivos níveis de credibilidade, constituindo assim a Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias – Chave, que foi remetida para apêndice (Apêndice II) pela sua extensão.

Tabela 4 – Síntese de Resultados

Autores (ano)	Facilidades				Dificuldades				
	Comunicação	Conforto	Envolvimento da família	Padronização de cuidados	Comunicação	Ambiente da UCI	Paradigma curativo em UCI	Défice de formação	Experiência de stress
Holms <i>et al.</i> (2014)	x			x	x	x		x	x
Vaughn & Salas (2022)	x		x		x	x	x	x	
Alasiry <i>et al.</i> (2012)	x	x		x	x				x
McCallum & McConigley (2013)		x				x	x		
McKeown <i>et al.</i> (2010)					x		x		
Silva <i>et al.</i> (2020)	x	x	x						
Jordan <i>et al.</i> (2014)			x					x	x

A tabela acima (Tabela 4 – Síntese de Resultados) corresponde a uma síntese de todos os resultados obtidos agrupados em diferentes categorias e pode compreender-se quais as categorias mais referenciadas.

Conseguiu-se identificar um total de nove categorias que foram agrupadas em dois grandes temas: facilidades e dificuldades, que, na visão dos enfermeiros, influenciavam os cuidados com intuito paliativo à pessoa internada em UCI. Foram identificadas quatro facilidades: (1) Comunicação; (2) Conforto; (3) Envolvimento da família; (4) Padronização de cuidados; e encontrou-se cinco dificuldades: (1) Comunicação; (2) Ambiente da UCI; (3) Paradigma curativo em UCI; (4) Défice de formação; (5) Experiência de Stress.

O fenómeno da comunicação foi o mais abordado nas publicações incluídas, tendo sido referenciado num total de 5 artigos. Foi dividido em duas categorias distintas por ser apresentado tanto como facilidade como dificuldade dependendo se a comunicação era ou não eficaz.

1.4 DISCUSSÃO

Esta revisão demonstra as várias experiências dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados em fim de vida na UCI. Foram identificadas facilidades que influenciam estes cuidados, mas sobretudo destacaram-se as dificuldades. De seguida irão ser abordadas as várias categorias já anteriormente referidas de forma a compreender melhor o significado das experiências dos vários participantes dos estudos incluídos.

Assim, os estudos utilizados para a realização desta revisão foram norteados por diversos países (Escócia, Canadá, Arábia Saudita, Austrália, Brasil e África do Sul), o que permitiu ter uma visão mais abrangente sobre o tema em estudo. Os artigos utilizados para o estudo encontram-se entre o ano de 2010 do autor McKeown *et al.* (2010) e 2022 com o artigo de Vaughn & Salas (2022).

Facilidades

Comunicação

A comunicação como facilidade é um dos fenómenos mais referenciados pois foi focada em quatro dos sete artigos utilizados para a elaboração da revisão.

No estudo de Holms *et al.* (2014) foi destacada a importância de uma boa comunicação entre a equipa, sendo determinante envolver a equipa multidisciplinar na

comunicação com a família e doente durante todo o processo da prestação de cuidados em fim de vida.

Por outro lado, segundo Vaughn & Salas (2022) uma comunicação honesta, aberta, adequada e centrada no doente é fundamental para uma correta prestação de cuidados em fim de vida em contexto de UCI. Este processo facilita a promoção de cuidados de qualidade focados no doente.

De acordo com os autores supracitados, perceber o que o doente moribundo gostaria de fazer na fase final da sua vida é algo possível em ambiente de UCI, pois esta comunicação entre o enfermeiro/doente conduz à boa prática de cuidados paliativos, dando importância à vontade do outro. (Vaughn & Salas, 2022).

Noutra perspetiva, Alasiry *et al.* (2012) evidencia a importância da partilha de informação entre equipa, principalmente aquando da discussão de quais as intervenções médicas que o doente necessita. Sempre que a equipa discute quais os cuidados mais adequados a realizar ao doente, melhor serão as intervenções realizadas (Alasiry *et al.*, 2012). É de destacar a importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados em fim de vida na medida em que este é o profissional que a equipa multidisciplinar aborda em primeira linha. Esta vê o enfermeiro como elemento da equipa que é detentor de maior conhecimento do doente, portanto é neste profissional que a equipa vai procurar mais informação com o objetivo de personalizar cuidados (Alasiry *et al.*, 2012).

Por último Silva *et al.* (2020), entende como comunicação eficaz quando a informação que a equipa de saúde detém é passada de forma uniformizada e clara ao doente, bem como à família que é vista como parceira de cuidados. De acordo com os mesmos autores, a família e o doente têm o direito fundamental de participar nas decisões tomadas e isso só é possível se estes estiverem sempre envolvidos no processo (Silva *et al.*, 2020).

Os diferentes artigos enfatizam a importância de uma comunicação eficaz como estratégia para uma melhoria na prática de cuidados paliativos ao doente da UCI. Segundo Holms *et al.* (2014) em concordância com Alasiry *et al.* (2012) a comunicação entre a equipa é algo fundamental na boa prática. No entanto, Vaughn & Salas (2022) e Silva *et al.* (2020) focam o seu estudo na importância da informação passada à família/doente enquanto aliados na prestação de cuidados mais específicos e adequados à pessoa que necessita de cuidados paliativos de qualidade.

Conforto

A temática do conforto foi destacada de forma explícita em três dos sete artigos analisados. Para Kolcaba (2003) existem três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Assim, achou-se pertinente incluir o fenómeno da espiritualidade, na categoria do conforto.

O tema da espiritualidade centrada no conforto espiritual caracteriza-se de acordo com Alasiry *et al.* (2012) como algo inerente ao bem-estar do doente em fim de vida, ou seja, um elemento fulcral no bem-estar do doente. De acordo com Alasiry *et al.* (2012), para garantir o bem-estar do doente em final de vida, o enfermeiro deve estar preocupado em conhecer e compreender o meio onde este cresceu e quais os seus valores e crenças. Desta forma, consegue estabelecer uma relação terapêutica e adequada ao outro, onde proporciona cuidados paliativos individualizados independentemente da pessoa se encontrar internada em contexto de UCI.

Alasiry *et al.* (2012) referem igualmente que as diferenças culturais podem afetar a prestação de cuidados. O facto de o profissional saber falar a mesma língua, partilhar a mesma cultura e crenças facilita todo o processo de prestação de cuidados paliativos à pessoa em situação crítica em UCI, pois desta forma a mensagem obtida através da comunicação é corretamente valorizada (Alasiry, S. *et al.* 2012).

Silva *et al.* (2020) e McCallum & McConigley (2013) consideram que o conforto físico e espiritual são indissociáveis. Os segundos autores referem que o enfermeiro tem o papel de proteger o doente de todos os cuidados invasivos desnecessários e que são apenas geradores de sofrimento.

De acordo com McCallum & McConigley (2013), o controlo de sintomas é fulcral para proporcionar conforto (físico) e assim garantir a dignidade do doente. É destacado pelos participantes deste estudo o alívio da dor no sentido de proporcionar qualidade de vida ao doente que recebe cuidados paliativos. Os cuidados em fim de vida são vistos como o cuidar humanizado, quando todas as tentativas de tratamento já foram esgotadas.

Na vertente do conforto espiritual, McCallum & McConigley (2013) descrevem a importância de respeitar a espiritualidade e os últimos desejos do doente e da família, de forma a manter a sua dignidade durante todo o internamento vivenciado na UCI.

Por outro lado, o estudo relata que todo indivíduo tem a sua religião, crenças e valores que nesta fase do cuidar deve ser totalmente garantida por parte do enfermeiro, pois o doente

vai agarrar-se à sua espiritualidade para conseguir viver esta etapa com a garantia de qualidade de vida (McCallum & McConigley, 2013).

Os três artigos são perentórios na importância de proporcionar cuidados em fim de vida em UCI, onde o conforto é considerado como um elemento fulcral na boa prática, bem como na qualidade de cuidados prestados.

Envolvimento da família

O tema associado ao envolvimento da família, com o intuito de melhorar ou facilitar os cuidados em fim de vida ao doente internado na UCI, tem um particular destaque em três dos artigos envolvidos para a realização desta revisão. A realçar que um dos artigos onde este tema está mencionado é do ano de 2022, o que nos demonstra a atualidade e pertinência do fenómeno.

No artigo de Vaughn & Salas (2022) a família aparece como um elemento chave no conhecimento do doente e das suas vontades. Este artigo destaca a realização de um plano de cuidados antecipado tendo o envolvimento da família de forma personalizar os cuidados prestados. No momento da tomada de decisão para prestação de cuidados em fim de vida estes autores consideram igualmente importante a participação da família.

Tal como no artigo anterior, o estudo de Silva *et al.* (2020) e o artigo de Jordan *et al.* (2014) enfatizam a família como um elo de ligação entre a vontade do doente e a planificação de cuidados em fim de vida.

De acordo com Silva *et al.* (2020), a família para além da participação no plano de cuidados, tem um destaque especial na tomada de decisão. Jordan *et al.* (2014) corrobora esta afirmação, pois para os autores, a família deve estar presente na reunião da equipa multidisciplinar e é entre todos que a decisão para iniciar cuidados paliativos dirigidos ao indivíduo é tomada, pois a família sabe quais os cuidados de saúde que o doente gostaria de receber.

Os três estudos encontram-se direcionados ao envolvimento da família e à importância da mesma no ciclo vital do indivíduo. A família é vista pelos três artigos como a ponte entre a vontade do doente e a prestação de cuidados em fim de vida mais personalizados.

Padronização de cuidados

A existência de protocolos orientadores na prestação de cuidados é uma área em permanente desenvolvimento através da realização de procedimentos, normativas, etc, sendo que pretende-se padronizar ideias e formas de trabalhar perante um determinado diagnóstico.

Quando surgiu nos estudos a ideia de padronização de cuidados, percebeu-se que o objetivo da existência destes documentos na área dos cuidados paliativos em ambiente de UCI, tinha uma especial importância devido à dificuldade em perceber os *timings*, formas de atuar e intervenções específicas na abordagem ao doente que deixa de receber intervenções médicas do foro intensivo e inicia intervenções específicas a nível paliativo.

No mapeamento dos estudos percebeu-se que apenas dois dos sete artigos diferenciavam a existência de um protocolo que norteasse a prestação de cuidados.

No artigo de Holms *et al.* (2014) percebe-se que a existência de um protocolo específico dentro do hospital, proporciona aos profissionais uma maior confiança na prestação de cuidados ao doente em fim de vida na UCI. Através da utilização de um sistema integrado de cuidados (Liverpool Care Pathway), os enfermeiros conseguem ter um guião para trabalhar e neste obter orientações mais claras, menos papelada e cuidados em fim de vida mais estruturados (Holms *et al.*, 2014).

Outra perspetiva sobre a vantagem do uso de procedimentos específicos nesta área, em ambiente de UCI prende-se, tal como diz Alasiry *et al.* (2012), à existência de protocolos para cada ação de enfermagem, pois facilita o controlo de sintomas, o que permite ao enfermeiro prestar cuidados mais céleres e por consequência mais específicos. Assim, os enfermeiros enfatizam a importância de falarem todos a mesma linguagem, através da existência de protocolos onde pode haver uma padronização de cuidados (Alasiry *et al.* 2012).

Através dos estudos acima citados, a padronização de cuidados emerge da necessidade de ter um apoio no momento de iniciar e prestar cuidados o mais rápido e eficazes possíveis, aos doentes que iniciam cuidados paliativos em contexto de UCI, enquanto doente crítico.

Dificuldades

Comunicação

A comunicação como dificuldade, tanto entre a equipa multidisciplinar como para com o doente e a família, foi mencionada em quatro artigos, revelando-se das dificuldades mais referenciadas pelos enfermeiros.

Segundo Holms *et al.* (2014) os enfermeiros referem a existência de falhas na comunicação entre a equipa multidisciplinar, o doente e família, gerando mensagens contraditórias e inconscientes, principalmente quando se trata de decisões sobre suspender os cuidados curativos. Quando a comunicação entre a equipa não é clara e não existe consenso nas tomadas de decisão, pode gerar mensagens contraditórias para o doente e família. Esta questão é corroborada por Vaughn & Salas (2022), pois os enfermeiros referem que o tema cuidados em fim de vida é muitas vezes evitado na UCI, sendo abordado tardiamente no processo de cuidados. Referem igualmente que esta abordagem é feita de forma incorreta por parte da equipa, levando a mensagens conflituosas quando posteriormente é abordado à família o tema de suspender os cuidados curativos ao doente.

Este tema é mencionado por McKeown *et al.* (2010) de forma subtil, pois este artigo fala sobre a rotação frequente dos médicos levando a interrupções e alterações do planeamento dos cuidados, demonstrando assim falhas de comunicação entre a equipa, pois não há consenso na tomada de decisões. Foi referenciado pelos enfermeiros entrevistados que doentes passam de cuidados paliativos para cuidados com intuito curativo e vice-versa dependendo do médico que presta cuidados, não existindo assim, uma continuidade linear, podendo desenvolver sentimentos conflituosos na família.

Por outro lado, na publicação de Alasiry *et al.* (2012), a comunicação enquanto dificuldade é referida noutra perspetiva. A barreira linguística é vista como a principal barreira na comunicação entre o enfermeiro e o doente, pois muitos dos enfermeiros que prestam cuidados na Arabia Saudita não sabem falar árabe, levando a que por vezes as mensagens que querem ser transmitidas possam ser ambíguas.

Na grande maioria das vezes, os enfermeiros que trabalham em UCI, tal como o resto da equipa multidisciplinar, não estão preparados para falar sobre a possibilidade dos tratamentos serem suspensos e iniciar cuidados de conforto e de fim de vida, pois ainda existe um paradigma curativo dentro da unidade, ou seja, o objetivo dos cuidados ainda está muito direcionado para salvar vidas e não para ajudar a morrer, tal como será discutido de seguida.

Paradigma curativo em UCI

O paradigma curativo da equipa da UCI foi referenciado em três das publicações, tendo sido incluída nesta categoria a questão da tomada de decisão, pois as decisões tomadas pela equipa são influenciadas por esta cultura e pensamento.

Segundo Vaughn & Salas (2022), as UCI's estão enraizadas numa cultura e mentalidade para salvar vidas, o que por vezes pode dificultar a decisão médica para prestação de cuidados paliativos em exclusivo. De acordo com estes autores, por vezes não é tomada uma decisão definitiva e os cuidados ficam num “limbo” entre a perspetiva de salvar a vida ou de dar conforto até à morte, o que é visto como uma dificuldade para os enfermeiros, pois muitas das vezes não sabem como hão de proceder.

McCallum & McConigley (2013) afirmam que os cuidados em fim de vida muitas vezes são negligenciados pois a mentalidade da equipa está direcionada para salvar vidas. O fenómeno dos cuidados paliativos não é visto como tão importante para os membros mais velhos da equipa médica, muitas vezes alterando o plano de cuidados de uma perspetiva paliativa para uma perspetiva curativa (McKeown *et al.*, 2010). Estes autores, confirmam igualmente a dificuldade sentida pelos enfermeiros quando se veem a prestar cuidados a doentes com o intuito curativo, por decisão médica, utilizando métodos invasivos, percebendo que estão só a aumentar o sofrimento do doente e da família. Desta forma, tentam fazer ver à equipa médica que tais decisões podem causar sofrimento desnecessário.

Por outro lado, quando a decisão para prestação de cuidados em fim de vida é tomada, os doentes acabam por deixar de ser uma prioridade sendo rapidamente transferidos da UCI para dar primazia aos doentes com necessidade de cuidados emergentes. Assim, é gerado um conflito interno nos enfermeiros entre a necessidade de espaço para um doente crítico e proporcionar uma morte tranquila sem que o doente passe por uma transferência de serviço nos últimos momentos de vida (Vaughn & Salas, 2022).

Ambiente da UCI

Dos sete artigos utilizados para esta revisão, três referenciaram o ambiente da UCI como sendo uma dificuldade para a prestação de cuidados paliativos e/ou cuidados em fim de vida.

Os enfermeiros do estudo de McCallum & McConigley (2013) referem que existe falta de espaço na unidade e que o espaço entre as camas é pequeno o que leva à inexistência de privacidade entre os doentes. Holms *et al.* (2014) e Vaughn & Salas (2022) concordam

com a falta de privacidade existente na UCI e referem também que o ambiente da UCI é um ambiente ocupado e barulhento, sendo considerado pelos enfermeiros uma dificuldade aquando da prestação de cuidados em fim de vida, com o objetivo de proporcionar uma morte digna e em paz. Vaughn & Salas (2022) ainda se referem à alta utilização de tecnologia como uma barreira para a prestação de cuidados paliativos.

Apesar de os três artigos concordarem que o ambiente da UCI não é ideal para prestar cuidados paliativos, Holms *et al.* (2014) e Vaughn & Salas (2022) dão destaque ao rácio enfermeiro/doente ser de um para um, o que facilita o cuidado ao doente paliativo pois a atenção do enfermeiro é totalmente direcionada para o doente e para a sua família.

Défice de formação

A existência de pouca formação sobre a prestação de cuidados em fim de vida foi referenciada em três das publicações utilizadas para a revisão. Os enfermeiros entrevistados identificaram um acesso mínimo à formação sobre cuidados paliativos e/ou em fim de vida como sendo uma barreira para o cuidado (Vaughn & Salas, 2022). Segundo Holms *et al.* (2014) e Jordan *et al.* (2014) todos os enfermeiros entrevistados referenciaram que receberam pouca formação sobre os cuidados em fim de vida, principalmente em ambiente de UCI.

Holms *et al.* (2014) referem que ensinar sobre cuidados paliativos pode ser um tema complexo e que muitas vezes é expectável que os enfermeiros saibam como prestar cuidados em fim de vida, contudo não é o caso, pois muitos dos enfermeiros têm o desejo de ter mais formação sobre como comunicar com o doente e família sobre doenças graves (Vaughn & Salas, 2022).

Jordan *et al.* (2014) reconhecem a necessidade de formação e acompanhamento dos enfermeiros ao iniciar funções em uma UCI. Contudo, os enfermeiros nos estudos de Holms *et al.* (2014) e Vaughn & Salas (2022) concordam que as suas competências no cuidado em fim de vida foram desenvolvidas através da prestação direta de cuidados com boas e más experiências e através da observação dos elementos mais experientes.

Desta forma, os três artigos concordam que existe necessidade de uma maior formação sobre cuidados paliativos e/ou em fim de vida para uma melhor prestação de cuidados na UCI.

Experiência de *Stress*

Os fenômenos de *stress* (tanto psicológico, como desgaste físico) e falta de suporte na equipa foram agrupadas em uma única categoria pois estão diretamente relacionadas, porque a falta de suporte na equipa pode agravar o *stress* da mesma, tal como a existência de *stress* na equipa, pode ser melhorado quando há um apoio entre os membros da equipa multidisciplinar. Estas temáticas foram referenciadas em três dos artigos utilizados.

Segundo Holms *et al.* (2014), os enfermeiros entrevistados referem sentimentos de angústia, frustração, raiva e tristeza aquando a prestação de cuidados em fim de vida, principalmente quando existe alguma das barreiras anteriormente referidas como a comunicação não eficaz, o ambiente não ideal e défice na formação. Os mesmos autores também referem que os enfermeiros que não participam nas decisões do plano de cuidados desenvolvem sentimentos de angústia e *stress*. Por outro lado, apesar de Jordan *et al.* (2014) concordarem que a prestação de cuidados em fim de vida causa sentimentos de angústia, impotência, frustração, tristeza e raiva, a principal causa referida pelos enfermeiros entrevistados para o desenvolvimento destes sentimentos é participarem no término do tratamento curativo e sentirem que não conseguem fazer mais nada para salvarem os doentes.

É igualmente importante referir que os enfermeiros desenvolvem sentimentos de frustração, aumentando o seu *stress* psicológico, por não serem capazes de defender efetivamente o doente em fim de vida e diminuir o seu sofrimento. Os enfermeiros justificam esta dificuldade através da existência de um conflito hierárquico vivido entre enfermeiros e médicos (Jordan *et al.*, 2014).

Segundo Alasiry *et al.* (2012), para trabalhar na UCI é necessário ter muita tolerância e paciência devido à morte de pessoas muito jovens, o que causa muita tristeza aos enfermeiros. Estes autores referem igualmente que a relação criada com a família, quando muito próxima, afeta psicologicamente os enfermeiros quando a situação clínica do doente não é favorável (Alasiry *et al.*, 2012).

Alasiry *et al.* (2012) também dão ênfase ao desgaste físico, pois os doentes internados em UCI requerem cuidados redobrados, principalmente os que têm maus prognósticos. Segundo os enfermeiros deste artigo, existe uma carga física intensa pela necessidade de prestação de cuidados até ao último momento.

Neste sentido, é importante uma rede de suporte estável e forte, contudo é referido pelos enfermeiros que os outros membros da equipa multidisciplinar e os membros da chefia

oferecem pouco suporte nestas situações (Holms *et al.*, 2014). Jordan *et al.* (2014) concordam com a falta de suporte por parte da gestão hospitalar, principalmente com os membros mais novos da equipa.

No entanto, os enfermeiros da publicação de Jordan *et al.* (2014) referem a existência de suporte entre os membros da equipa de enfermagem, o que se torna benéfico na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, diminuindo, assim, os sentimentos acima referidos.

1.5 CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos em UCI é um tema pouco estudado em Portugal, no entanto acaba por ser algo atual e merecedor de estudo científico, pois os enfermeiros de UCI encontram-se em contacto permanente com a pessoa em situação crítica, em todas as suas vertentes. Quando deparados com o doente cuja doença grave se torna irreversível, estes devem prestar cuidados direcionados ao sofrimento da pessoa e sua família, com o objetivo de garantir o máximo de conforto.

Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidado dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades

De acordo com os artigos incluídos, os fenómenos facilitadores para este processo, como a comunicação, o conforto, o envolvimento da família e a padronização de cuidados, são fundamentais para poder proporcionar ao doente/família cuidados de qualidade. No entanto, verificou-se que são mais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que as facilidades, o que nos demonstra uma lacuna nesta área da saúde.

O ambiente em UCI encontra-se associado a uma vertente curativa e tecnológica, onde os tratamentos são rápidos e contínuos, sendo marcados pela falta de espaço, pouca privacidade e ruído, o que pode condicionar a vertente mais humana do cuidar. Desta forma é importante estudar estratégias para abrir horizontes.

O paradigma curativo existente na UCI é igualmente um dos obstáculos que pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados, mais precisamente no que toca aos cuidados em fim de vida. Este pensamento enraizado influencia a comunicação entre doente, família e a equipa de saúde, pois muitas das vezes o tema cuidados paliativos é visto como “tabu”. Este fenómeno como barreira tem um contorno complexo quando não se consegue chegar a consensos durante a tomada de decisão, o que pode levar a mensagens contraditórias e desta forma comprometer o início e posterior plano de cuidados.

Constatou-se que o fenómeno mais abordado nos diferentes artigos está relacionado com a importância da comunicação, quer como elemento facilitador quer como elemento dificultador, associado à importância da mensagem passada na equipa multidisciplinar, bem como a informação prestada ao doente/família.

Repetidamente é expectável que os enfermeiros saibam como prestar cuidados em fim de vida, contudo o défice de formação sobre esta área está muito presente, sendo que os enfermeiros acabam por aprender através da observação dos pares ou pelas próprias experiências.

Para além da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida per si, todos estes obstáculos causam sentimentos de tristeza, angústia e frustração perante a equipa de enfermagem, podendo ser geradores de *stress* na maioria dos casos. Portanto, a necessidade constante de apoio entre membros da equipa ou até mesmo apoio especializado é fulcral, contudo, apesar de na equipa de enfermagem existir suporte contínuo, é verificado um défice deste perante outros membros da equipa e até profissional.

Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente em desenvolvimento de competências dos enfermeiros em UCI. Compreender o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI, enfatizando as facilidades, no entanto, debruçando-nos essencialmente nas dificuldades, demonstra a necessidade e a pertinência do tema em estudo.

A realçar como limitação major na presente revisão, o não se ter tido acesso integral a determinados artigos que poderiam ser determinantes.

Como consideração final, o facto de os estudos incluídos não terem sido realizados em Portugal, demonstra não existir evidência suficiente sobre o significado das experiências de cuidado em fim de vida dos enfermeiros portugueses. A enfermagem Portuguesa destaca-se no mundo pelo domínio do saber cuidar, portanto torna-se importante fomentar a investigação nesta área, para poder aplicar na prática e assim implementar estratégias que garantam a contínua melhoria de cuidados prestados à população.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O início da enfermagem, enquanto profissão organizada, remonta ao século XIX, apesar de desde sempre existir a necessidade de cuidados, quer para a continuidade da vida, quer para o afastamento do sofrimento e da morte (Vieira, 2009). Até então, a enfermagem esteve muito próxima de contextos religiosos (Vieira, 2009).

Na atualidade, com o aumento da complexidade dos problemas de saúde, com o desenvolvimento das tecnologias e com a participação ativa das pessoas no seu processo de saúde-doença, é exigida aos enfermeiros uma atualização constante dos conhecimentos tal como o desenvolvimento de competências (Serrano *et al.*, 2011; Vieira, 2009).

O conceito de competência é descrito por Fleury & Fleury (2001), inspirados pela obra de Le Boterf, em 1995, como sendo um saber agir responsável e reconhecido por outros, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades para o contexto de trabalho.

Estes conhecimentos podem ser adquiridos tanto na prática como na teoria.

Patricia Benner (2001) reconhece que o desenvolvimento de conhecimentos de uma disciplina poderá advir do conhecimento prático, o “saber fazer”, que se adquire com o tempo. Para esta autora, *“a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender na teoria”* (Benner, 2001, p.61). Assim, os conhecimentos práticos podem “questionar”, desafiar e alargar teorias em vigor (Benner, 2001).

Por outro lado, Tomey & Alligood (2002) defendem que o poder de uma enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois o mesmo orienta o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional. Para estes autores, *“A teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão”* (Tomey & Alligood, 2002, p.12).

Assim, para atingir a excelência do cuidado, os enfermeiros têm não só que construir estratégias para que haja desenvolvimento do “saber fazer” (Benner, 2001), mas também têm que basear as suas decisões da prática na evidência científica e naqueles que se dedicam ao desenvolvimento da teoria.

Na pessoa em situação crítica, o facto de existir uma proximidade com a ameaça à vida, fomenta o despoletar de sentimentos de incerteza (Silva & Pontífice Sousa, 2019) e dependendo da complexidade, imprevisibilidade e falta de informação sobre o seu estado, as suas incertezas são vistas como perigo para si, (Tomey & Alligood, 2002), podendo ser causadoras de sofrimento. Por esta razão, Merle Mishel, através da Teoria da Incerteza na Doença, foi uma das teóricas que sustentou o meu pensamento e ação.

Na teoria de Merle Mishel, incerteza é o conceito central e é definida como a incapacidade da pessoa para estruturar ou categorizar, de forma adequada, os eventos relacionados com a doença devido a pistas insuficientes ou à inaptidão para prever os resultados no âmbito (Mishel, 2014; Tomey & Alligood, 2002)

Esta teoria é composta por três grandes temas (Mishel, 2014; Tomey & Alligood, 2002):

1. Antecedentes da incerteza – onde está incluído o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. Todos os antecedentes da incerteza apresentam uma relação inversamente proporcional com a incerteza;
2. Processo de apreciação da incerteza – a incerteza é vista com um estado neutro até ser apreciada pelo indivíduo. O mesmo crê possuir a capacidade para lidar com os acontecimentos da vida (inferência) ou constrói uma crença a partir da incerteza, para ter uma perspetiva positiva (ilusão). O resultado deste processo de apreciação pode considerar a incerteza como um perigo para si ou uma oportunidade;
3. Lidar com a incerteza (*coping*) – Se a incerteza for apreciada como perigo, então o *coping* inclui atividades direcionadas para reduzir a incerteza e gerir a emoção através da vigilância, procura de informação, gestão de afetos, separação e apoio cognitivo. Por outro lado, se a incerteza for analisada como oportunidade, o *coping* será direcionado para atividades para manter a incerteza.

Desta forma, os enfermeiros têm de ser capazes de arranjar estratégias e desenvolver intervenções que facilitem uma adaptação positiva da pessoa à experiência da doença.

Em complementaridade, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba também sustentou a minha ação e reflexão, daí o fenómeno “conforto” ter sido objeto de referência na revisão da literatura apresentada no capítulo anterior, demonstrando a sua importância nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Katherine Kolcaba define as necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de saúde provocadoras de tensão (Tomey & Alligood, 2002).

Tal como referi anteriormente, a pessoa em situação crítica apresenta uma grande probabilidade de estar em sofrimento, tanto por apresentar dor, como por alterações da imagem corporal ou até mesmo por apresentar sentimentos de incerteza e Kolcaba (2003) refere-se ao sofrimento como o oposto do conforto.

Conforto é definido por Kolcaba em 1997 como *“uma experiência imediata de fortalecimento ao ver as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, atendidas em quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”* (Kolcaba, 2003, p.14). As necessidades referenciadas por Kolcaba correspondem aos três tipos de conforto reconhecidos pela autora: **alívio**, quando uma necessidade é satisfeita; **tranquilidade**, como um estado de calma ou satisfação e **transcendência**, como um estado em que a pessoa se eleva acima dos problemas (Kolcaba, 2003).

Já em 1984, Fawcett refere-se à disciplina de enfermagem como o estudo das inter-relações entre os quatro metaparadigmas: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Smith, 2014).

Desta forma, Kolcaba desenvolveu os seus próprios conceitos metaparadigmaticos, tendo por base a Teoria do Conforto: **Pessoa**, como o indivíduo, família ou comunidade que necessita de cuidados de saúde, tanto primários, terciários ou preventivos; **Ambiente**, como todos os aspetos que rodeiam o indivíduo, família ou comunidade que afetam diretamente o conforto e que podem ser manipulados para aumentar o conforto; **Saúde**, como função ideal do indivíduo, família ou comunidade facilitada pela otimização do conforto; **Enfermagem**, como a avaliação intencional das necessidades de conforto do indivíduo, família ou comunidade, com posterior conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades, incluindo a reavaliação do nível de conforto após a implementação destas intervenções comparando-o com o estado inicial (Kolcaba, 2003).

A teoria torna-se essencial para o desenvolvimento da prática, no entanto o conhecimento integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas é fundamental para o desenvolvimento das ciências da enfermagem (Benner, 2001). Para atingir o estatuto de perito, o enfermeiro terá que passar por várias etapas de desenvolvimento (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) ao longo do tempo, ganhando experiência através do conhecimento prático e teórico (Benner, 2001).

Deste modo, a prática permite o desenvolvimento de conhecimento e competências para atingirmos a perícia.

Em sequência, neste capítulo, irei abordar o desenvolvimento de competências nos três contextos de estágio (Serviço de Urgência Geral, Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios), antecedidos por uma breve caracterização dos mesmos, ilustrados com situações vivenciadas que contribuíram para esse desenvolvimento.

Até à data da realização dos estágios, a minha experiência profissional foi exclusiva a um serviço, pelo que surgiram algumas dificuldades numa fase inicial de cada estágio, por serem contextos desconhecidos. Esta dificuldade é justificada por Patricia Benner (2001), que refere que a aquisição de competências é realizada de forma progressiva, mas não é necessariamente linear, pois *“todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível (iniciado), se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares”* (Benner, 2001, p.50).

Por outro lado, as competências adquiridas e desenvolvidas previamente aos estágios, ao longo da minha experiência profissional, ajudaram-me a adquirir e aprofundar mais conhecimentos e competências.

Enquanto enfermeira do UANP, exerci funções de segundo elemento de equipa, sendo enfermeira responsável de turno na ausência de chefe de equipa ou do chefe do serviço. Tal implicava gerir recursos materiais e humanos, comunicar com a equipa multidisciplinar no âmbito da tomada de decisões e estabelecimento de prioridades, integração de novos elementos da equipa, tornando-me um elemento de referência na equipa mesmo quando não me encontrava em função de coordenação.¹

Como demonstrado acima, as competências preconizadas no *Domínio de Gestão de Cuidados*, relativo às *“Competências comuns do enfermeiro especialista”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019), foram desenvolvidas ao longo da minha prática profissional, contudo com a oportunidade de acompanhar enfermeiros orientadores com as mesmas funções, pude compreender outras realidades e desta forma desenvolver ainda mais este domínio.

Com o fim de desenvolver as competências apresentadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, onde esclarece as *“Competências comuns do enfermeiro*

¹ C1.1.1 – Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; C1.1.2 – Colabora nas decisões da equipa de saúde; C2.1.3 – Coordena a equipa de prestação de cuidados; C2.1.4 – Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; C2.1.5 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. (OE, 2019a)

especialista” e no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da OE, onde são esclarecidas as “*Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*”, em todos os locais de estágio foram definidos objetivos com atividades respetivas sendo que defini um objetivo geral comum para todos os estágios: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família.**

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A enfermagem de urgência define-se como sendo a prestação de cuidados à pessoa, independentemente da idade, que apresente alterações da saúde física ou psíquica, não diagnosticadas ou que necessitem de intervenção (MacPhail, 2001). São geralmente cuidados que requerem capacidades de avaliação, intervenção e tratamento tanto no âmbito geral como especializado (MacPhail, 2001).

Devido ao aumento da esperança média de vida e conseqüente aumento da complexidade de múltiplas comorbilidades, a enfermagem de urgência requer um vasto e diversificado conhecimento sobre processos de doença (MacPhail, 2001) e conseqüentemente uma rápida capacidade de adaptação por parte dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica. Assim, existe uma constante necessidade de atualização de conhecimentos teórico-práticos e competências técnicas, baseados em evidência científica, para o desenvolvimento de uma prática clínica de excelência (Coimbra, 2021)

O SU onde decorreu o primeiro estágio está classificado como um Serviço de Urgência Polivalente e está integrado num hospital da grande Lisboa pelo que a sua área de influência direta dá resposta a cerca de 310 000 utentes, número que se traduz numa média de 500 doentes admitidos por dia em todas as valências médicas e cirúrgicas, segundo o site oficial do Centro Hospitalar.

São prestados cuidados de enfermagem individualizados à pessoa adulta e família, em diversas especialidades: medicina, cirurgia (geral e plástica), neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e psiquiatria. De destacar que também são prestados cuidados à criança com suspeita ou confirmação de politrauma.

Pela dimensão e complexidade de todo o serviço, o mesmo encontra-se dividido em duas grandes áreas de funcionamento: Ambulatório e Internamento.

Dado ao contexto pandémico vivenciado, com início em março de 2020, houve a necessidade de reestruturar o serviço e criar circuitos distintos para observação e avaliação das pessoas com sintomatologia suspeita ou confirmada de COVID 19. Assim, foi criada uma terceira área localizada num pavilhão pré-fabricado no exterior das instalações, denominada Covidário.

O circuito da pessoa que se dirige ao SU sem sintomatologia de COVID 19 inicia-se na área do **Ambulatório** que engloba as Salas de Triagens, Salas de Reanimação, Salas de Tratamento e Balcões de Ambulatório, Gabinetes de Ortopedia, Cirurgia e de Pequena Cirurgia, Gabinete de Otorrinolaringologia, Gabinete de Oftalmologia e Urgência de Psiquiatria. Os últimos três locais referenciados, no momento do estágio, encontravam-se a cargo dos serviços das respetivas especialidades, devido ao contexto pandémico atravessado.

Na Sala de Triagem é realizado o acolhimento à pessoa e realizada uma primeira avaliação através do sistema de Triagem de Manchester que preconiza a atribuição de cores (Vermelho – emergente; Laranja – Muito Urgente; Amarelo – Urgente; Verde – Pouco Urgente; Azul – Não Urgente) consoante a sintomatologia apresentada pelo utente, sendo posteriormente, encaminhado para a zona da cor atribuída.

Derivado ao contexto pandémico, os doentes triados de verde/azul só seriam observados após decisão do chefe de equipa médica, caso contrário seriam encaminhados para o Centro de Saúde.

O posto de triagem é assegurado pela equipa de enfermagem. O enfermeiro que se encontra na área da triagem é o primeiro contacto com o indivíduo e família, portanto tem que ter a capacidade de avaliar a situação e simultaneamente dar apoio à pessoa e família (Bracken, 2001). Daí que o posto de triagem tem de ser assegurado por membros mais experientes da equipa e preferencialmente com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo obrigatória a formação no Sistema de Triagem de Prioridades (OE, 2019).

Também é na Sala de Triagem que se inicia a ativação de Vias Verdes, particularmente, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Trauma, Via Verde Sepsis e Via Verde Coronária, e feito encaminhamento para as Salas de Reanimação. No entanto, a grande maioria das admissões nas Salas de Reanimação são antecipadas através de contacto direto com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), podendo haver uma agilização de todo o procedimento a realizar.

As duas Salas de Reanimação existentes, com capacidade de receber um total de três doentes possuem todo o equipamento de monitorização invasiva e não invasiva, ventilação, radiológico e carro de urgência necessários para avaliar, estabilizar e tratar a pessoa em situação crítica, nomeadamente, o doente emergente.

Maioritariamente, a primeira abordagem na Sala de Reanimação é feita pelo enfermeiro, que tem que ter a capacidade de realizar uma avaliação inicial à pessoa com prontidão e priorizar cuidados, mantendo um olhar atento para qualquer agravamento do estado clínico. Também é importante que este posto seja assumido por enfermeiros com mais perícia de forma a reconhecerem qualquer mudança fisiológica subtil, antes de haver alterações nos sinais vitais mensuráveis (Benner, 2001).

Para o estabelecimento de prioridades é efetuada uma primeira avaliação do doente emergente, através da utilização do algoritmo de abordagem “ABCDE”. Segundo o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2020), a abordagem “ABCDE” é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo “ABCDE”, sendo que o “A” corresponde à avaliação da permeabilidade da via aérea; o “B” remete-nos para a avaliação do padrão respiratório da pessoa; o “C”, refere-se à avaliação da circulação, com controlo de hemorragia se a mesma se verificar; o “D” que corresponde à avaliação do estado neurológico da pessoa; e por último, o “E” que diz respeito à exposição da pessoa ao ambiente, e controlo da temperatura.

Após avaliação, diagnóstico e estabilização do doente, este é encaminhado o mais célere possível para outras unidades, consoante o nível de necessidade de observação e monitorização, tais como a UCI, a Unidade de Cuidados Intermédios ou a Sala de Observação (SO) do SU.

É da responsabilidade da equipa de enfermagem deixar a sala de reanimação operacional, com reposição de material e verificação diária do equipamento.

Nas Salas de Tratamento e Balcões do Ambulatório são prestados cuidados à maioria dos utentes que recorrem ao SU, estando divididas consoante as cores do Sistema de Triagem de Manchester. São nestes locais, tal como nos Gabinetes de Ortopedia, Cirurgia e de Pequena Cirurgia, que é realizada uma avaliação e posterior reavaliação dos doentes triados. Aqui, a equipa de enfermagem garante a realização das intervenções necessárias e o apoio a realização de procedimentos médicos.

Enquanto decorreu o meu estágio, duas das salas de tratamentos encontrava-se encerradas por estarem destinadas a dar apoio às especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia bem como apoio aos doentes triados de cor verde/azul.

A área de **Internamento** é constituída pelo SO, onde os doentes permanecem em vigilância e monitorização constantes até posterior transferência (intra ou inter-hospitalar) ou alta para o domicílio. É uma sala tipo *open space* e dispõe de 16 camas com equipamento de monitorização invasiva e não invasiva, tendo também dois carros de urgência para situações de emergência.

Pela grande rotatividade do serviço e por ser um SU, o ideal seria os doentes permanecerem em SO não mais do que 24 horas, o que por vezes não se verifica. A quantidade de vagas existentes em enfermaria por vezes são em menor número comparativamente à necessidade de internamentos o que torna a sua transferência mais demorada.

Outros setores de apoio são essências ao normal funcionamento deste serviço, tais como: duas “Salas de Raio-X”, “Sala de Eletrocardiograma”, “Copa”, “Gabinete do Enfermeiro-Chefe”, “Sala de Formação” e “Sala de Assistente Social”. Dispõem ainda de 1 armazéns de material com todo o material que seja necessário repor no dia-a-dia e uma “Sala de material de Catástrofe” com material extra, incluindo equipamentos de monitorização e ventilação, que só será utilizado em situação de catástrofe.

No SU devido à grande afluência de pessoas e à dimensão física do mesmo, conseguir um espaço e tempo para transmissão de informação à família torna-se um desafio. A transmissão de informação aos familiares pode ter como finalidade a sua participação ativa no processo de cuidados e/ou a diminuição da ansiedade dos mesmos. É então necessário compreender e distinguir se estamos perante um familiar que apenas necessita de informação para se tranquilizar ou ele próprio necessita de cuidados de enfermagem (Deodato, 2008).

Portando, destaco a “Sala de Apoio à Família”, com o intuito de comunicar com os familiares de forma a transmitir a informação necessária relativa ao plano de cuidados do doente, tal como, compreender as necessidades de cuidados de enfermagem desta família. A informação relativa à situação de saúde/doença de cada um, constitui um componente fundamental da proteção da privacidade (Deodato, 2008), pelo que existir uma sala específica para conversar com a família torna-se fulcral num SU.

Na área do **Covidário** são prestados cuidados a todas as pessoas com sintomatologia associada à COVID 19 ou com confirmação da infeção e que haja um agravamento clínico com necessidade de avaliação e tratamento.

Esta área é como que “um espelho” do SU, englobando todas os espaços e equipamentos necessários para a prestação de cuidados ao doente, incluindo à pessoa em situação crítica. Dispõe de uma zona de Triagem, denominada de pré-Covidário, uma Sala de Reanimação, uma Sala de Imagiologia com equipamento de TAC e uma zona de internamento.

No pré-Covidário é realizada uma primeira avaliação e triagem ao doente com sintomas de COVID 19 tendo um gabinete de enfermagem e um gabinete médico. Consoante a avaliação realizada poderá única e exclusivamente ser realizada uma zaragatoa com posterior alta, ou então poderá haver a necessidade de encaminhamento para a zona de internamento.

A Sala de Reanimação, tal como a da área do Ambulatório, apresenta equipamento de monitorização invasiva e não invasiva, ventilação e carro de urgência e todo o material necessário para prestar cuidados imediatos à pessoa em situação emergente. De destacar que o Covidário também dispõe de equipamento de indução dialítica para doentes com situações de maior gravidade.

A zona de internamento do Covidário tem uma disposição idêntica ao SO, constituída por 25 boxes, cada uma com equipamento de monitorização, e 16 quartos de pressão negativa, onde ficam alocados todos os doentes submetidos a ventilação não invasiva (VNI) ou que necessitem de isolamento por outra doença infectocontagiosa.

Devido ao contexto pandémico, sendo um serviço com grande número de entradas, como referi acima, ressalvo a importância da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) de carácter obrigatório no serviço, como máscara FP2, touca, bata e luvas independentemente do sector em que nos encontrássemos a prestar cuidados. Tendo ainda cogulas, viseiras, cobre botas e fatos integrais para realização de procedimentos mais invasivos ou colheita de zaragatoa de despiste de SARS COV-2.

Uma das características inerentes aos cuidados de urgência é a integração na equipa multidisciplinar, sendo de extrema importância o trabalho em equipa para prestar os melhores cuidados ao doente e sua família (MacPhail, 2001).

A vasta equipa multidisciplinar do serviço de urgência é composta por: equipa de enfermagem, equipa médica das diversas especialidades, assistentes operacionais,

administrativos, técnicos de radiologia, assistentes sociais, seguranças, equipa de limpeza, equipas de transporte, dietista, entre outros. Todos em colaboração e cooperação contribuem para o bom funcionamento do serviço e conseqüentemente para a excelência dos cuidados ao doente e sua família.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro gestor, uma enfermeira coordenadora e 6 equipas de enfermagem, perfazendo um total de 129 enfermeiros. Por turno o número efetivo de enfermeiros são: 23 enfermeiros no turno da manhã, 22 enfermeiros no turno da tarde e 20 enfermeiros no turno da noite, sendo que três enfermeiros correspondem sempre ao Coordenador de Ambulatório, Coordenador de SO e Coordenador do Covidário.

Em cada turno os enfermeiros são distribuídos pelos diferentes setores, sendo que, de acordo com as necessidades do serviço, podem ser mobilizados para dar apoio complementar às equipas dos sectores mais complexos.

Tendo em conta o objetivo geral de estágio definido, delineei como objetivos específicos: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral; Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com insuficiência respiratória aguda e sua família.

Na fase inicial do estágio, foi decidido em conjunto com a enfermeira orientadora que os postos mais indicados para desenvolver competências e atingir os objetivos enunciados seriam a Sala de Reanimação, o SO e o Covidário.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência Geral, a observação inicial e o conhecimento das normas e dos protocolos do serviço, foi o primeiro passo para uma boa integração na equipa do SU.

O meu primeiro contacto com a pessoa em situação crítica no SU foi na Sala de Reanimação, onde se prestam cuidados a pessoas em situações emergentes, que resultam da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um fator, que causa a perda de saúde de forma brusca e violenta, ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco, sendo que a assistência a este indivíduo deve ser realizada de imediato (OE, 2018). Neste setor pude compreender a importância de uma avaliação rápida e correta da situação, pois em contexto de urgência, os cuidados estão sujeitos à pressão do tempo, quer pela gravidade do quadro clínico, quer pelo número de pessoas com necessidade de cuidados de grande complexidade (Martins, 2018).

Colaborei na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de entubação orotraqueal ou VNI, com diagnóstico médico de edema agudo do pulmão, tromboembolismo pulmonar, enfarte agudo do miocárdio, AVC, trauma e paragem cardiorrespiratória (PCR) na via pública ou no SU.² O meu primeiro contacto foi precisamente com uma doente em PCR. Apesar de no meu local de trabalho ter diferentes experiências com a pessoa em situação crítica, no que toca a situações de reanimação cardiorrespiratória, a minha experiência era menor. Pelos inúmeros doentes em estado avançado de doença oncológica, no UANP é diária a prestação de cuidados paliativos, principalmente, ajudar a pessoa e a sua família no processo de morte e luto.³ Apesar de saber a teoria, para desenvolver competências e ganhar experiência em situações emergentes é necessário ir ao encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria (Benner, 2001)

Nas primeiras abordagens na sala de reanimação, tive algumas dificuldades, pois o pensamento e a atuação tinham que fluir rapidamente e apesar de saber como atuar, nem sempre era fácil, pois segundo Patricia Benner (2001) numa fase inicial, a enfermeira tem uma execução hesitante e rígida, pelo que necessita de se apoiar em instruções explícitas.

Para além de uma observação inicial para compreender como a equipa multidisciplinar interagia e atuava em situações emergentes, o conhecimento dos protocolos de Via Verde existentes no serviço (Via Verde AVC, Via Verde Trauma, Via Verde Coronárias e Via Verde de Sépsis) foi uma das minhas prioridades, não só para aprofundar conhecimentos, mas também como facilitadores na prestação de cuidados.⁴

Destaco o protocolo de Via Verde AVC, pois foi com o que tive mais contacto e oportunidade de colaborar na prestação de cuidados. Compreendi a importância de uma atuação rápida e o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na ativação deste protocolo, tendo em vista um tratamento o mais precoce e eficaz possível.

Das várias experiências que vivenciei na sala de reanimação, recordo a admissão de um senhor com estado de consciência obnubilado, com história apresentada pelo INEM, de disartria e diminuição da força do hemicorpo à esquerda. Com a história clínica conhecida até ao momento e a avaliação imediata, a equipa de enfermagem pôde concluir que estávamos perante sintomatologia de um possível AVC e, portanto, o protocolo Via Verde

²1.1.3 – Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018)

³D1.1.3 – Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais (OE, 2019a)

⁴D1.1.1 – Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar (OE, 2019a)

foi ativado de imediato.⁵ O doente foi encaminhado para a realização de exames complementares de diagnóstico onde se confirmaram dois focos de isquémia já com algumas horas de evolução. Após discussão com a equipa multidisciplinar, decidiu-se que não haveria possibilidade de tratamento e que o senhor ficaria em vigilância em SO, pelo que procedemos à sua transferência.⁶

Numa primeira abordagem, a avaliação “ABCDE” foi fulcral. Em situações anteriores de ativação deste protocolo, foi alvo de reflexão com a orientadora a letra “D” – avaliação do estado neurológico, e a importância do conhecimento aprofundado da Escala de Coma de Glasgow, sem a necessidade de consulta. Por já ter vivenciado situações idênticas na sala de reanimação, consegui fazer uma avaliação do todo, incluindo a aplicação da Escala de Coma de Glasgow de forma imediata, porque só com a experiência é que o enfermeiro consegue reunir e processar os dados com uma rapidez quase que inconsciente (MacPhail, 2001).⁷

Por outro lado, ao estar mais confiante na avaliação física do doente, pude focar-me nas outras dimensões da pessoa, algo que por vezes pode ser esquecido pois o foco é salvar a vida.

Apesar de à chegada à sala de reanimação o senhor se encontrar obnubilado, o seu estado de consciência melhorou ligeiramente, apresentando abertura ocular espontânea, apesar de não apresentar resposta verbal. O olhar do senhor mantinha-se fixado em todos os profissionais, um olhar que, a meu ver, transmitia medo e insegurança. Ao mesmo tempo que foi realizada a avaliação “ABCDE”, colocação da monitorização para avaliação de sinais vitais, tive o cuidado de explicar onde estava, quem nós éramos e que estaríamos a fazer os possíveis para receber os melhores cuidados.⁸

A comunicação é um dos fatores importantes para a humanização dos cuidados, sendo que a pessoa cuidada só reconhece um cuidado como positivo se o contexto relacional for humano e caloroso (Phaneuf, 2005). Porém, além da pessoa, a família não pode ser

⁵ 2.1.3 – Realiza triagem primária e secundária (OE, 2018).

⁶ 1.1.1 – Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 – Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.2.3 Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados (OE, 2018).

⁷ 1.1.1 – Identifica prontamente focos de instabilidade; 2.1.3 – Realiza triagem primária e secundária (OE, 2018)

⁸ 1.3.1 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; 1.3.2 – Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência; 1.5.1 – Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; 1.6.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018)

esquecida, pois o seu papel nos cuidados e na recuperação da saúde é importante para a maioria dos doentes (Phaneuf, 2005).

No período de realização do estágio, derivado à situação de pandemia, os doentes não podiam receber visitas. A situação de doença aguda e crítica é um fator causador de *stress*, angústia e incerteza por parte da pessoa e muitas vezes dos familiares. O não poderem estar presentes neste período poderá acentuar a incerteza pela falta de informação ou informação pouco clara (Tomey & Alligood, 2002).

Numa das situações vivenciadas na sala de reanimação, deu entrada uma senhora com PCR na via pública tendo sido realizada reanimação cardiorrespiratória incluindo entubação orotraqueal com sucesso. À chegada, foi realizada toda a avaliação inicial, colocada ventilação mecânica invasiva (VMI), colheita de sangue e de exames complementares de diagnóstico tais como ecocardiograma e TAC, para se chegar a um diagnóstico.

Apesar das restrições decorrentes da pandemia, foi discutido em equipa multidisciplinar a possibilidade de a filha visitar a mãe. A transmissão de informação à filha antes de a mesma entrar em contacto com a mãe foi essencial para prestar o apoio emocional necessário. Contudo, achei que faria todo o sentido acompanhá-la no início da visita. O estar junto da familiar em silêncio e com um simples toque na mão demonstrou a minha atenção, e interesse pelos seus sentimentos e emoções. Com o silêncio e o toque demonstrei disponibilidade para escutar, e é exatamente nos momentos de maior emotividade que o toque se revela precioso (Phaneuf, 2005). Após compreender que a filha estava pronta para estar a sós com a mãe questionei se me poderia retirar, mas demonstrando a minha disponibilidade para regressar se assim fosse necessário.⁹

Por outro lado, no Covidário, havia uma impossibilidade total do acompanhamento da família. Por conseguinte, tive que arranjar estratégias para conseguir uma maior proximidade da família junto dos doentes.

Em um dos turnos que realizei no Covidário prestei cuidados a um senhor que se dirigiu ao SU após queda, na instituição onde era residente, que resultou na fratura do colo do fémur, com necessidade de tração cutânea. Contudo, pelo mesmo apresentar Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com necessidade de VNI contínua ficou alocado em um dos quartos de isolamento do Covidário.

⁹ 1.5.2 – Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.3 – Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidados em situação crítica. (OE, 2018)

Ao longo do turno, o senhor questionou-me, por diversas vezes, pela esposa e pelo filho, estando preocupado com eles por não saber onde poderiam estar e como estariam, tal como tinha medo que os mesmos não soubessem do seu estado de saúde. Por não ter como os contactar, ficou ansioso e mais agitado, podendo comprometer a sua segurança física.

A família tem um papel importante no suporte, conforto e promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica (Pacheco, 2018) e, portanto, achei que o mais indicado seria tentar contactar os familiares através do telemóvel do serviço para que o mesmo pudesse falar com eles. Consegui assim diminuir a ansiedade do senhor o que contribuiu para uma melhoria do estado de saúde.¹⁰

A progressão inexorável da doença e agravamento gradual do estado de saúde da pessoa é determinado pela ausência de resposta a um tratamento de intuito curativo, atingindo uma situação de deterioração global marcada (Neto, 2016).

O período de últimos dias ou horas de vida é caracterizado por mudanças clínicas, com o aparecimento de novos sintomas ou agravamento de sintomas já existentes (Neto, 2016), o que por vezes leva a pessoa e/ou família a recorrer ao SU por não conseguirem dar resposta às necessidades existentes.

O SU está maioritariamente direccionado para tratar a doença aguda e evitar a morte, contudo, com as alterações demográficas observadas no nosso país, cada vez mais a procura por serviços de urgência é feita por pessoas com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida (Martins *et al.*, 2012). A pessoa que recorre ao SU passa a ter outras necessidades, como controlo de sintomas, cuidados de conforto e apoio contínuo da família (Martins *et al.*, 2012)

Um dos momentos mais marcantes na prestação de cuidados no SU, foi aquando da prestação de cuidados a um senhor com doença oncológica em estado avançado e que se dirigiu ao SU, no dia prévio, por agravamento de sintomas, com hemorragia digestiva alta.

No momento de passagem de turno, pude perceber que o doente se apresentava taquicardico, polipneico, com farfalheira e respiração ruidosa. Apesar de pouco reativo e não se conseguir expressar, consegui avaliar que o senhor apresentava sinais de dispneia e de desconforto.¹¹

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes na doença avançada, quer seja oncológica ou não (Feio, 2016). Por outro lado, o aparecimento de farfalheira, a deterioração

¹⁰ 1.6.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018)

¹¹ 1.1.1 – Identifica prontamente focos de instabilidade (OE, 2018)

progressiva do estado físico e a oscilação do nível de estado de consciência são características que podem ser identificadas num doente em fase de agonia (período de últimos dias ou horas de vida) (Neto, 2016).

Quando se trata da pessoa em fase de agonia, todos os cuidados são vistos como intervenções ativas (Neto, 2016). É errada a ideia de que existe uma suspensão de cuidados. Existe sim uma adequação dos cuidados às necessidades da pessoa e família.

No UANP a prestação de cuidados paliativos, mais precisamente à pessoa em fase terminal e em fase de agonia, é quase diária. Neste sentido, através das minhas competências já anteriormente desenvolvidas, discuti com a equipa médica sobre a possibilidade de iniciar terapêutica dirigida para melhorar os sintomas referidos.¹² Através das intervenções interdependentes, como a administração da terapêutica prescrita pela equipa médica, e das intervenções autónomas, como o posicionamento do doente e a comunicação, a melhoria de sintomas foi quase imediata, sendo possível proporcionar conforto ao doente.¹³

Durante todo este processo a privacidade e intimidade do doente foi protegida, o que por si só já se torna um desafio no SU pela afluência e pela inexistência de barreiras físicas entre as pessoas, na grande maioria das situações.

Não só no SO existiu esta preocupação, mas também na sala de reanimação, onde existe capacidade para alocar dois doentes em simultâneo. Presenciei situações onde havia conhecimento da vinda de uma pessoa em estado crítico, estando já outra alocada na mesma sala. Portanto, enquanto futura enfermeira especialista adotei uma conduta antecipatória, no que toca à privacidade e intimidade do doente que iria chegar, não esquecendo do doente já presente e assim garantir a segurança, a privacidade e a dignidade dos mesmos.¹⁴

Uma das coisas que diferencia o enfermeiro especialista do enfermeiro de cuidados gerais é a atenção aos pormenores quase que de forma instantânea, conseguindo proteger a pessoa não só fisicamente como em todas as outras dimensões, estimulando e supervisionando toda a equipa para este pensamento.

Por conseguinte, além de utilizar estratégias aquando prestação de cuidados, como por exemplo a utilização de barreiras físicas, como biombos, também fomentei na equipa multidisciplinar este cuidado de forma a conseguir *“Salvaguardar sempre, no exercício das*

¹² A1.1.2 – Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência; A1.1.3 – Participa na construção da tomada de decisão em equipa (OE, 2019a)

¹³ 1.1.2 – Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.2.3 – Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.6.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto (OE, 2018)

¹⁴ A2.1.4 – Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade; A2.2.4 – Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. (OE, 2019a)

suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”, tal como esta descrito no artigo 107º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, correspondente ao Código Deontológico dos Enfermeiros.

A enfermeira orientadora assumia maioritariamente cargos de coordenação (Coordenação de Ambulatório, Coordenação de SO e coordenação de Covidário) pelo que pude acompanhá-la em atividades de gestão e supervisão nestes três postos.

O enfermeiro que está de coordenação é um enfermeiro de referência para toda a equipa, tanto de enfermagem, como médica e assistentes operacionais. Através de uma correta liderança, leva à criação de um ambiente de confiança, motivando a equipa através do reconhecimento das suas diferenças e valorizando-as, tal como através do estímulo e desenvolvimento de competências, promovendo assim a satisfação da equipa (Ntieku, 2014).

Apesar de já ter desempenhado funções de enfermeira responsável, gerir recursos humanos e materiais de uma equipa de cinco pessoas e um serviço com cerca de poucas dezenas de doentes em simultâneo, nada se compara com a gestão de vinte profissionais e ao que poderá chegar a centenas de doentes em simultâneo.

Percebi a importância da comunicação entre a equipa multidisciplinar, mas principalmente entre os vários membros de coordenação para o bom funcionamento do SU. Pude desenvolver ainda mais competências relativas à gestão e liderança e posteriormente aplicá-las no serviço onde exercia funções.¹⁵

Tal como já referi anteriormente, com o aparecimento do vírus SARS COV-2, foi declarada pandemia global e as instituições hospitalares tiveram que se reorganizar quer a nível de recursos materiais, como humanos, e também a nível de espaço físico para prevenção e controlo de infeção. Desta forma, no SU foi construído um espaço para observação de pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS COV-2.

Esta nova doença denominada COVID-19 causou milhares de casos de IRA com alta taxa de mortalidade, sendo que os doentes mais críticos apresentam geralmente uma hipoxemia profunda, com necessidade de suporte respiratório (Mellado-Artigas *et al.*, 2021).

Por ter realizado vários turnos na área do Covidário, estabeleci como segundo objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com insuficiência respiratória aguda (IRA) e sua família.

A IRA corresponde à incapacidade do sistema respiratório em manter níveis adequados de oxigénio e dióxido de carbono (CO₂), havendo uma rápida deterioração da

¹⁵ C1.1.2 – Colabora nas decisões da equipa de saúde (OE, 2019a)

função respiratória (Pádua *et al.*, 2003). O doente com IRA enquadra-se nas situações clínicas potencialmente críticas que podem evoluir rapidamente para PCR (Dantas & Vaz, 2019), pelo que é importante uma abordagem rápida.

Um dos diagnósticos de enfermagem mais presentes nos doentes com IRA é “Dispneia, presente.”. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2019), “Dispneia” é definida como o *“processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.”*

De acordo com Madalena Feio (2016), só a pessoa pode determinar o grau de dispneia e esta é influenciada não só por fatores físicos, mas também psicológicos, sociais existenciais e espirituais. A mesma autora refere que a ansiedade pode agravar a dispneia que por sua vez pode agravar a ansiedade, tornando-se um ciclo vicioso (Feio, 2016), pelo que o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade, presente” (CIPE, 2019) está muitas vezes associada a pessoas com IRA.

Recordo um turno no Covidário, onde dediquei única e exclusivamente a prestação de cuidados de enfermagem a uma senhora que deu entrada no SU durante a noite, com a suspeita do diagnóstico médico de edema agudo do pulmão. Por apresentar queixas de dispneia e dessaturação foi encaminhada de imediato para o Covidário onde se mantinha em vigilância.

Para melhor compreender o diagnóstico da senhora, houve a necessidade de realizar uma broncofibroscopia, na qual colaborei na preparação de todo o material e no procedimento em seguida.¹⁶

Antes da realização do procedimento, a senhora mantinha-se com máscara de oxigénio de alto débito, com saturações periféricas acima de 95%, contudo preocupada com toda a sua situação, o que provocava um aumento da frequência respiratória e consequentemente compromisso do processo de ventilação/perfusão.

Foi imediata a realização de ensinamentos sobre uma correta respiração juntamente com a explicação de todo o procedimento que iria decorrer para diminuir a ansiedade da senhora, e posteriormente melhorar o seu estado clínico.¹⁷

¹⁶ 1.1.3 – Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

¹⁷ 1.2.2 Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 – Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.3.1 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar (OE, 2018).

Ainda na área do Covidário, prestei cuidados de enfermagem a várias pessoas com necessidade de serem submetidos a VNI por IRA ou insuficiência respiratória crónica agudizada, de forma a dar apoio à oxigenação e ventilação evitando uma entubação endotraqueal desnecessária (Ferreyro *et al*, 2020).

No entanto, foi alvo de reflexão os vários fatores para a falha da VNI, como desconforto relacionado com a interface, interação doente-ventilador, secreções das vias aéreas, gravidade da doença, experiência da equipa (Cortegiani *et al*, 2020).

Com a pandemia derivada à COVID-19, existiu um destaque ainda maior sobre a importância de entender a melhor abordagem para fornecer suporte respiratório a pessoas com IRA (Ferreyro *et al.*, 2020), pelo que surgiu a curiosidade de pesquisar sobre outras opções aquando da falha da VNI, continuando a evitar a VMI.

Foi alvo da minha atenção a oxigenioterapia de alto fluxo, que apesar de não ser utilizado no SU onde estagiei, tem vindo a ganhar aceitação na área da saúde devido à capacidade de corresponder melhor ao volume inspiratório de um doente com hipóxia (Ferreyro *et al.*, 2020).

No estudo realizado por Cortegiani e seus colaboradores em 2020, foi realizada uma comparação entre a oxigenioterapia de alto-fluxo e a VNI em doentes com agravamento da DPOC, com hipercapnia. Neste estudo, a oxigenioterapia de alto fluxo mostrou-se equivalente à VNI, não havendo diferença estatisticamente significativa, apesar de uma percentagem de doentes sob a oxigenioterapia de alto fluxo ter necessitado de VNI por não haver melhoria da hipercapnia.

Entreguei este e outros estudos sobre a IRA, VNI e oxigenioterapia de alto fluxo à enfermeira orientadora para posteriormente ser partilhado com toda a equipa de forma a compreenderem melhor as possibilidades existentes para a prestação de cuidados à pessoa com IRA e consequentemente contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.¹⁸

Por o objetivo ser bastante abrangente, de forma a dar continuidade ao mesmo e desenvolver competências neste âmbito, a escolha do contexto de estágio que a seguir apresento não foi por mero acaso.

¹⁸ D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; D2.2.2 – Identifica lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (OE, 2019a).

2.2 UNIDADE DE SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A Unidade de Sono e VNI é um serviço que acompanha utentes sob VNI e/ou oxigenoterapia no domicílio. Existe uma avaliação multidisciplinar e periódica, dependendo das necessidades de cada doente, pois, tal como na pessoa em situação aguda tratada em meio hospitalar, o doente sob VNI no domicílio necessita de monitorização de parâmetros clínicos, supervisão por parte de profissionais e formação contínua (Prado *et al.*, 2008).

No decorrer do estágio no contexto de SU, deparei-me com muitos doentes a necessitarem de VNI e desta forma quis aprofundar os conhecimentos nesta área ao escolher um serviço especializado no acompanhamento de pessoas com necessidade de VNI no domicílio.

Por outro lado, na minha prática profissional, deparo-me diariamente com pessoas com necessidade de realizar oxigenoterapia no domicílio devido à sua doença oncológica, ou sob VNI devido a outras comorbilidades, portanto, o aprofundamento de conhecimentos sobre estes cuidados de enfermagem seria importante para a minha prática diária.

Na Unidade de Sono e VNI são seguidas pessoas com doenças crónicas tais como: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, DPOC, doenças neuromusculares, asma, entre outros.

O serviço está dividido em vários gabinetes onde tomam lugar as consultas médicas, consultas de avaliação do padrão do sono, realizadas pelos técnicos de cardiopneumologia, e a consulta de enfermagem. Existe ainda um espaço específico onde é realizado a prova de marcha, que consiste na avaliação da necessidade da utilização de oxigenoterapia em esforço.

A referenciação para este serviço é feita antes da alta de um internamento, onde se verifica a necessidade do doente manter no domicílio a utilização de VNI ou oxigenoterapia, ou então através de qualquer consulta onde se verifique a necessidade de uma primeira avaliação.

O acompanhamento dos doentes é realizado tanto presencialmente como telefonicamente e a regularidade do seu seguimento é avaliada consoante as necessidades do doente e família. A decisão de marcação da tipologia de consulta é realizada consoante a patologia do doente, a sua situação de doença ser mais complexa ou recente, a existência de um agravamento clínico, a necessidade de realizar ensinamentos presenciais ou até mesmo, a não adesão à terapêutica.

A consulta de enfermagem presencial é realizada numa sala onde há a possibilidade de observar duas pessoas em simultâneo. É aqui que é avaliada a adesão da pessoa à terapêutica instituída, percebendo se a pessoa se adapta ao *interface*, se o aplica corretamente, se existem dificuldades ou complicações associadas à VNI e/ou oxigenoterapia. De seguida são realizados os ajustes e ensinamentos necessários, sendo muito importante o envolvimento da pessoa e família.

Por estarem duas pessoas em simultâneo, nem sempre era fácil uma correta avaliação das mesmas, pois a presença de um desconhecido poderá levar à inibição da pessoa expor certas dúvidas que possam ser mais íntimas, por exemplo. Por conseguinte, tive que arranjar estratégias para conseguir falar com a pessoa, como por exemplo aguardar que o outro utente fosse embora. Por outro lado, muitas das dúvidas e dificuldades sentidas por uns são as mesmas sentidas por outros e assim poder-se-iam entreajudar e até os ensinamentos poderiam ser realizados em conjunto, respeitando as particularidades de cada um.

Na consulta presencial, devido ao contexto pandémico vivenciado, a prevenção e controlo de infeção foi essencial, sendo de extrema importância num serviço de ambulatório, onde há uma grande rotatividade de doentes. Para além dos cuidados que a equipa de enfermagem já tem, como a utilização de EPI's como a máscara FP2, é também muito importante promover a higienização das mãos dos doentes e familiares, providenciar máscaras FP2 e garantir a sua utilização. Todos estes cuidados são tidos pela equipa, sendo que à posteriori há desinfeção do ambiente físico e recursos materiais utilizados pelos utentes. Nessa altura é fundamental a supervisão de enfermagem para com as assistentes operacionais para uma desinfeção correta do espaço.¹⁹

Também devido à pandemia vivenciada e consequente controlo de infeção, os ventiladores não poderiam ser colocados em funcionamento, pois antes de cada consulta não eram realizadas zaragatoas de despiste da SARS COV-2 aos doentes. Por este motivo, a avaliação de uma boa adaptação à VNI e aos *interfaces* era dificultada, pelo que era realizado um contacto telefónico no dia seguinte, sempre que se instituíam VNI ou houvesse alteração dos interfaces.

Na consulta de enfermagem telefónica, que para além de ser marcada pela equipa de enfermagem, também poderia ser um contacto efetuado pelo doente diretamente para o serviço. Devido ao contexto pandémico já referenciado, houve a necessidade de aumentar o

¹⁹ 3.2.3 – Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2018); C1.2.4 – Avalia a execução das tarefas delegadas (OE, 2019a).

número de consultas telefónicas, avaliando a necessidade de a pessoa ser observada e avaliada presencialmente.

Por um lado, a consulta telefónica trouxe vantagens pois existe uma maior acessibilidade e equidade no acesso da pessoa aos cuidados de enfermagem, existindo uma maior rapidez de resposta, constituindo-se assim uma extensão da relação enfermeiro-doente (OE, 2009). Sem a consulta telefónica, muitas das pessoas não conseguiriam um seguimento tão regular e algumas complicações e dificuldades ligadas à VNI não eram detetadas e corrigidas atempadamente. Através desta tipologia de consulta, foram realizadas antecipações de consultas presenciais conforme a sintomatologia ou dificuldades descritas pela pessoa ou familiar.

Por outro lado, a consulta telefónica também dificulta uma correta compreensão e interpretação do que é explicado via telefone e não há uma avaliação em presença (OE, 2009). Por vezes, mesmo presencialmente, o doente antes da consulta informa que o processo está a correr bem e que se adaptou à VNI, contudo no momento de observação do histórico do aparelho é verificada pouca utilização. Tal pode acontecer via telefone e não ser comprovado pelo enfermeiro.

Foi estabelecido um único objetivo específico para este contexto de estágio: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa sob ventilação não invasiva e/ou oxigenoterapia no domicílio, e sua família.

Apesar de ser um estágio mais curto e de não ter prestado cuidados diretos à pessoa em situação crítica, pois os doentes observados neste serviço apresentavam situações de doença crónica estável, pude compreender a importância do acompanhamento de enfermagem em ambulatório das pessoas com necessidade de VNI e oxigenoterapia. O enfermeiro desempenha um papel fulcral na prevenção e resolução de complicações associadas à VNI, pelo que, quando se trata de um acompanhamento no domicílio, é importante o envolvimento do doente na gestão do seu tratamento tal como a realização de ensinamentos adequados (Correia *et al.*, 2013) de modo a prevenir agudização da patologia e consequentemente hospitalização, pois, tal como Correia *et al.* (2013, p.73) refere “*um doente submetido a VNI devidamente apoiado pelos enfermeiros, resolve melhor as complicações inerentes ao tratamento refletindo-se na redução de internamentos hospitalares assim como uma maior estabilização clínica e melhor qualidade de vida no domicílio.*”.

Este aspeto aplica-se tanto a este tipo de doentes como a todos os outros doentes que tenham doença crónica que facilmente possa agudizar com necessidade de uma observação urgente em meio hospitalar. Portanto, enquanto futura enfermeira especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, considero que um cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica não passa só pela estabilização dos doentes em situação aguda, mas também saber como mantê-los estáveis no domicílio para diminuir o agravamento do seu estado de saúde e melhorar a sua qualidade de vida e dos seus familiares. Igualmente, não é só importante saber como cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e sua família, mas também conhecer quais os recursos existentes na comunidade para manter um acompanhamento rigoroso a estas pessoas e família, fazendo assim uma referenciação correta e conseqüentemente diminuir a incidência de reinternamentos por agudização da doença crónica.

Para Jarvis (2006) é crucial que os enfermeiros que cuidam deste tipo de doentes tenham uma compreensão adequada de como implementar o tratamento, bem como avaliar e monitorizar o doente e avaliar o sucesso da intervenção. Portanto, na fase inicial do estágio, dediquei tempo a conhecer e compreender os diferentes equipamentos de VNI e diversos *interfaces* para que ganhasse maior conhecimento e conseqüentemente confiança para realizar ensinamentos aos doentes e sugerir a melhor opção. A pesquisa bibliográfica sobre VNI e oxigenoterapia tornou-se igualmente fulcral nesta fase para conseguir suportar as minhas tomadas de decisão consoante as necessidades existentes.²⁰

Posteriormente, no decorrer dos dias, fui colaborando nas várias consultas: na escolha de diferentes interfaces quando se identificava essa necessidade, na avaliação da adesão à terapêutica, na avaliação de necessidade de oxigenoterapia em repouso ou em esforço e nos ensinamentos realizados ao doente.

Durante uma consulta de enfermagem presencial, a promoção de um ambiente seguro e terapêutico é essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Para que esta relação seja desenvolvida, é importante estabelecer primeiro uma relação de confiança, essencial para qualquer aliança terapêutica (Phaneuf, 2005). Se o doente não confia na pessoa que presta os cuidados, poderá ser mais difícil referir as suas dúvidas e incertezas.

²⁰ D1.1.1 Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (OE, 2019a).

Rapidamente percebi que os doentes já desenvolveram uma relação de confiança, e consequentemente de ajuda, com a equipa de enfermagem, pois muitos deles já têm um seguimento prolongado na Unidade de Sono e VNI.

De forma a colaborar na prestação de cuidados de enfermagem com a equipa e para que conseguisse favorecer na pessoa desenvolvimento, crescimento e maturidade perante a situação clínica melhorando a capacidade de enfrentar a doença crónica que apresenta, tive de arranjar estratégias para estabelecer uma relação de confiança.

Para Phaneuf (2005), os primeiros minutos de uma relação são decisivos. Para esta autora, uma enfermeira que manifesta uma atitude de abertura calorosa e de compreensão, o vínculo que é criado será positivo (Phaneuf, 2005). Portanto, a ida ao encontro do doente à sala de espera aquando da chamada para a sala de consulta de enfermagem, apresentar-me, caminhar ao lado da pessoa e do familiar enquanto início uma conversa, juntamente com a comunicação não verbal, são pequenos pormenores que me permitem iniciar uma relação de confiança e de ajuda. Em consequência, irá permitir-me realizar uma colheita de dados das necessidades presentes para desenvolver um plano de cuidados direcionado.²¹

Uma das consultas onde colaborei na prestação de cuidados é exemplo da importância do estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa cuidada para garantir um ambiente seguro. A senhora apresentava-se ansiosa e chorosa perante a sua situação atual de doença, o que causava uma diminuição da oximetria periférica, tornando-se um risco para a própria.

A ansiedade e a depressão são dois dos principais problemas vivenciados por pessoas que sofrem de doença crónica, em particular pelas pessoas com doença do foro respiratório. Cabe à enfermeira conseguir fazer a pessoa exprimir as suas frustrações, limitações e medos, estabelecendo uma relação de empatia e demonstrando competência no que diz respeito ao tratamento com VNI. Assim, conseguirá cooperação e motivação da pessoa para que a própria adote uma atitude positiva perante a doença (Correia *et al.*, 2013; Phaneuf, 2005). Para Coelho (2015, p.24) *“o foco da prestação de cuidados é obrigatoriamente a pessoa, o que vai fazer com que esta se sinta compreendida e cuidada, condição essencial para que a comunicação terapêutica seja eficaz.”* Com recurso à escuta ativa e ao toque terapêutico consegui criar um clima de confiança através de sentimentos de calma e tranquilidade, e

²¹ 1.5.2 – Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidados em situação crítica (OE, 2018).

consequentemente melhorar o padrão respiratório e oximetrias periféricas da senhora promovendo assim um ambiente seguro e terapêutico.²²

A VNI na grande maioria das vezes é vista como suporte para melhorar o estado de doença aguda, contudo é maioritariamente utilizado como suporte numa doença crónica. Em discussão com a enfermeira orientadora, foi motivo de reflexão a utilização de suporte respiratório não invasivo (oxigenioterapia, oxigenoterapia de alto fluxo e VNI) em doentes sob cuidados em fim de vida, pois, tal como referi anteriormente, a dispneia e a insuficiência respiratória são muito comuns nesta fase (Davies, 2019), e, portanto, realizei uma pesquisa bibliográfica mais profunda sobre o tema, discutindo à posteriori com a enfermeira e mostrando a pesquisa realizada à equipa de enfermagem.

Apesar de ainda haver alguma controvérsia, há quem defenda que a utilização da VNI pode melhorar a sobrevida imediata em alguns casos podendo ser uma ferramenta valiosa para ajudar o doente a comunicar com a família e talvez completar algumas tarefas de fim de vida e também promover um maior conforto quando perto da morte (Davies, 2019). Foi também discutido com a enfermeira orientadora a importância da utilização da VNI ou oxigenoterapia nas pessoas com doença oncológica, para melhorar a sua qualidade de vida, não só numa fase mais avançada da doença, mas sempre que necessário, pois segundo o Modelo cooperativo com intervenção nas crises de Gomez-Batiste *et al.* (2005) referenciado por Capelas *et al.* (2016), deverá existir uma permanente colaboração e articulação com acessibilidade permanente às intervenções curativas e paliativas desde o início do processo de doença.

Apesar de não ter vivenciado situações de emergência neste contexto de estágio, nem todos as pessoas avaliadas tinham a doença estável, havendo necessidade de perceber se toda a terapêutica (incluindo VNI e/ou oxigénio) estava a ser cumprida de forma correta. Através de uma colheita de dados eficaz, através da entrevista e da visualização dos dados registados no aparelho, tal como a avaliação dos resultados da gasimetria colhida, era possível compreender as necessidades da pessoa e a possibilidade de agudização da doença em curto espaço de tempo. Fazer uma identificação correta das necessidades presentes, tais como, a não adaptação ao *interface* utilizado na VNI, ou a não adesão à terapêutica por dificuldades

²² 1.6.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

económicas, leva a um planeamento de intervenções para estabilização da doença, tais como: mudança de interface, ou referenciação para assistente social, respetivamente.²³

Por vezes, quando o doente se encontrava em fase aguda da doença crónica, com alterações dos parâmetros gasimétricos e com evidente repercussão no padrão respiratório, houve necessidade de estabilização no momento, com aumento de volume de oxigenoterapia administrada e posterior reavaliação dos parâmetros.²⁴

Apesar de não ter presenciado uma situação de emergência que aconteceu no serviço, esta foi alvo de reflexão com a equipa de enfermagem no dia posterior. Achei importante discuti-la para ter mais ganhos na minha aprendizagem e saber como proceder em momento de consulta.

Um senhor com DPOC dirigiu-se à consulta de enfermagem após contacto telefónico, por referir cansaço agravado nos últimos dias. À chegada o senhor apresentava saturação periférica abaixo dos 80%, com acidose respiratória visível na gasimetria colhida. A acidose respiratória caracteriza-se por hipercapnia com diminuição do pH no sangue, sendo originada por uma ventilação alveolar insuficiente para excretar CO₂ (Brum, 2002).

Devido ao contexto pandémico devido à COVID-19, a colocação de VNI em momento de consulta era considerado um risco de propagação de infeção. No entanto, neste caso a colocação de VNI seria bastante benéfico, pois a VNI envolve o uso de pressão positiva intermitente de forma a auxiliar a ventilação de forma a retornar a homeostase da situação de saúde da pessoa. Durante a inspiração, a VNI fornece um nível de pressão mais elevado que ajuda a reduzir os níveis de CO₂ (Ratan, 2019), o que seria essencial nesta situação. Assim, teve que se ter em consideração o risco-benefício nesta situação e foi aplicada VNI com todos os cuidados necessários tais como: isolar o doente na sala, o uso de EPI's e abertura de janelas para aumento de ventilação da sala. Após estabilização imediata do doente, o mesmo foi transferido para o internamento de pneumologia para continuação de cuidados.

Com este estágio, compreendi a importância do acompanhamento e dos cuidados de enfermagem em ambulatório das pessoas com doença crónica (não só com necessidade de VNI e oxigenoterapia) de modo a prevenir agudização das patologias e consequente hospitalização. Um cuidado de enfermagem especializado na pessoa em situação crítica não

²³ C1.1.4 – Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde (OE, 2019a).

²⁴ 1.1.2 – Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidades; 1.2.3 Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados (OE, 2018).

passa só pela estabilização dos doentes em situação aguda, mas também saber como mantê-los estáveis no domicílio para diminuir a deterioração do seu estado de saúde e melhorar a sua qualidade de vida e dos seus familiares.

Consegui desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa sob VNI e/ou oxigenoterapia no domicílio, tendo ficado com as bases necessárias para aplicar todo o conhecimento adquirido num próximo contexto.

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS

A UCI é uma unidade de cuidados complexos que visa atender, de forma segura e eficaz, a pessoa que necessita de criteriosa atenção, com a finalidade de alcançar a sua melhoria clínica (Melo *et al.*, 2014). No entanto, muitos dos doentes críticos apresentam situações complexas e de alto risco que podem facilmente evoluir até à morte (Feitosa *et al.*, 2012), pelo que são as unidades hospitalares que dispõem de recursos humanos qualificados de forma ininterrupta, acesso a equipamentos específicos e com maior número de recursos terapêuticos e tecnológicos (Feitosa *et al.*, 2012; Inoue *et al.*, 2008). Para o cuidado de excelência é determinante a presença de profissionais capacitados para a tomada de decisões rápidas e implementá-las em tempo útil (Inoue *et al.*, 2008).

A UCII, onde decorreu o último estágio, trata-se de uma unidade hospitalar maioritariamente cirúrgica, vocacionada para a prática de cuidados intensivos e intermédios única e exclusivamente ao doente oncológico acompanhado pela instituição.

O cancro é um grande problema de saúde pública, tanto a nível dos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Vieira, 2020). Segundo a OMS (2020b), através da *International Agency for Research on Cancer*, a incidência das doenças oncológicas em 2020 foi aproximadamente 19,3 milhões de novos casos e estima-se que em 2040 passarão a ser cerca de 30,2 milhões de novos casos por ano.

O desenvolvimento dos cuidados à pessoa com doença oncológica aumentou a probabilidade de controlo e cura da doença. Além de existirem tratamentos mais agressivos como a quimioterapia e a cirurgia oncológica, o doente oncológico apresenta características clínicas e fisiopatológicas peculiares o que implica diretamente a necessidade de suporte intensivo em algum momento da evolução da doença (Hercos *et al.*, 2014; Valle & Garcia, 2018).

Internar na UCI pessoas com doença oncológicas em momentos de complicações agudas graves ainda é motivo de controvérsia, uma vez que o prognóstico destes doentes é

pouco animador (Valle & Garcia, 2018). No entanto, segundo Ofélia Afonso (2015) estudos recentes têm demonstrado que a admissão precoce em UCI com imediato suporte das disfunções orgânicas tem sido fulcral para as pessoas com doença oncológica, observando-se ainda uma melhoria global do prognóstico do doente crítico oncológico.

Uma vez que a UCII se encontra inserida na mesma instituição onde exercia funções aquando do estágio, surgiu a necessidade de compreender a continuidade de cuidados da pessoa em situação crítica admitida no UANP e posteriormente transferida para a UCII e assim conseguir desenvolver competências para melhorar a minha prática profissional diária.

A UCII é considerada uma unidade de nível III, podendo receber igualmente doentes de nível I e II, daí ser intitulada também unidade de cuidados intermédios. Tem capacidade total para prestar cuidados a dez doentes em simultâneo, sendo que apresenta dois quartos de isolamento com pressão negativa que no momento de estágio eram maioritariamente utilizados para doentes com suspeita de infeção por SARS COV-2 a aguardar resultado de teste. Uma vez que a instituição da referida UCII foi considerada COVID-free, sempre que houvesse a confirmação de infeção, o doente era transferido para um hospital com internamento COVID.

O espaço físico é tipo *open-space* (exceto os quartos de isolamento) que permite uma maior vigilância de todos os doentes por parte da equipa de enfermagem. Os doentes encontram-se separados em unidades individuais com cortinas que são utilizadas como divisórias, promovendo a privacidade e dignidade de cada doente.

A admissão de doentes nesta UCII ocorre de forma permanente, ou seja, 24h/dia, após uma discussão médica prévia. Os doentes admitidos nesta unidade têm várias origens possíveis: Bloco Operatório; UANP; Transferência Intra-Hospitalar (proveniência de outros internamentos) e Transferência Inter-Hospitalar (que só poderia acontecer se o doente fosse seguido na instituição).

A equipa multidisciplinar é bastante importante para o bom funcionamento do serviço e consequentemente para a excelência dos cuidados ao doente crítico e à sua família. Esta é constituída por médicos intensivistas, médicos internos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. Para completar a equipa que presta cuidados diretos e diários a estes doentes, existe a colaboração dos médicos especialistas, dos técnicos de imagiologia, nutricionista, farmacêutico, assistente social, entre outros.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe, uma enfermeira coordenadora e 21 enfermeiros divididos por quatro equipas, sendo 5 enfermeiros

especialistas. O rácio enfermeiro-doente é um enfermeiro para um ou dois doentes consoante o seu estado clínico. O método de trabalho dos enfermeiros é o método individual de trabalho e a transmissão de ocorrências é realizada a toda a equipa para um conhecimento geral dos doentes internados, para que, quando necessário, o trabalho em equipa seja mais facilitador.

Tendo por base o objetivo geral comum a todos os contextos de estágio, defini como objetivos específicos: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios; Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios; Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da utilização do instrumento *Nursing Activities Score* (NAS).

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, foi fomentada, ao longo de todo o período de estágio, a integração na equipa multidisciplinar, pois numa UCI o trabalho em equipa é visto como uma competência essencial para o desempenho das funções do enfermeiro (Camelo & Chaves, 2013). Foi facilitador do processo de integração o conhecimento da missão, valores e método de trabalho da instituição, tal como, o conhecimento da tipologia e especificidade dos doentes admitidos na UCII. Contudo, o conhecimento das normas e dos protocolos do serviço manteve-se como um dos passos iniciais para o desenvolvimento de competências.

Na grande maioria, os internamentos na UCII são planeados para vigilância pós-cirúrgica de intervenções de maior complexidade. No entanto, também prestei cuidados a doentes que foram admitidos por complicações diretamente relacionadas com a evolução da doença ou com o tratamento, quer fosse cirúrgico ou médico.

Presenciei e colaborei na admissão de doentes provenientes do bloco operatório, encontrando-se sob sedação e estabilizados, com vários dispositivos médicos aplicados, tal como presenciei e colaborei na admissão de doentes provenientes do internamento ou do UANP com necessidade de estabilização imediata com necessidade de monitorização invasiva e conseqüente colocação de acessos vasculares arteriais, colocação de acessos

vasculares venosos centrais, necessidade de entubação orotraqueal para colocação de VMI com necessidade de sedação.²⁵

Pelo exposto, muitos dos doentes internados na UCII apresentavam-se sob sedação existindo uma avaliação periódica do grau de sedação e agitação dos indivíduos com o recurso à *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). É de frisar que existem diversas escalas para avaliação do nível de sedação da pessoa cuidada, no entanto, num estudo realizado por Rasheed e seus colaboradores em 2018, a escala RASS foi comparada com a também conhecida *RAMSAY Sedation Scale*, revelando-se a escala com uma avaliação mais fidedigna dos níveis de sedação em UCI.

Em complementaridade com a avaliação do nível de sedação, a avaliação da dor nestes doentes não pode ser descorada. Enquanto futura enfermeira especialista, na área do cuidado à pessoa em situação crítica, a gestão diferenciada da dor é uma competência chave na prestação diária de cuidados.

A dor é uma experiência subjetiva e multidimensional desagradável relacionada com danos tecidulares reais ou potenciais (Gomarverdi *et al.*, 2019). Pode desencadear sofrimento físico e psicológico tendo um elevado impacto na qualidade de vida do doente (Pina, 2016).

A dor é uma queixa frequente no doente crítico internado em UCI, sendo que cerca de 50% ou mais destes doentes apresentam dor moderada a intensa, pois a gravidade da dor sentida muitas vezes é subestimada pela equipa devido a barreiras de comunicação verbal, como a sedação, agravamento do estado de consciência, entubação orotraqueal e VMI (Gomarverdi *et al.*, 2019).

No doente vígil a avaliação da dor é maioritariamente avaliada através da Escala de Avaliação Numérica, contudo no doente sob sedação ou incapaz de responder, não é possível questionar a intensidade da dor sentida pelo que a avaliação é realizada através de escalas comportamentais e observacionais. No caso da UCII, era utilizada a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

Recordo um doente a quem prestei cuidados durante um longo período do estágio, onde a aplicação destas duas escalas foi imprescindível. De forma a proteger a sua identidade, irei referir-me ao senhor como o Sr. G.

²⁵ 1.1.3 – Executa cuidados técnicos da alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou em falência orgânica (OE, 2018).

O Sr. G apresentava um tumor do reto, localmente avançado, pelo que foi submetido a uma cirurgia para remoção do tumor, no entanto, devido à remoção de grande quantidade de tecido na região perineal, houve realização de um retalho utilizando o abdómen como o tecido dador. Esta cirurgia foi realizada com o intuito paliativo, que consiste num procedimento utilizado com intenção primária de melhorar a qualidade de vida ou aliviar sintomas (Almeida & Domingos, 2016).

Porém, no pós-operatório imediato apresentou choque hemorrágico devido a hemorragia no intraoperatório, com necessidade de realizar terapêutica dirigida. No pós-operatório mais tardio o senhor apresentou infeção de ambas as feridas cirúrgicas (abdominal e retalho perineal).

Por um lado, o choque hemorrágico ocorre devido à diminuição do volume intravascular através da perda de sangue até ao ponto em que o fornecimento de oxigénio às células é insuficiente para o metabolismo aeróbico (Medeiros & Filho, 2017). Por outro lado, a infeção da ferida cirúrgica com a criação de conteúdo purulento leva ao aumento da tensão presente na ferida.

Portanto, estes dois acontecimentos culminaram na deiscência de ambas as suturas. Por este motivo, o Sr. G apresentava descontrolo algico, com necessidade de sedo-analgesia continua.

Perante os cuidados de enfermagem, como posicionamento, cuidados de higiene, realização do penso, entre outros, o Sr. G apresentava contração dos músculos faciais, movimento dos membros e por vezes abertura espontânea dos olhos. Estas alterações comportamentais observadas demonstram a presença de dor perante estes cuidados. Segundo Gomarverdi *et al.* (2019) a maioria dos doentes em situação crítica sente dor durante os procedimentos de cuidados de rotina, portanto, a constante avaliação da dor e grau de sedação neste doente, através das escalas acima referidas, é essencial, de forma a implementar medidas farmacológicas prévias à realização de procedimentos e medidas não farmacológicas contínuas (como a massagem, correto posicionamento) para contribuir para o conforto e conseqüente bem-estar do doente.²⁶

Com a prestação de cuidados contínua ao Sr. G, tal como a outros doentes, onde o cuidado paliativo e, em alguns casos, em fim de vida esteve presente, comecei a identificar

²⁶ 1.3.3 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; 1.3.4 – Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; 1.3.5 – Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia (OE, 2018).

algumas barreiras presentes no ambiente de UCI à prestação de cuidados paliativos e/ou em fim de vida.

Recordo um senhor, com doença hematológica ainda em estudo, no entanto com disfunção multiorgânica evidente, com necessidade de VMI, técnica contínua de substituição renal (não só por falência renal, mas também para estabilização da temperatura), com agravamento clínico progressivo até culminar em PCR, com assistolia visível no monitor. Houve intervenção imediata da equipa multidisciplinar para a realização de reanimação cardiorrespiratória, com reversão do quadro clínico. No entanto, durante o turno houve necessidade de intervir mais duas vezes perante a mesma situação, colocando-se a questão entre a equipa de enfermagem se as intervenções realizadas seriam benéficas para a pessoa.

Num estudo realizado por McCallum e McConigley em 2013, houve relatos de enfermeiros de UCI's que tiveram de enfrentar dilemas morais e éticos associados ao tratamento médico agressivo, onde os doentes foram expostos a sofrimento desnecessário, principalmente sabendo a irreversibilidade da situação. As UCI's ainda estão enraizadas numa cultura e mentalidade para salvar vidas, o que por vezes pode dificultar a decisão médica para prestação de cuidados em fim de vida (Vaughn & Salas, 2022).

Este paradigma curativo presente nas UCI's decai sob uma “Obstinação diagnóstica e terapêutica”. Este conceito é definido na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012, p. 5119) como *“os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido”*.

Refletir com a equipa na passagem de ocorrências sobre o tema, foi uma forma de colaborar numa posterior tomada de decisão com o intuito de promover o conforto e diminuir o sofrimento do doente. A partir daí o interesse sobre o cuidado em fim de vida numa UCI cresceu, levando à realização da revisão sistemática da literatura presente no primeiro capítulo deste relatório.²⁷

Em todos os contextos de estágio o controlo de infeção foi um tema presente, especialmente por estarmos a vivenciar um período de pandemia devido à COVID-19. No entanto, dou especial atenção ao controlo de infeção na UCII, visto que o doente oncológico encontra-se imunodeprimido devido à própria doença ou aos tratamentos realizados, sendo

²⁷ D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; D2.2.6 – Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (OE, 2019a).

que a sépsis é uma das complicações clínicas mais comuns nestes doentes (Valle & Garcia, 2018), podendo ter um pior prognóstico devido a esta imunodepressão.

Por este motivo, uma das competências destacadas no enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é o cuidado com o controlo de infeção: *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”* (OE, 2018, p. 19359)

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2007) a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. No entanto, não se pode falar em IACS sem falar no aumento da resistência de microrganismos aos antimicrobianos, porque são problemas relacionados entre si e de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017b).

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade e prolongam os internamentos. (DGS, 2017b) e estão entre os eventos adversos mais frequentes ocorridos em contexto de serviços de saúde, segundo o relatório global da prevenção e controlo da infeção da OMS, em 2022. Consequentemente, acentuam a pressão geradora de resistência de microrganismos aos antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos (DGS, 2017b).

Segundo a OMS (2022) até 30% dos utentes internados em UCI podem ser afetados por IACS, sendo que mais de 24% dos doentes com sépsis estão relacionadas a este evento adverso e 52,3% destes doentes, tratados em UCI, morrem a cada ano.

Todos estes valores demonstram a importância de uma prática diária atenta a todos os cuidados e intervenções que previnem e controlam a infeção.

Para ir de encontro ao desenvolvimento desta competência, pesquisei sobre normas existentes relativas a cuidados com dispositivos invasivos utilizados numa UCI, tais como cateteres venosos centrais, cateteres vesicais e feridas cirúrgicas. Debrucei-me então sobre as normas: Norma nº 022/2015 da DGS intitulada *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central”*; Norma nº 019/2015 da DGS intitulada *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”* e Norma nº 020/2015 da DGS intitulada *“Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”*. Também foi assunto de interesse e pesquisa os cuidados relacionados com

a Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, na Norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017 da DGS. Esta temática será abordada mais detalhadamente no próximo objetivo.

Apesar de na UCII não prestarmos cuidados a doentes com a doença COVID-19, por vivenciarmos um contexto de pandemia, os cuidados teriam que ser mantidos no serviço, para proteção dos doentes e dos próprios profissionais. Portanto, para melhor agir perante a prevenção desta infeção, é de máxima importância o seguimento da Norma nº 007/2020 da Direção Geral da Saúde (DGS) de assunto: “*Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*”.

Posteriormente, com o conhecimento aprofundado dos cuidados a ter, nunca descorando a importância da higienização das mãos nos cinco momentos preconizado pela DGS, na Norma nº 007/2019 de assunto “*Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*”, comecei a aplicar e a fomentar na equipa tais cuidados.²⁸

Outra medida de controlo de infeção são as medidas de isolamento, que poderão ser de proteção, quando o doente se encontra imunodeprimido e suscetível a microrganismos multirresistentes; de transmissão por contacto, via aérea ou gotículas, quando o doente apresenta infeção com bactéria multirresistente.

Relembro um dos turnos em que se encontravam dois doentes em isolamento, sendo que um se apresentava em isolamento de proteção por apresentar neutropénia e o outro em isolamento de contacto por apresentar infeção multirresistente na ferida cirúrgica. Durante o momento de distribuição suscitei na equipa de enfermagem um momento de reflexão sobre a importância de o enfermeiro que prestaria cuidados a um dos doentes não prestar cuidados ao outro, para evitar infeção cruzada, mesmo mantendo todos os cuidados necessários.²⁹

O objetivo: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios surgiu pelo grande número de pessoas ventiladas internadas na UCII e pelas dificuldades e medos sentidos por mim inicialmente.

Numa fase inicial, tentar conhecer e compreender todos os cuidados necessários prestar ao doente submetido a VMI foi o meu foco. Através da pesquisa bibliográfica, da observação e colaboração na prestação de cuidados com os enfermeiros orientadores pude ganhar a confiança e autonomia para conseguir uma prestação de cuidados mais personalizada e especializada.

²⁸ 3.2.4 Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas (OE, 2018).

²⁹ 3.2.2 – Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica (OE, 2018).

A VMI é utilizada com o objetivo de suprir as necessidades respiratórias da pessoa em situação crítica tendo como principais indicações: paragem respiratória ou cardiorrespiratória, esforço respiratório com agravamento progressivo, sinais de fadiga, alterações no estado de consciência, retenção de CO₂ e hipoxemia não corrigida pela ventilação não invasiva (Gama & D'Alessandro, 2017).

Quando a pessoa é submetida a VMI, os mecanismos de defesa do pulmão estão muitas das vezes diminuídos, devido à situação clínica de base. Devido à entubação orotraqueal, existe uma perda da proteção das vias aéreas superiores, levando a distúrbios na fisiologia respiratória normal (Gama & D'Alessandro, 2017). Por este motivo, se os cuidados de enfermagem ao utente sob VMI não forem realizados adequadamente podem levar a complicações, gerando agravamento do quadro clínico da pessoa (Melo *et al.*, 2014).

A pneumonia associada à intubação é uma das complicações da VMI, sendo a infeção adquirida na UCI mais frequente em doentes sob suporte ventilatório (Gama & D'Alessandro, 2017). Segundo a DGS (2017a), a pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em pessoas com tubo orotraqueal (TOT) há mais do que 48 horas ou em pessoas que foram extubadas há menos de 48 horas.

Na revisão integrativa da literatura realizada por Oliveira (2021), a autora agrupa os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VMI em cinco categorias que correspondem aos cuidados relacionados: ao TOT; ao ventilador e circuito; à prevenção da broncoaspiração; à sedação e ao controlo de infeção. Todos estes cuidados de enfermagem estão diretamente relacionados com a prevenção da pneumonia associada à intubação como pode ser corroborado na norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017 da DGS de assunto “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*”. Esta norma foi a base da minha prestação de cuidados à pessoa submetida a VMI, para que justificasse todas as minhas intervenções na evidência científica.³⁰

Era da minha atenção diária a alternância de decúbitos e manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou maior a 30° (DGS, 2017a), de forma a minimizar a broncoaspiração (Oliveira, 2021).

Aquando da prestação de cuidados relacionado com o TOT, avaliava e mantinha a pressão do balão do tubo entre os 20 e 30cmH₂O (DGS, 2017a) de forma a igualmente prevenir broncoaspiração por mobilização accidental do TOT, mas também de forma a

³⁰ 3.2.3 – Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência de Antimicrobianos (OE, 2018).

prevenir lesões por compressão da mucosa traqueal (Oliveira, 2021). A fixação correta e alternância do local de fixação do TOT também era um cuidado tido por mim de forma a minimizar lesões na região da boca e orelhas (Oliveira, 2021). Também relacionado a estes cuidados, mantinha uma avaliação constante da integridade dos circuitos de VMI procedendo à sua substituição apenas quando sujos ou não funcionantes (DGS, 2017a).

No que toca à aspiração de secreções, a mesma é recomendada só quando a pessoa apresenta sinais clínicos de secreções traqueais como a presença de roncos ou diminuição dos sons respiratórios à auscultação pulmonar, não sendo indicada a sua realização rotineira de forma a prevenir obstrução das vias aéreas (Santos *et al.*, 2020). Assim, antes de decidir aplicar esta intervenção, juntamente com o enfermeiro orientador, avaliava a necessidade de aspiração de secreções ao doente. Ao contrário da realização da higiene oral com cloro-hexidina a 0,2% que era realizada uma vez por turno ou sempre que necessário, completando assim a indicação de pelo menos três vezes ao dia como está indicado na norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017 da DGS.

Todas estas intervenções acima descritas são realizadas com técnica asséptica, incluindo a higienização das mãos antes e depois do procedimento, de forma a minimizar e prevenir infeções associadas à VMI.

Na UCII, os doentes submetidos a VMI na sua grande maioria estavam sob sedação, sendo de extrema importância a avaliação diária do nível de sedação através da escala já anteriormente referida (RASS), rever a possibilidade de diminuição da sedação e discutir com a equipa multidisciplinar essa necessidade.³¹

Porém, prestei cuidados a doentes sob VMI que estavam vigis e orientados, sem sedação instituída. Estas pessoas conseguiam compreender tudo o que se passava à sua volta, ficando muitas vezes angustiados pela incapacidade de comunicar verbalmente de forma a expressar as suas necessidades e medos. É nestas situações que o enfermeiro de cuidados intensivos tem que ter conhecimentos para cuidar destas pessoas, nomeadamente capacidades de comunicação que devem ser desenvolvidas para interpretar as dificuldades e necessidades das mesmas (Rosário, 2009).

Relembro um senhor a quem prestei cuidados que se encontrava sob VMI, no entanto sem qualquer tipo de sedação, visto apresentar um risco elevado de broncoaspiração por apresentar diminuição da função intestinal. Por apresentar um TOT, não conseguia verbalizar os seus medos e necessidades, como por exemplo, a impossibilidade de verbalizar

³¹ 1.3.5 – Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia (OE, 2018).

a sede que tinha ou algum desconforto presente, sendo que o levantar da mão para junto do TOT poderia ser interpretado como tentativa de extubação por parte do senhor, mas na realidade o senhor só tinha prurido junto ao nariz. Todas estas questões eram causadoras de ansiedade no doente.

A comunicação eficaz com o doente (sedado ou não sedado) é de grande importância para diminuição da ansiedade. Estar presente junto do doente, tendo um olhar atento e comunicar com ele, mesmo estando sedado, é uma forma de diminuir o *stress* e o medo. O enfermeiro tem que estar presente de forma plena, ou seja “(...) *estar lá física, psicossocial e espiritualmente numa relação que é transformadora*” (Osterman e Schwartz-barcott, 1997 citado por Rosário, 2009, p.61).

Para atingir esta comunicação eficaz com o senhor acima referido, além de estar atenta a todos os sinais, tive de arranjar estratégias de comunicação. Primeiro através de um quadro para que o mesmo tenta-se escrever, contudo devido à motricidade fina estar afetada por o mesmo ter estado sob sedação durante algum tempo, não foi possível. Sendo assim, questioneei aos enfermeiros se haveria algum quadro com letras para que o senhor pudesse apontar, conseguindo expressar-se mais facilmente. Ao existir este quadro no serviço, consegui melhorar a comunicação do doente de forma a expressar-se mais facilmente e consequentemente diminuir a sua ansiedade.³²

Por outro lado, uma comunicação eficaz com a família também é importante, tentando perceber à priori o conhecimento que têm sobre a situação do doente. Quando os familiares vinham visitar um doente pela primeira vez, não sabendo se saberiam como iriam encontrar o doente, podendo tornar-se uma situação de *stress*, tive a atenção de ir ao encontro dos familiares e perceber o que já sabiam sobre o estado de saúde e posteriormente dando as informações necessárias para que houvesse uma preparação adequada.

O objetivo específico: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da utilização do instrumento NAS, surgiu no diagnóstico de situação, quando verifiquei que a avaliação da carga de trabalho de enfermagem era realizada através do Sistema de Pontuação de Intervenção Terapêutica (TISS), na versão de 28 itens – TISS 28 e que o mesmo era preenchido pela equipa médica.³³

³² 1.4.1 – Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidados em situação crítica; 1.4.2 – Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” (OE, 2018).

³³ B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.2 – Estabelece prioridades de melhoria; D2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas; D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (OE, 2019a).

Este instrumento foi inicialmente idealizado por *Cullen* e colaboradores, em 1974 com o objetivo de medir a gravidade e prognóstico dos pacientes e posteriormente conseguir calcular a carga de trabalho de enfermagem. À posterior foi simplificada por Miranda em 1996, criando então 28 itens a serem preenchidos (Macedo, 2017).

Contudo, pude verificar que este instrumento não espelhava totalmente a carga de trabalho de enfermagem, que para Macedo (2017, p.22) corresponde ao *“tempo dedicado pelos enfermeiros, nas atividades de prestação de cuidados diretos e indiretos ao doente, decorrentes das suas intervenções autónomas e interdependentes”*. Na TISS-28 não estão contemplados cuidados como apoio à família, questões administrativas, algo que, segundo Cabral *et al* (2021) foi bastante criticado a nível mundial.

Neste sentido, realizei uma pesquisa aprofundada sobre outro instrumento mais recente, o NAS, que foi criado com o objetivo de mensurar a carga de trabalho de enfermagem com maior precisão, baseado no tempo dedicado à prestação de cuidados de enfermagem, incluindo a prestação de cuidados direta e indireta ao doente, independentemente da gravidade da doença (Cabral *et al*, 2021; Macedo, 2017).³⁴

Com uma avaliação mais precisa da carga de trabalho de enfermagem, poderia justificar-se a necessidade ou não de mais enfermeiros na equipa ou durante um turno específico, para uma maior segurança e qualidade dos cuidados prestados. No entanto, não podendo esquecer que *“o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar -se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo, internacionalmente, consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar”* (OE, 2019b, p.128).

³⁴ B2.1.1 – Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade (OE, 2019a).

Mostrei aos enfermeiros orientadores as diferenças presentes nos dois instrumentos e a importância da utilização do NAS na UCII. Como o enfermeiro especialista assume um papel facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2016), realizei uma apresentação (Apêndice III) para a equipa de enfermagem e médica, após deliberação com os enfermeiros orientadores e a professora, sobre a importância da utilização do NAS, realizando uma comparação deste instrumento com o utilizado na UCII, através de uma avaliação da carga de enfermagem aos doentes internados.³⁵

A apresentação foi bastante bem recebida pela equipa, levando a um debate entre todos no final da apresentação e sendo colocada a possibilidade da utilização deste mesmo instrumento na UCII pela enfermeira chefe e diretora clínica, sendo que a avaliação seria realizada pela equipa de enfermagem e não pela equipa médica.³⁶

Contudo, pelo termino do estágio, não foi possível a sua aplicação. Entreguei toda a documentação necessária aos enfermeiros orientadores para darem continuidade a este projeto e implementarem no serviço.

Como a UCII é uma unidade que presta exclusivamente cuidados à pessoa com doença oncológica, após a apresentação, entreguei um artigo científico sobre a utilização e reformulação do NAS para os doentes oncológicos, deixando a possibilidade de uma aplicação futura na unidade.

Após aprofundar conhecimentos sobre o NAS, colaborei na distribuição da equipa de enfermagem pelos doentes presentes, tendo em conta as competências de cada um e a carga de trabalho avaliada com o instrumento referido, para uma distribuição mais correta. Neste sentido foi possível ir compreendendo como contribuir para a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.³⁷

³⁵ D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.1.3 – Gere programas e dispositivos formativos; D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. (OE, 2019a).

³⁶ B2.2.5 – Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade; D2.1.5 – Avalia o impacto da formação; D2.2.5 – Discute as implicações da investigação (OE, 2019a).

³⁷ B2.1.2 – Utiliza indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas; (OE, 2019a).

CONCLUSÃO

Com a realização do Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tinha como objetivo desenvolver conhecimentos e competências que me iriam ajudar na minha prática profissional diária, podendo assim prestar cuidados mais especializados aos doentes que se dirigiam ao serviço onde exercia funções.

Com o presente relatório procurei demonstrar através da descrição e análise crítica e reflexiva as competências comuns e específicas desenvolvidas no percurso formativo, assim como, a minha evolução profissional e pessoal, resultado das aprendizagens obtidas tanto em contexto académico como nos diferentes contextos clínicos.

A realização da revisão sistemática da literatura permitiu-me aprofundar um novo tema ainda pouco referenciado no dia-a-dia das UCI's. O cuidado em fim de vida e a morte tem que ser vivida pelos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, de forma natural em qualquer que seja o contexto. Só assim será possível prestar cuidados humanizados e holísticos à pessoa e sua família, com a finalidade de proporcionar uma morte tranquila e digna.

A primeira experiência de estágio realizou-se no SU, onde dei os meus primeiros passos para o desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica. Foi aqui que ganhei a curiosidade pelo doente com insuficiência respiratória aguda e todos os cuidados que daí advinham. Desenvolvi competências na prestação de cuidado à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica, competências de comunicação com a pessoa a vivenciar processos complexos de doença, tal como a sua família, protegendo sempre a sua privacidade, intimidade e dignidade até em momentos de fim de vida. Desenvolvi igualmente competências de gestão e liderança, transferido este conhecimento para a prática profissional diária.

O contexto na Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva, foi o que mais me surpreendeu, porque foi aí que comecei a ter uma perspetiva diferente do que era ser enfermeira especialista. Além de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente sob VNI, que é extremamente importante para a prestação de cuidados à pessoa em

situação crítica, compreendi a importância do seguimento das pessoas com doença crônica para diminuir a incidência de agravamento de sintomas. Compreendi igualmente a importância de conhecer recursos na comunidade de forma a prestar cuidados à pessoa que recuperou do seu estado crítico e que terá que continuar a cuidar da sua saúde.

No último contexto de estágio, na UCII, foi onde por um lado me senti mais confiante por prestar cuidados ao doente com patologia oncológica, mas por outro lado, o desenvolvimento de competências continuou a ser um desafio. Desenvolvi competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa submetida a VMI, não esquecendo a importância da comunicação com os mesmos, competências no âmbito da gestão diferenciada da dor e em maior pormenor, desenvolvi competências no controlo de infeção. Foi neste contexto onde pude contribuir de forma mais direta e eficaz para a melhoria contínua da qualidade, com a apresentação do instrumento NAS à equipa multidisciplinar, evidenciando as diferenças com a escala utilizada no serviço.

Destaco ainda que este percurso académico contribuiu para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências de forma a promover a excelência dos cuidados de enfermagem com maior incidência à pessoa em situação crítica e à sua família, tal como, foi um meio promotor de motivação para continuar o meu crescimento profissional, tendo sido o impulsionador da procura de outros projetos onde poderei, com um olhar mais atento, um pensamento mais reflexivo e uma prática baseada na evidência, contribuir para o cuidado de excelência da pessoa e seus familiares.

Aliando todo o trabalho realizado em Estágio, com a realização do presente relatório, posso então concluir que consegui atingir os objetivos esperados neste Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, O. (2015). *Critérios de admissão na UCI* [Palestra]. iii Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto XII Congresso do Arco Iberoatlântico. http://www.actamedicaportuguesa.com/info/FDC_1-2015.pdf
- Akgun, K., Gruenewald, D., Smith, D., Wertheimer, D., & Luhrs, C. (2019). A national VA palliative care quality improvement project for improving intensive care unit family meetings (icu-Fms). *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 1075–1080. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.015>
- Alasiry, S., Alshehri, H., Medin, J., & Hagelin, C. (2012). Nurses' experiences of providing palliative care in an intensive care unit in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing*, January 2012.
- Almeida, J. C. & Domingos, H. (2016). Cirurgia paliativa. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 437-446). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Aquino, A., Góes, I., & Malcher, M. (2016). A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. *Enfermagem Brasil*, 15(6), 295-300. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i6.717>
- Aromataris, E., & Munn Z. (Editores) (2020). *Manual JBI para Síntese de Evidências*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Attia A., Abd-Elaziz, W., & Kandeel, N. (2013). Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(3), 297-304.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto Editora.
- Bracken, J. (2001). Triagem. Em S. Sheehy (Eds.) *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (4ª Edição, pp 117-124). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Brum, G. (2002). *Urgências em Pneumologia. Alterações do equilíbrio ácido-base*. Permanyer Portugal.

- Cabral, J. (2021). Nursing Activities Score como ferramenta para avaliar a carga do trabalho de enfermagem. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 13(2), 1-10. <https://doi.org/10.25248/REAS.e5894.2021>
- Camelo, S., & Chaves, L. (2013). Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 107 - 115.
- Capelas, M.L., Neto, I., & Coelho, S. (2016). Organização de serviços. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 915-935). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Coelho, M.T. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Coimbra, N. (2021). Introdução. Em T. Amaral, N. Coimbra & N. Santos (Eds.), *Enfermagem Urgência e Emergência*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Correia, A., Freitas, C., Pereira, C., & Ferreira, F. (2013). Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva no Domicílio. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (1), 63-75.
- Cortegiani, A., Longhini, F., Madotto, F., Grof, P., Scala, R., Crimi, C., Carlucci, A., Bruni, A., Garofalo, E., Raineri, S., Tonelli, R., Comellini, V., Lupia, E., Vetrugno, L., Clini, E., Giarratano, A., Nava, S., Navalesi, P., & Gregoretto, C. (2020). High flow nasal therapy versus noninvasive ventilation as initial ventilatory strategy in COPD exacerbation: a multicenter non-inferiority randomized trial. *Critical Care*, 24(1), 692. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03409-0>
- Dantas, J., & Vaz, R. (2019). Insuficiência Respiratória Aguda: Dúvidas Existenciais do Internato em Medicina Interna. *Revista Medicina Interna*, 26(3), 232-237. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/229/18/3/2019>
- Davies, J. (2019). Noninvasive Respiratory Support at the End of Life. *Respiratory Care*, 64(6), 701-711.
- DGS. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.
- DGS. (2015a). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico., Pub. L. No. Norma n.º 020/2015.

- DGS. (2015b). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central., Pub. L. No. Norma n.º 022/2015.
- DGS. (2017a). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação., Pub. L. No. Norma n.º 021/2015 atualizada a 30/05/2017.
- DGS. (2017b). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.
- DGS. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Pub. L. No. Norma n.º 007/2019 Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Feio, M. (2016). Dispneia. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 219-229). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Feitosa, M., Leite, I., & Silva, G. (2012). Demanda de intervenções de enfermagem a pacientes sob cuidados intensivos: NAS - Nursing Activities Score. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 16 (4), 682-688.
- Ferreyro, B., Ferguson, N., & Wunsch, H. (2020). Association of Noninvasive Oxygenation Strategies With All-Cause Mortality in Adults With Acute Hypoxemic Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 324(1), 57-67.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196.
- Fradique, M.J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Gama, L., & D’Alessandro, W. (2017). Os cuidados de enfermagem na profilaxia de pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Amazônia: Science & Health*, 7(1), 69-81.
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M., & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 151-155.
- Gray, J., & Grove, S. (2021). *Burns and Grove’s The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier, Inc (9th Edition).

<https://books.google.pt/books?id=HmbyDwAAQBAJ&pg=PA589&lpg=PA589&dq=grove+burns+%26+gray+2013&source=bl&ots=Olt-CQ-jtd&sig=ACfU3U2HJJhpALoyIAUaLQ9pZ4pCQ5DsWw&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwimyMSww4r4AhXNPOwKHdIBA-YQ6AF6BAgSEAM#v=onepage&q&f=false>

- Hercos, T., Vieira, F., Oliveira, M., Buetto, L., Shimura, C., & Sonobe, H. (2014). O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 60(1), 51-58.
- Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), 549-556.
- Inoue, K., Matsuda, L., Silva, D., Uchimura, T., & Freitas, T. (2008). Absenteísmo-doença da equipe de Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 209-214.
- ICS. (2021). *Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório"*. Lisboa.
- INEM (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida.
- Jarvis, H. (2006). Exploring the evidence base of the use of non-invasive ventilation. *British Journal of Nursing*, 15 (14), 756-759. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.14.21576>
- Jordan, P.J., Clifford, I., & Williams, M. (2014). The experiences of critical care nurses with regard to end-of-life issues in the intensive care unit. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 16(2), 71-84.
- Kolcaba, K. (2003). *Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, Inc. https://books.google.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Código Deontológico*.
- Lei nº 52/2012, de 5 de setembro. *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*.
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico. <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- MacPhail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. Em S. Sheehy (Eds.) *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (4ª Edição, pp 3-7). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Mani, Z. A., & Ibrahim, M. A. (2017). Intensive care unit nurses' perceptions of the obstacles to the end-of-life care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(7), 715-720. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.7.18454>
- Martins, A. (2018). *O Handover na Sala de Reanimação – Intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança da pessoa vítima de trauma*. [Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24161>
- Martins, J., Galdino, M., Garanhani, M., Sammi, K., & Trevisan, G. (2015). Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Congitare Enfermagem*. 20(3), 585-591.
- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. [Revisão Sistemática da Literatura, Escola Superior da Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco]. <https://core.ac.uk/download/pdf/302935785.pdf>
- McCallum, A. & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30.
- McKeown, A., Cairns, C., Cornbleet, M., & Longmate, A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: na interview-based study of the team perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(7), 334-338.
- Medeiros, A., & Filho, I. (2017). Choque Hemorrágico em Cirurgia. *Journal of Surgical and Clinical Research*, 8(2), 170-183.
- Mellado-Artigas, R., Ferreyro, B., Angriman, F., Hernández-Sanz, M., Arruti, E., Torres, A., Villar, J., Brochard, L., & Ferrando, C. (2021). High-flow nasal oxygen in patients with COVID-19-associated acute respiratory failure. *Critical Care*, 25(58), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03469-w>
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência, serie IV*(1), 55-63
- Mishel, M. H. (2014). Theories of Uncertainty in Illness. Em M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. (3ª Edição, pp. 53-86). <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7iFW6dUS3jMC&oi=fnd&pg=PA53&dq=theories+of+uncertainty+in+il>

[Iness&ots=CBbKKpckkY&sig=APNapb_uACbB3gium0ChTtALJtA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016)

- Moritz, R., Miranda do Lago, P., Pusch de Souza, R., Brandão da Silva, N., Albano de Meneses, F., Othero, J., Machado, F., Piva, J., Dias, M., Verdeal, J., Rocha, E., Viana, R., Blasco de Magalhães, A., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>
- Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 317-330). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2016). Origem e definição do conceito de cuidados paliativos. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 1-22). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ntieku, K. (2014). *O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Departamento de Ciências Económicas e Empresarias e Tecnológicas.] Repositório Institucional Camões.
- Oliveira, A. (2021). Atuação do enfermeiro na prevenção as complicações associadas a ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 21625-21635.
- OE. (2009). Parecer Conselho Jurisdicional nº102/2009 sobre Consulta de Enfermagem por via telefónica.
- OE. (2018) *Regulamento n.º 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.*, Diário da República, 2ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
- OE. (2019a) *Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.*, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
- OE. (2019b) *Regulamento n.º 743/2019 da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2.ª série – N.º 184 – 25 de setembro de 2019.
- OMS. (2020a). Cuidado paliativo. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- OMS. (2020b). International Agency for Research on cancer: Global Cancer Observatory. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>
- OMS. (2022). *Global Report on infection prevention and control*.
- Pacheco, M. (2018). *A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica Intervenção de enfermagem especializada*. [Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/27913>
- Pádua, A., Alvares, F., & Martinez, J. (2003). Insuficiência Respiratória. *Revista Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 36, 205-213. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/549/549>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª Edição). Lusociência.
- Pina, P. (2016). Controlo da dor em cuidados paliativos. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 437-446). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição, pp. 815-831). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., Parameaswari, P.J., Issa, M., & Alharthy, A. (2018). RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *Health Science Journal*, 12(6), 1-5.
- Ratan, A. (2019). The use of non-invasive ventilation an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a case study. *British Journal of Nursing*, 28(22), 1461-1467.
- Rosário, E. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/1472>
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-7.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 3), 15-23. <https://doi.org/10.12707/riii1019>
- Silva, C., Amaral, T., & Silva, V. (2020). Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, 19(6), 484-491.

- Smith, M. C. (2014). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. Em M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. (3ª Edição, pp. 3-14). https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7iFW6dUS3jMC&oi=fnd&pg=PA53&dq=theories+of+uncertainty+in+nursing&ots=CBbKKpckkY&sig=APNapb_uACbB3gium0ChTtALJtA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição). Lusociência.
- UCP. (2017). Mestrado em Enfermagem., Regulamento Geral 2012 (alterado em 2017)
- Valle, T., & Garcia, P. (2018). Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. *Revista de Ciências Médicas*, 27(2), 73-84. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a4121>
- Vaughn, L., & Salas, A. (2020). Barriers and facilitators in the provision of palliative care in critical care: A qualitative descriptive study of nurses' perspectives. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 33(1), 14-20.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência* (2ª Edição). Universidade Católica Editora.
- Wong, S., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F., Tousignant, K., & Wright, D. (2020). Intensive care nurses providing end-of-life care in a community hospital. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(3), 23–30. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7iFW6dUS3jMC&oi=fnd&pg=PA53&dq=theories+of+uncertainty+in+nursing&ots=CBbKKpckkY&sig=APNapb_uACbB3gium0ChTtALJtA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

APÊNDICES

Apêndice I - “Poster: “As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos – revisão sistemática da literatura de evidência de significado””



AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE SIGNIFICADO

RUIVO, Inês*; CANHOTO, Marlene*; MADUREIRA, Manuela**; VELUDO, Filipa**

*Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica pela UCP

**PhD, Docente da Escola de Enfermagem de Lisboa do ICS da UCP

INTRODUÇÃO

O cuidado em fim de vida é considerado um cuidado global (Attia *et al.*, 2013) objetivando dignificar o processo de morrer (Xu *et al.*, 2022).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um ambiente técnico e objetivo (Martins *et al.*, 2015) objetivando assistir a pessoa para a sobrevivência (Akgun *et al.*, 2019).

Um em cada cinco doentes morre em UCI (Mani & Ibrahim, 2017). As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente.

No sentido de entender quais as experiências dos enfermeiros em UCI, para proporcionar cuidados de qualidade assente em princípios de humanismo, surge a problemática associada ao cuidado em fim de vida em UCI.

OBJETIVO

Sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Método: Revisão sistemática da literatura de evidência de significado (Aromataris & Munn, 2020).

Questão de investigação: Quais são as experiências de cuidado em fim de vida (I), dos enfermeiros (P) em UCI (Co)?

Fontes de pesquisa: EBSCOhost: CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Descritores: Nurs*[†] AND (Terminal care OR Palliative care OR End of life care OR Dying care)[‡] AND (Intensive care unit OR Critical care unit OR ICU)[§] AND (Qualitative study OR Grounded theory OR Phenomenological study OR Case study research)[‡]

[†]Título e resumo [‡]Resumo e texto

RESULTADOS



Facilidades

Comunicação
• Informação transmitida ao doente/família e comunicação entre equipa (Holms *et al.*, 2014; Alasiry *et al.*, 2012; Vaughn & Salas, 2022; Silva *et al.*, 2020).

Conforto
• Conforto físico – controlo de sintomas; Conforto espiritual – reconhecimento de crenças e valores (Alasiry *et al.*, 2012 & McCallum & McConigley, 2013).

Envolvimento da família
• Família como ponte entre a vontade do doente e o cuidado em fim de vida personalizado (Vaughn & Salas, 2022; Silva *et al.*, 2020; Jordan *et al.*, 2014).

Padronização dos cuidados
• Um apoio no início do cuidado em fim de vida, tornando uma decisão célere e eficaz (Holms *et al.*, 2014 & Alasiry *et al.*, 2012).

Dificuldades

Comunicação
• O fim de vida é abordado tardiamente; Mensagens contraditórias na equipa condiciona a tomada de decisão (Vaughn & Salas, 2022; Holms *et al.*, 2014; McKeown *et al.*, 2010).

Paradigma Curativo
• Cultura de salvar vidas enraizada na UCI; Doentes em fim de vida deixam de ser prioridade (Vaughn & Salas, 2022 & McCallum & McConigley, 2013).

Ambiente de UCI
• Ambiente ruidoso, ocupado e com falta de espaço, condiciona a privacidade e morte digna do doente (Holms *et al.*, 2014 & Vaughn & Salas, 2022).

Défi ce de formação
• A observação e imitação dos pares é a principal forma de desenvolvimento de competências (Holms *et al.*, 2014 & Vaughn & Salas, 2022).

Experiência de Stress
• O cuidado em fim de vida é sentido como experiências de stress, evidenciado pelo défi ce de suporte na equipa (Holms *et al.*, 2014 & Jordan *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidado dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades. Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente em desenvolvimento de competências dos Enfermeiros em UCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice II - “Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave”

Tabela 5 – Apresentação de Resultados: Ideias-Chave

AUTORES (ANO)	IDEIAS – CHAVE	CITAÇÕES	EVIDÊNCIA
Natalie Holms; Stuart Milligan; Angela Kydd (2014)	Utilização de sistema de cuidados integrados (<i>Liverpool Care Pathway - LCP</i>) tendo orientações mais claras, menos papelada e cuidados em fim de vida mais estruturados	“Now that the LCP is used, I feel EOLC has a better structure, I think there’s more dignity being put on patients now that we have implemented the LCP.” (p.551)	Inequívoco
	Uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar é vital	“Good communication for the patient and the families is extremely important so they know the plan and so they know exactly what is involved when someone dies, even all the fine intricate details, like removing tubes and lines” (p.552)	Credível
	Falhas de comunicação entre a equipa, o doente e família causam mensagens contraditórias e inconscientes	“I find it difficult when the consultants disagree about patient management decisions. For example one consultant makes plans in the morning and then the afternoon consultant changes them, this can lead to families getting conflicting messages and I’ve seen families being given false hope because consultant makes conflicting decisions” (p.552)	Inequívoco
	O ambiente movimentado e barulhento da UCI não é o ideal para doentes em fim de vida e para os seus familiares	“It is not always the most peaceful environment in ICU, although we do strive where possible to rectify the noise pollution. The lack of single rooms and lack of relative’s rooms in this intensive care unit is detrimental to end-of-life provision, which means dying patients and their relatives do not have the privacy they need.” (p.552)	Inequívoco

	<p>Nas UCI's à tendência para melhores rácios enfermeiro/doente levando a mais tempo disponível para o doente e família</p>	<p>“We have one to one nursing/patient ratios in this unit which means we can spend our entire shift attending to the needs of the patient and the family” (p.552)</p>	<p>Inequívoco</p>
	<p>Existe pouca formação e treino em cuidados paliativos/cuidados em fim de vida na UCI</p>	<p>“I have learned through repeatedly dealing with dying patients and their families, I have also learned from watching other more experienced nurses and doctors. It is a complicated task to teach end-of-life skills, it is very difficult to be able to read all types of diverse situations and offer all different types of comfort.” (p.552)</p>	<p>Credível</p>
	<p>Os enfermeiros adquiriram/desenvolveram as suas competências sobre cuidados em fim de vida através de boas e más experiências e pela observação de outros membros da equipa</p>		<p>Inequívoco</p>
	<p>Existe a expectativa de os enfermeiros saberem como lidar com situações em fim de vida pelo que a formação sobre ventilação e hemofiltração é priorizada.</p>	<p>“I feel as a nurse in the caring profession we are expected to know how to deal with such diverse ethically challenging situations, with really no education or training.” (p.553)</p>	<p>Credível</p>
	<p>Existência de angústia na equipa aquando da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida que está ligada aos temas acima referidos (falta de experiência de utilização do protocolo de atuação, falta de comunicação, falta de formação e um ambiente menos favorável)</p>	<p>“It is hard dealing with so many dying patients. It's heartbreaking, upsetting and exhausting, sometimes it's an occupational hazard unfortunately. There have been numerous occasions when I've been really upset and to be honest not well supported, you are just left to get on with it.” (p.553)</p>	<p>Credível</p>

	Falta de suporte por parte de outros membros da equipa multidisciplinar		Inequívoco
Lisa Vaughn and Anna Santos Salas (2022)	Falar sobre cuidados paliativos nos cuidados intensivos é um assunto que é evitado	“It seems like talking about death is a <i>faux pas</i> ” (p.15)	Inequívoco
	Comunicação entre a equipa de saúde, doente e família muitas vezes é inconsistente e tardia	“And the perspective of Surgery, was that the surgery was a success. And it was a success in terms of what they expected to happen was happening. So, it didn’t necessarily mean the patient was actually going to recover, or that it did him any good...” (p.15)	Credível
	A comunicação quando eficaz (aberta, honesta, oportuna e centrada no doente) é um facilitador da prestação de cuidados paliativos	“So, he [Physician] had a conversation with her, while she was still intubated, and told her, “this is how it is,” and he’s like, “you’re probably not gonna live through this.” And she had written him a note, “can I have a beer?” So, they made a plan. The next day, they would extubate her. And he brought her out a beer. And she sat in her bed, and she was able to talk to her family a little bit. And take some sips of her beer. And she just passed away. And that was like the best death ever. ‘Cause she was perfectly in acceptance, and she got what she wanted” (p.16)	Inequívoco
	Decisões relativas aos cuidados em fim de vida são difíceis e complexas muitas vezes devido ao envolvimento da família	“His mother was like, shaking me. ‘You can’t pull the plug on [him]!’ And it was awful. I felt so bad for them, but they had to understand, right? Like, there’s nothing we can do” (p.16)	Inequívoco

	<p>Muitas vezes a decisão definitiva do nível de investimento não é tomada, sendo que os cuidados ao doente ficam num “limbo” entre a perspectiva curativa e paliativa</p>	<p>“What we were doing for this patient was not enough to save her life but [it was] too much that it was kind of putting her in a little bit of pain... But she’s not intubated. We didn’t line her. We didn’t provide her any support for her blood pressure. She’s super hypotensive, so I couldn’t even give her pain medications. And so, I just felt like, either let’s treat her or let’s not, but I felt like we were kind of in the middle. And so, I felt very confused and distressed as to how I should proceed” (p.16)</p>	<p>Inequívoco</p>
	<p>Importância do planeamento antecipado dos cuidados para ajudar nas decisões de fim de vida</p>	<p>“They can say, ‘No, my mom was very adamant, you know. She wouldn’t want to be on dialysis.’ Or ‘My dad, you know, told me, never, ever would he want to have CPR.’ ... I think those are the best conversations that can happen before the situation, because then that gives us a good understanding of what the patient would be comfortable with” (p.16)</p>	<p>Credível</p>
	<p>O doente sob cuidados paliativos não é visto como uma prioridade pois existe uma mentalidade de “<i>life saving</i>” na UCI, priorizando os doentes que carecem de cuidados de intuito curativo</p>	<p>“You’ve gotta see your resuscitations and your critically ill first or even your transfers out get seen first, like we just don’t see our palliative patients as a priority” (p.16)</p>	<p>Inequívoco</p>
	<p>O conflito entre o querer manter um doente em morte eminente na UCI e a necessidade transferir o mesmo doente por necessidade de libertar camas para receber doentes em estado crítico</p>	<p>“It’s almost more distressing when you move someone. And then, hours later, they pass. Like, it just seems like why put them through that stress, when it was only a few hours later” (p.16)</p>	<p>Credível</p>

	Existe pouca formação sobre cuidados paliativos	“You know, it’s something that you just gain with experience” (p.17)	Credível
	O desenvolvimento de competências relativas aos cuidados paliativos é através da experiência no trabalho		Inequívoco
	O ambiente barulhento e movimentado, o uso excessivo de tecnologia e a falta de privacidade dificulta as experiências de cuidados paliativos	“One nurse pointed out “there is nothing particularly warm or comfortable in the ICU, but the biggest problem isn’t comfort, it’s lack of familiar surroundings” (p.17)	Credível
	Importância de criar um ambiente propício para a presença dos familiares	“She was quite a young woman who had epilepsy for most of her life. She had a prolonged grand mal seizure, and as a result her brain was just not functioning. So, her husband, who was fantastic, just wanted to be close to her. So, my colleagues and I made it so that we could scootch her over in bed enough so that he could crawl beside her...” (p.17)	Inequívoco
Sharifa Alasiry et al. (2012)	Existe uma carga física intensa, pela necessidade de prestação de cuidados até ao último momento	“We treat the patient until the last moment” (p.23)	Inequívoco
	Trabalhar na UCI requer paciência e tolerância pois morrem muitas pessoas novas	“I think it is very bad so many people under twenties die, it is touching” (p.23)	Inequívoco
	Papel importante do enfermeiro na equipa multidisciplinar	“Most of the team will come to the primary nurse asking specifically about your patient” (p.23)	Inequívoco
	Comunicação clara e eficaz na equipa multidisciplinar leva a uma melhor prestação de cuidados	“Whenever we discuss it means that errors will be less and the patients’ condition will be better” (p.24)	Inequívoco
	Existência de protocolos para cada procedimento facilita controlo de sintomas	“If a patient is nauseated we deal with them and give prescribed medication, we are trying to give our best to make patients comfortable, and we have standard care, and we treat pain and assess q4 hours by using the pain scale” (p.24)	Inequívoco

	Barreira linguística com o paciente e família, podendo ser transmitida informação ambígua	<p>“You explain something to the family and somebody else translated so the information can be misunderstood as well” (p.24)</p> <p>“As Arab nurse I have no problem with language, on the other side we are helping other staff how to understand patients and to be interpreter between family, patients and staff” (p.25)</p>	Inequivoco
	Diferenças culturais afetam na prestação de cuidados, mais precisamente na dimensão espiritual	<p>“The culture here in Saudi Arabia is that people are most religious and feel too much relief if you talk to them about this but not all nurses can do this because they do not share the same culture” (p.25)</p>	Inequivoco
Amanda McCallum; Ruth McConigley (2013)	O enfermeiro tem como dever proteger o doente e a sua família de sofrimento desnecessário, através do controlo de sintomas, proporcionando conforto	<p>“Recognising that your patient is dying and taking steps to make it a comfortable end. If you take off the CPAP [continuous positive airway pressure] and if they need a milligram of morphine. That is not going to kill them but it might make it easier for the family to listen to their work of breathing.” (p.27)</p>	Inequivoco
		<p>“I think just basically just being there for the family as well. Making sure that they are okay even if they say you know they are fine just keep checking to make sure if they want anything. I think even just a cup of tea can go a long way with any family.” (p.27)</p>	Credivel
	O cuidado físico é visto como um aspeto importante para manter a dignidade e o conforto do doente	<p>“We still have to provide care ... wash the patient regularly, you know make them warm and make the family feel that they are comfortable and they are looked after” (p.27)</p>	Inequivoco

	Gestão de cuidados invasivos por parte da equipa médica que não trarão benefício aos doentes e não iram melhorar o seu estado saúde, aumentando o seu sofrimento	“HDU is no place for anybody to die. The nurses know that the people are dying, why do the doctors persist in it [aggressive treatment]? I mean we’ve advocated for things to be switched off and CPAP to be removed and monitors to be switched off and the doctors are like: “Let’s just ... watch it happen, let’s see if we can prolong it another two hours” or whatever. “Let’s keep that mask slapped on their face.”” (p.27-28)	Inequivoco
	Os cuidados paliativos são negligenciados pois o foco da UCI é salvar vidas	“You kind are of torn, it’s like: “Do I make jokes? Do I carry on with my normal caring with the other patients? Or do I try to keep it down to have that respect?” It’s just really hard ... sometimes it’s hard because we have to divide between other patients ... we have to save other patients and treat them.” (p.28)	Credível
	Respeitar a espiritualidade e últimos desejos do doente e da família de forma a manter a sua dignidade	“She had long-term cancer and we couldn’t do anything and she died. The family really wanted us, as she was an Aboriginal patient, to leave everything in and provide them with the time for her spirit to leave her body ... we tried as much as we could to just kind of provide the peacefulness and for the family to stay.” (p.28)	Inequivoco
	O ambiente da UCI é visto como uma barreira para uma morte em paz. Falta de espaço, ambiente barulhento e falta de privacidade	“There is no space between the beds and there is no privacy for grief ... it’s just the whole environment here is so bad because of all the equipment and everybody’s monitors and pumps beeping at you. I don’t think it’s possible to give anybody a dignified death.” (p.28)	Inequivoco

Alistair McKeown et al. (2010)	Tratamento de doentes em fim de vida por muito tempo com métodos invasivos, havendo demasiado foco na cura e a palição ser vista como fracasso	“Some, I know this sounds terrible ... I can’t think of a better expression than “flog a dead horse”, you know, you can blatantly see this patient is not going to recover and they keep going and going and going and going and it is very sad and the outcome is inevitable.” (p. 335)	Inequívoco
	Rotação dos médicos com frequência leva a interrupções/alterações no planeamento dos cuidados	“We have actually had patients go from palliative to active when consultants change shift, and that is just terrible.” (p.336)	Inequívoco
	Os médicos experientes veem os cuidados paliativos como não tão importantes		Credível
Carolina Silva, Taisi Amaral, Valdenir Silva (2020)	O conforto é destacado como um meio para proporcionar alívio da dor e contribuir para uma qualidade de vida aos doentes em fim de vida	“Cuidados paliativos, eu considero, que são cuidados necessários e importantes, feito de forma humanizada para o paciente em situação clínica muitas vezes, graves, mas estável, de forma que todas as tentativas de tratamento já se esgotaram e há uma chance de sobrevida relativamente curta. Então é necessário para o conforto desse paciente no seu processo de partida” (p. 488)	Inequívoco
	Importância da espiritualidade no cuidado ao doente paliativo independentemente das suas crenças	“Porque todo ser humano tem sua religião e sua espiritualidade; é um momento que tem que ser muito preservado, por que é onde ele se apega nesta situação” (p.488)	Inequívoco
	Comunicação eficaz e uniformizada sobre a formalização do cuidado paliativo da equipa multidisciplinar para com a família, evitando mensagens ambíguas	“Eu acho que os médicos conversam, os enfermeiros conversam e os técnicos também conversam com a família, para que não haja nenhum atrito em relação a isso” (p.488) “É justamente trazer uma equipe que vai orientar todos a falarem a mesma língua. Então eu acho que fortalece a segurança para todo mundo estar falando igual, e as famílias	Inequívoco

		sentem que é isso mesmo, todos estão falando sem ruído de comunicação” (p.489)	
	Envolvimento da família no processo de cuidados paliativos inclusive na tomada de decisões	“Eu acho que sem a família não dá para fazer muita coisa, por que se a família não concordar, se a família quiser ainda investir por mais que nós, a priori, entendamos mais de saúde” (p.489)	Inequívoco
P.J. Jordan; I. Clifford; M. Williams (2014)	Participar no termino do tratamento curativo causa emoções conflituosas	“I just personally feel that it should not really be my job to turn the ventilator down. Um, I really, I’ll be honest I don’t like doing it. I avoid it at all costs, whether it’s my patient or not. I kind of get somebody else to do it, because I have done it once and I just felt like I killed the patient, type of thing.” (p.77)	Credível
	Existência de sentimentos de impotência, frustração, tristeza e raiva quando prestam cuidados a doentes em fim de vida, por não conseguirem fazer mais por eles	“Guilt, anger... helplessness, because... you want to fix it, but you can’t. That’s kind of sadness obviously...extreme sadness... (participant is silent for a while)” (p.78)	Inequívoco
	Existência de maior importância de criar uma boa relação com a família, mas quanto melhor a relação, maior é o sentimento de tristeza	“Because I feel family support in ICU is sometimes much more important than the patient support. The patient we can support mechanically and give them all the drugs, but we cannot heal the family. The patient we can let go in peace and we can let him meet his maker or whatever his belief is, but the family is the one that got to be able to cope. So I’m more for loving and hugging the family and make sure they are okay and comfy.” (p.79)	Inequívoco
	Envolvimento da família nas decisões do processo dos cuidados	“Um, so, but I really think one should have ... sit down with the family and um, doctors and nurses, and explain to them, you	Credível

		know this is what's going on ... we just going to or we can't do anything further.” (p.79)	
	A falta de suporte da equipa por parte da gestão hospitalar quando a questões de fim de vida	“I feel the need that maybe management should be supportive also.... So really from my side it is enough, but for a junior person I think they need more support”. (p.79)	Inequívoco
	Existência de suporte entre os membros da equipa de enfermagem	“So it's nice in this ICU, because we support each other a lot. If you've got a problem you never sit alone with a dying patient. There will be times that someone will pat your shoulder, ask how you are, or ask if they can bring you a cup of coffee or do something for you.” (p.80)	Inequívoco
	Necessidade de estratégias de apoio dentro da UCI para ajudar a lidar com questões de fim-de-vida, como por exemplo, ter um conselheiro permanentemente disponível para a equipa	“Get a clinical psychologist or a minister or somebody to help us with how to get our people through things like ...” (p.80)	Inequívoco
	Necessidade de formação e acompanhamento sobre questões de doentes em fim de vida e morte, durante o período de orientação	“But I think they should teach nurses and people who come into ICU, when they do those orientations, they should go on a course of how ... to handle death and dying. Sit down and talk to these people and teach them the skills, because you need skills ... to handle it ... you really, really do.” (p.80)	Inequívoco

Apêndice III – “Dispositivos apresentados na apresentação sobre o NAS à equipa da UCII”

Nursing Activities Score

Estágio Final e Relatório
Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Realizado por: Inês Sotero Ruivo
Orientado por: Prof Doutora Manuela Madureira
Enf^ª Especialista Teresa Pena
Enf^ª Especialista Bruno Alexandre

Lisboa, Novembro 2021

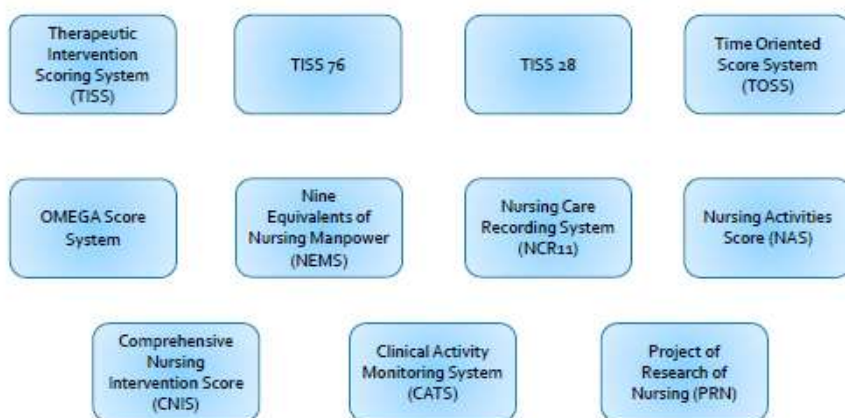
Unidade de Cuidados Intensivos



(Diário da República 2.ª s., 2019, Regulamento n.º 743/2019, p. 144-145)

Carga de Trabalho em Enfermagem

- Tempo dedicado pelos enfermeiros, nas atividades de prestação de cuidados diretos e indiretos ao doente, decorrentes das suas intervenções autónomas e interdependentes. (Macedo, 2017)
 - As atividades relacionadas ao paciente estão diretamente associadas ao grau de dependência do indivíduo, à gravidade do paciente, aos processos burocráticos exigidos pela instituição e pelos colegas que compõem a equipa (Altafin, J. *et al.*, 2014)



(Macedo, 2017, p.23)

TISS-28 VS Nursing Activities Score

TISS-28

- Miranda, Rijk, & Schaufeli (1996)
- 43,3% das atividades de enfermagem
- 28 itens

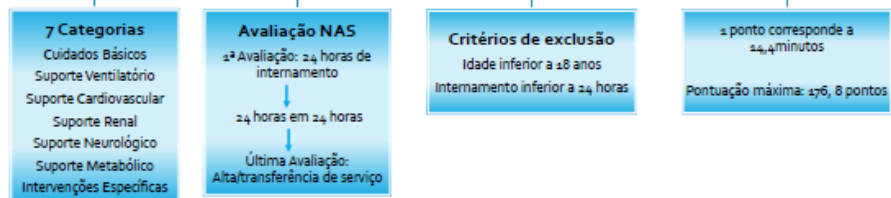


NAS

- Miranda et al. (2003)
- 80,8% das atividades de enfermagem
- 23 itens

Nursing Activities Score

NAS



(Macedo, 2017)

Nursing Activities Score

Cuidados Básicos	Pontuação
1 Controlo e monitorização	
1a Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	4,5
1b Presença à cabeceira e observação contínua ou atividade durante 2 horas ou mais em qualquer turno, por razões de segurança, gravidade ou terapêutica, tais como: ventilação mecânica não invasiva, procedimentos relacionados com desmame, agitação, desorientação, decúbito ventral, procedimentos relacionados com a doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, colaboração em procedimentos específicos.	12,1
1c Presença à cabeceira e atividade durante 4 horas ou mais, em qualquer turno por razões de segurança, gravidade ou terapêutica tais como os exemplos anteriormente mencionados (1b)	19,6
2 Colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia	4,3
3 Medicação, com exceção de fármacos vasoativos	5,6

(Macedo, 2017, p.209)

Nursing Activities Score

Cuidados Básicos	Pontuação
4 Procedimentos de higiene	
4a Execução de procedimentos de higiene tais como: pensos de feridas e cateteres intravasculares, mudança de roupa da cama, higiene do doente em caso de incontinência, vômito, queimaduras, feridas exsudativas, tratamento de feridas cirúrgicas complexas com necessidade de irrigação e procedimentos especiais (ex: doentes em isolamento, prevenção de infeções cruzadas associadas aos cuidados de saúde, desinfeção de unidades infetadas, higiene dos profissionais de saúde).	4,1
4b A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 2 horas em qualquer turno.	16,5
4c A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 4 horas em qualquer turno.	20,0
5 Cuidados prestados a drenos: todos (exceto sonda gástrica)	1,8
6 Mobilização e posicionamentos, incluindo procedimentos tais como: alternância de decúbitos, mobilização do doente, levantar para o cadeirão, mobilização do doente em equipa (ex.: doentes sem mobilidade, com tração, em decúbito ventral)	
6a Execução do(s) procedimento(s) até três vezes em 24h.	5,5
6b Execução do(s) procedimento(s) mais do que três vezes em 24h, ou com dois enfermeiros, independentemente da frequência.	12,4
6c Execução do(s) procedimento(s) com três ou mais enfermeiros, independentemente da frequência.	17,0

(Macedo, 2017, p.209)

Nursing Activities Score

Cuidados Básicos		Pontuação
7	Apoio e cuidados aos familiares e doentes, incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas, aconselhamentos. O apoio e o cuidar, quer dos familiares quer dos doentes, permite que os enfermeiros continuem a desempenhar outras atividades (ex.: comunicar com os doentes durante os procedimentos de higiene, comunicar com os familiares enquanto se observa o doente à cabeceira)	4,0
7a	Apoio e cuidados aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 1 hora em qualquer turno, seja para explicar o estado clínico, lidar com a dor e apoio emocional e com circunstâncias familiares difíceis.	
7b	Apoio e cuidados aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 3 horas ou mais em qualquer turno, seja por situações de morte ou situações exigentes (ex.: presença de vários familiares, problemas de comunicação, familiares conflituosos).	
8	Atividades administrativas e de gestão	32,0
8a	Execução de tarefas habituais tais como: processamento de dados clínicos, pedido de exames, transmissão de ocorrências (ex.: passagem de turno).	
8b	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 2 horas em qualquer turno, tais como: atividades de investigação, utilização de protocolos, procedimentos de admissão e alta de doentes.	
8c	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 4 horas ou mais em qualquer turno, tais como: situações de morte ou doação de órgãos, coordenação com profissionais de saúde de outras especialidades.	

(Macedo, 2017, p.209)

Nursing Activities Score

Suporte Ventilatório		Pontuação
9	Suporte ventilatório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva (PEEP), com ou sem a utilização de relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem PEEP, com ou sem tubo endotraqueal e oxigenioterapia por qualquer método	1,4
10	Cuidados a vias aéreas artificiais: tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia	1,8
11	Técnicas para melhorar a função pulmonar: cinesioterapia respiratória, espirometria, aerossolterapia, aspiração endotraqueal	4,4
Suporte Cardiovascular		
12	Terapêutica vasoativas, independentemente do tipo ou dose	1,2
13	Reposição endovenosa de grande perda de fluidos. Administração de fluidos superior a 3L/m ² /dia, independentemente do tipo de fluido administrado	2,5
14	Monitorização da pressão na aurícula esquerda: cateter da artéria pulmonar, com ou sem avaliação do débito cardíaco	1,7
15	Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluindo murro precordial)	7,1

(Macedo, 2017, p.210)

Nursing Activities Score

Suporte Renal		Pontuação
16	Técnicas de hemofiltração, técnicas dialíticas	7,7
17	Avaliação do débito urinário (ex.: por cateter vesical)	7,0
Suporte Neurológico		
18	Avaliação da pressão intracraniana	1,6
Suporte Metabólico		
19	Tratamento de acidose/ alcalose metabólica complicada	1,3
20	Nutrição parentérica	2,8
21	Nutrição entérica por sonda gástrica ou por via gastrointestinal (ex.: jejunostomia)	1,3

(Macedo, 2017, p.210)

Nursing Activities Score

Intervenções Específicas		Pontuação
22	Intervenções específicas na unidade de cuidados intensivos: entubação endotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica; excluem-se intervenções habituais sem consequências diretas para o estado clínico do doente: radiografias, ecografias, eletrocardiograma, inserção ou realização de pensos a cateteres venosos ou arteriais	2,8
23	Intervenções específicas realizadas fora da unidade de cuidados intensivos: procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico	1,9

(Macedo, 2017, p.210)

Nursing Activities Score VS TISS-28

Turno da Tarde
21/11/2021

NAS				
Doente	Pontuação	Porcentagem de Tempo	Minutos	Horas
2	62,6	62,6%	901,44 min	15,024h
4	56,7	56,7%	816,48 min	13,608h
7	58	58%	835,20 min	13,920h

TISS-28			
Doente	Pontuação	Minutos	Horas
2	31	328,6 min	5,47h
4	35	371 min	6,18h
7	34	360,4 min	6,00h

NAS nos Cuidados Oncológicos



RESEARCH

Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care

Adaptação do Nursing Activities Score para a assistência oncológica
Adaptación del Nursing Activities Score para la asistencia oncológica

Tatiane Caffarella Melo dos Santos e Silva¹, Márcia Círcula Novelli Castro², Regina Célia Pagan³
¹Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Ribeirão Preto Medical School, Ribeirão, São Paulo, Brazil

How to cite this article

Silva TCM, Castro MCN, Pagan RC. Adaptation of the Nursing Activities Score for Oncologic Care. Rev Bras Enferm (Brazent). 2018;71(12):289-91. DOI: <https://doi.org/10.1196/RBEN.2017-0019>

Submitted: 04-01-2017 Approved: 11-05-2017

ABSTRACT

Objective: To adapt the contents of the Nursing Activities Score (NAS) used to assist patients with cancer. **Method:** Methodological research that according to the Delphi Technique is a method aiming at the validation of content through agreement of experts. **Results:** It took two months of opinion of experts, which without content contributions without modifying the structure and score of the original tool. The level of agreement ranged from 71 to 86%, and biological factors and assistance were more suggested. **Conclusion:** The tool is valid and reliable. **Keywords:** Laboratory; Investigating; Support and care for family members and patients; Intrauterine replacement; Post support; Management activities. **Conclusion:** A high level of complexity of patients with cancer, and the demand for care and therapy associated with care was diagnosed. This tool will enable the measurement of the workload of the Oncology Nursing team, which can contribute to the staffing dimensioning.

Disciplinas: Cancer; Workload; Nursing; Oncology; Nursing Care; Human Resources.

Conclusão

- O NAS é um importante instrumento para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em unidades de doentes críticos, baseado no tempo dedicado à prestação de cuidados de enfermagem, independentemente da gravidade da doença (Macedo, 2017)

Referências Bibliográficas

- Altafin, J. et al. (2014). *Nursing Activities Score* e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.*, 26(3), 292-298. DOI: 10.5935/0103-507X.20140041
- Diário da República, 2. s. (25 de setembro de 2019). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 743/2019. *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.*
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa.* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.



Curso de Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



Nursing Activities Score

Estágio Final e Relatório
Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Realizado por: Inês Sotero Ruivo
Orientado por: Prof Doutora Manuela Madureira
Enf^ª Especialista Teresa Pena
Enf^ª Especialista Bruno Venâncio

Lisboa, Novembro 2021

ANEXOS

Anexo I – “Certificado de 1º prémio, na área de Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP”



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Inês Ruivo, Marlene Canhoto, Prof. Dra. Filipa Veludo e Prof. Dra. Manuela Madureira apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 10 com o tema *As experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos - revisão sistemática da literatura de evidência de significado* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, premiado com 1º lugar - área de Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, PHD, MED, RN
Professora Associada



Anexo II – “Documento de Avaliação da Qualidade Metodológica do Manual JBI para Síntese de Evidências de 2020 (Aromataris & Munn, 2020)”

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____	Year _____	Record Number _____			
		Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)
