

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida
em Cuidados Intensivos**

Carla Sofia Pereira Lopes Alves

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida
em Cuidados Intensivos**

Carla Sofia Pereira Lopes Alves

Orientador: Professor Adjunto João Veiga

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Quando nada mais pudermos fazer por alguém, é preciso que nós
saibamos estar ao seu lado.”*

Danielle Hons

*“Não faças do amanhã o sinónimo de nunca, nem o ontem te seja o
mesmo que nunca mais. Teus passos ficaram. Olhe para Trás...,
mas vá em frente, pois há muitos que precisam que chegues para
poderem seguir-te.”*

Charles Chaplin

“Tudo parece impossível até que seja feito”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Ao professor João Veiga, pela prontidão de resposta, pela orientação, pelo apoio dado nos momentos mais difíceis e pela compreensão demonstrada ao longo deste caminho;

Aos enfermeiros orientadores de estágio e equipas, pela partilha de conhecimentos e experiências, que tornaram o desenvolvimento de competências mais enriquecedor, quer a nível pessoal como profissional;

Aos colegas de serviço e companheiros desta aventura, que juntos ultrapassámos vários obstáculos, convivemos, rimos e choramos;

À Daniela... que inesperadamente partiu...;

À minha família e aos meus amigos pelo apoio dado neste percurso, pois sem eles tudo seria mais difícil;

Aos meus filhos Daniel e Tiago, que me deram sempre força para continuar, pela luz que trazem a cada dia que nasce, são o meu maior orgulho;

Para o Rui, o meu amor, obrigado por ser o meu pilar, a minha âncora, principalmente por ser quem é e acreditar em mim, pela paciência e pela motivação dada em cada etapa;

A todos o meu sincero obrigado.

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

CI- Cuidados Intensivos

CMEEPSC- Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica

CP- Cuidados Paliativos

CVC- Cateteres Venosos Centrais

DGS- Direção Geral da Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ECMO- Oxigénio por Membrana Extracorporal

EICP- Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos

OC- Orientador/a Clínico/a

OE- Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em Situação Crítica

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

RCEEEPSC- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crítica

RENTEV- Registo Nacional do Testamento Vital

RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

SAV- Suporte Avançado de Vida

SAV-Trauma- Suporte avançado de Vida em Trauma

SO- Sala de Observação

SU- Serviço de Urgência Geral

TOT- Tubo Orotraqueal

WHO- World Health Organization

VMER-Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

RESUMO

O presente relatório reflete o culminar do percurso efetuado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização da Pessoa em situação Crítica na ESEL. É através do mesmo que descrevo a finalidade, objetivos e as atividades realizadas em contexto de estágio, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, com base na metodologia do trabalho de projeto. O estágio decorreu em contexto de unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência e numa unidade de cuidados paliativos.

Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida, em Cuidados Intensivos, foi a área de intervenção elegida, para a concretização dos objetivos delineados. A pessoa em Fim de Vida em Cuidados Intensivos é uma constante realidade com que os enfermeiros se deparam, podendo ter alguma dificuldade em lidar com situações em que o doente entra num processo irreversível da sua doença. Vanderspank-wright et al. (2011) descrevem que os enfermeiros que prestam cuidados à PSC podem não estar preparados para providenciar, nestas unidades, cuidados aos doentes em fase terminal. Este facto pode comprometer a qualidade dos cuidados, a que as pessoas têm direito, nesta fase final das suas vidas. A transição do objetivo do cuidar curativo para o cuidar paliativo numa UCI, é um processo que requer dos enfermeiros conhecimentos e estratégias na sua implementação, com colaboração da restante equipa multidisciplinar (Cook & Rucker, 2014). As áreas de intervenção de enfermagem, que podem ter um impacto mais positivo na qualidade dos cuidados, principalmente no conforto da pessoa em fim de vida em CI, são o controlo sintomático, comunicação eficaz, relação terapêutica e suporte emocional à pessoa e família, relação e colaboração multidisciplinar. Princípios estes, que se podem alicerçar na filosofia dos cuidados paliativos, áreas que se podem coadjuvar mutuamente, tal como nos refere Coelho & Yankaskas (2017). O referencial Teórico do Conforto de Katharine Kolcaba (2003) norteou este percurso de desenvolvimento de competências em enfermagem.

Palavras-Chave: Fim de Vida, Conforto, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos

Specialized Intervention of Nursing at the End of Life in Intensive Care

ABSTRACT

This report reflects the culmination of the course carried out in the scope of the Master's Degree in Nursing in the Specialization in the area of the person in critical situation at ESEL. It is through this that I describe the purpose and objectives, and the activities carried out in an internship context, which allowed the development of common skills of the specialist nurse and specific skills of the nurse specialist in a critical situation, based on the methodology project work. The internship took place in the context of an intensive care unit, an emergency department and a palliative care unit.

Specialized Nursing Intervention at the End of Life, in Intensive Care, was the chosen intervention area, to achieve the objectives outlined. The person in End of Life in Intensive Care is a constant reality that the nurses face and may have some difficulty in dealing with situations in which the patient enters an irreversible process of his illness. Vanderspank-Wright et al. (2011) report that nurses who provide care for person in critical situation may also be unprepared to provide terminally ill care in these facilities. This can compromise the quality of care that people are entitled to in this final phase of their lives. The transition from the goal of curative care to palliative care, in an ICU is a process that requires nurses' knowledge and strategies in their implementation, with the collaboration of the other multidisciplinary team (Cook & Rucker, 2014).

Nursing intervention areas, which may have a more positive impact on the quality of care, especially in the comfort of the end-of-life person in IC, are symptomatic control, effective communication, therapeutic relationship and emotional support to the person and family and multidisciplinary team relationship and collaboration. These principles can be based on the philosophy of palliative care, areas that can help each other, as Coelho & Yankaskas (2017) points out.

Katharine Kolcaba's Theoretical Comfort Theory (2003) guided this path of competence development in nursing.

Key Words: End of Life, Comfort, Nursing Care, Intensive Care, Palliative Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1- A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NO FIM DE VIDA EM CUIDADOS INTENSIVOS	5
1.1- Cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos	5
1.2- O conforto da pessoa em fim de vida.....	10
2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	14
2.1- Unidade de cuidados intensivos.....	15
2.2- Unidade de cuidados paliativos	35
2.3- Serviço de urgência	45
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma

Apêndice II- Sessão de formação sob o tema “Cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos”

Apêndice III- Sessão de formação no Serviço Urgência “Cuidar no fim de vida no Serviço de Urgência”

ANEXOS

Anexo I- Certificado de presença no *workshop* sob o tema “Técnicas de substituição Renal”

Anexo II- Certificado de realização do póster no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, sob o tema “Cuidar no fim de Vida da PSC em Cuidados Intensivos”.

Anexo III- Certificado de presença no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros em novembro de 2017

Anexo IV- Certificado de participação “Seminário INPALIN: Integração de cuidados Paliativos e Intensivos”

Anexo V- Certificado do curso de nível 1 de *Reiki*

Anexo VI- Certificado de presença do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgico

INTRODUÇÃO

Este trabalho está foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserido no Plano de Estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O presente relatório de estágio surge de forma a descrever, refletir e analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado nos contextos de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e de Serviço de Urgência (SU).

São consideradas como referência as competências preconizadas pelos descritores de *Dublin*¹, para a habilitação de grau de mestre no 2º Ciclo de formação assim como o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista² e das competências específicas de especialização³ em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, atualmente inserido no Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013).

Tendo por base o modelo de *Dreyfus*⁴ de aquisição de competências que evidencia a relevância da experiência prática combinada com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva apontando a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001), de modo a desenvolver perícia na prestação de cuidados de enfermagem especializados. De acordo com este modelo, considero-me em determinadas áreas de intervenção de enfermagem num nível de proficiente⁵, (em termos de intervenções à pessoa em falência respiratória, renal, reconheço a situação global da pessoa, estabeleço prioridades e, aprendo com a experiência conseguindo transpô-la para outras situações) e noutras áreas num nível de transição para perito (situações de emergência, monitorização hemodinâmica). Uma das áreas em que ansiava desenvolver competências seria a área da pessoa em fim de vida, em cuidados intensivos, caminhando no sentido de perícia nesta área.

¹ Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, 2006.

² Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro.

³ Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro.

⁴ Modelo de *Dreyfus* adotada por *Patrícia Benner* (2001) defende o desenvolvimento de competências está a experiência profissional e considera que o conhecimento prático evolui com o tempo e com as experiências de situações reais.

⁵ Segundo *Benner* (2001) são definidos cinco níveis de competência: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito, que são adquiridos com o tempo e com a análise de situações reais.

No decorrer do meu percurso pessoal, profissional e académico (a referir que o profissional se iniciou há 20 anos num serviço de medicina interna e nos últimos 13 anos desenvolvi a minha atividade, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Adultos), surgiram focos de interesse e de investimento. Uma das áreas que me suscitava mais inquietude foi a da pessoa em fim de vida, principalmente no contexto da Pessoa em Situação Crítica⁶ (PSC), área esta que considero complexa, tanto na perspetiva das emoções, como a nível das relações interpessoais, como na dinâmica da equipa multiprofissional. Neste percurso tenho observado e sentido que os enfermeiros numa UCI têm muita dificuldade em assumir que o doente entrou num processo irreversível da sua doença, entrando em fase terminal⁷, situação esta que pode condicionar a oferta de cuidados de saúde, não com o objetivo de cura, mas sim no sentido da otimização da qualidade de vida, através do controlo dos sintomas e conforto. Esta consideração é reforçada por Vanderspank-wright et al. (2011), que descrevem que os enfermeiros que prestam cuidados à PSC também podem não estar preparados para providenciar cuidados aos doentes em fase terminal nestas unidades, devido a não se sentirem preparados ou sentirem-se com pouca formação na área.

Neste sentido e no planeamento deste percurso existiu a elaboração do projeto de estágio em que o tema por mim eleito, foi o de **Intervenção Especializada de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos**, sendo o mesmo aprofundado através de uma revisão bibliográfica nas bases de dados científicas *Medline* e *Cinahl*, B'On e noutras fontes. Considerando a minha experiência na UCI, em que a pessoa em fim de vida é uma realidade frequente, torna-se importante refletir e desenvolver competências, na procura de uma maior compreensão da complexidade que envolve a temática em estudo, constituindo o ponto de partida para a aquisição de estratégias e competências que permitam oferecer às pessoas e suas famílias intervenções que visem conforto, alívio de sofrimento e otimização da qualidade de vida nesta etapa final. No aprofundamento desta temática e já iniciada com a inclusão prévia de um curso básico de cuidados paliativos, tive a oportunidade

⁶ A **PSC** define-se como aquela em que, “por disfunção ou falência orgânica profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9)

⁷ Doente em fase terminal/fim de vida: um doente é considerado em condição terminal quando a sua doença, independentemente das medidas terapêuticas adotadas evoluirá inexorável para a morte (Duarte, Moritz et al., 2008).

de perceber que a área dos cuidados paliativos (CP) poderia ser bastante benéfica em cuidados intensivos (CI), em termos de ferramentas e na própria abordagem à pessoa em fim de vida. Tratando-se de duas áreas aparentemente consideradas distintas, percebi que podem ser complementares, existindo já alguns estudos que atestam esta constatação, como o de Coelho & Yankaskas (2017) que defende que a medicina intensiva deve procurar o equilíbrio entre medidas paliativas e curativas em condições críticas.

Neste contexto também é importante não descurar a família⁸, existindo um envolvimento nesse processo cuidativo. A presença física contínua dos enfermeiros nos CI junto dos doentes, coloca-os numa posição privilegiada de estabelecer uma relação de proximidade com as pessoas e famílias, prestando cuidados mais diretos (Pacheco, 2006) já que acompanham os doentes 24 horas por dia, possuem os conhecimentos científicos e técnicos que lhes permitem aliviar e controlar os sintomas e além disso, detêm as capacidades necessárias para cuidar da pessoa doente no seu todo e de forma holística⁹ apoiando simultaneamente a família, em todo o processo de doença do seu familiar (Silva, Campos, & Pereira, 2011).

Foram assim delineados os seguintes objetivos gerais a desenvolver nos campos de estágios:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica,
- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em fim de vida, em cuidados intensivos.

No final deste percurso é meu desejo ser reconhecida como perita na área de competências da PSC, consciencializar a equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa de saúde, para a importância do cuidar da pessoa em fim de vida e sua família em cuidados intensivos, na promoção do conforto, no controlo de sintomas, na relação de equipa, na tomada de decisão e na comunicação com a pessoa e família. A implementação de um projeto nesta área também é uma das minhas metas, na sua divulgação de modo a que as pessoas em fim de vida, em

⁸ Definição de **família** (OMS, 1994): “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”. Neste trabalho adoto o conceito de família em que abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas para a pessoa.

⁹ Conceito **de cuidado holístico** significa: “tratando uma parte objetiva do corpo, trata-se da totalidade da pessoa” (Renaud, 2010, p.3).

contexto de situação crítica, obtenham ganhos em saúde, com diminuição do sofrimento e dignificação do processo de morrer. Ao longo de todo o caminho pautei a minha prática por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pela ética e pelos direitos humanos.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes, em que a primeira é a presente introdução ao relatório, a segunda o enquadramento teórico que visa justificar a pertinência da problemática em estudo, onde descrevo conceitos importantes na contextualização do tema tais como PSC, cuidar do doente em fim de vida em CI, abrangendo um quadro teórico escolhido: Teoria do Conforto de *Kolcaba*¹⁰ (2003). A terceira parte descreve o percurso de desenvolvimento de competências, as atividades desenvolvidas em contexto de estágio (uma UCI, uma UCP e um SU) e a análise e reflexão deste percurso.

Os estágios desenvolveram-se entre 2 de outubro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018 (conforme cronograma no Apêndice I). Na quarta parte encontram-se as considerações finais onde irei descrever a pertinência da realização deste percurso, aspirações futuras na concretização desta etapa de desenvolvimento pessoal e profissional, com a descrição de limitações e estratégias elaboradas para ultrapassar as dificuldades.

¹⁰ Teoria do conforto de Kolcaba (2003): Define necessidades dos cuidados de enfermagem como as necessidades de conforto que incluem as dimensões físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais.

1- A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NO FIM DE VIDA EM CUIDADOS INTENSIVOS

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências numa determinada área implica um aprofundamento teórico do tema, concomitantemente a junção de um quadro conceptual, de forma a possuir um suporte científico credível no desenvolvimento das competências científicas e humanas. Numa etapa inicial deste percurso iniciei e aprofundei uma revisão bibliográfica, no sentido de conhecer o “estado de arte”, no contexto de cuidados especializados no cuidar da pessoa em fim de vida numa UCI.

No início desta primeira parte deste trabalho, pretendo realizar o enquadramento do cuidar da pessoa em fim de vida em CI, enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem. Seguindo-se especial atenção à teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003), como fonte de conhecimento e orientador para a prática de enfermagem, fornecendo contributos positivos na área do Cuidar da Pessoa em Fim de Vida e no desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem.

1.1- Cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos

A ocorrência de um evento de saúde, crónico ou agudo, pode levar à admissão de um doente numa UCI. A sua recuperação ou agravamento depende de vários fatores, quer sejam internos, da própria pessoa (antecedentes e morbilidades), quer sejam de fatores externos, recorrentes das terapêuticas e tratamentos existentes na unidade de saúde. Cuidados Intensivos são definidos como “um contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia” (Direção-Geral da Saúde, 2003). Entende-se que este ambiente é provido de todos os meios disponíveis, quer de nível tecnológico como de profissionais com formação específica, que são determinantes para a recuperação e manutenção da pessoa em risco de vida.

As intervenções dos enfermeiros são fundamentais como membro efetivo da equipa multidisciplinar, em termos de conhecimentos técnico-científicos, das capacidades relacionais, sociais e individuais no cuidar das pessoas (Coelho, Silva,

Costa, & Capelas, 2014). Existindo a vantagem da componente tecnológica avançada e de toda a panóplia de cuidados nestas unidades, verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em UCI's não sobrevivem após cessação de medidas de suporte de vida (Elliot, Aitken, & Chaboyer, 2012). Também se sabe que a maioria dos doentes idosos em fim de vida ainda morre nos hospitais e nos Serviços de Medicina Intensiva e que mesmo no processo de morrer continuam a receber tratamento antibiótico, cardiovascular, digestivo e endócrino (Amy, Kelley & Sean Morrison, 2016).

Este facto advém frequentemente de comorbilidades associadas às doenças crónicas, que as pessoas já possuem e que se agrava com a doença aguda, que os leva ao internamento, também provenientes de situações de lesão por trauma ou outras complicações adjacentes. A avaliação continua do doente pela equipa multidisciplinar é fundamental para a redefinição de objectivos e optimização de estratégias no tratamento e/ou cuidados a se manterem ou a serem reformulados (Coelho & Yankaskas, 2017). Apesar do esforço dos profissionais, o doente no seu processo de internamento e na evolução da sua doença pode passar para o diagnóstico de doença irreversível e conseqüentemente entrar numa etapa de fase terminal¹¹ (Silva, Pereira, Mussi, 2015) e, aqui os objetivos dos cuidados devem passar a ser de cariz paliativo e de conforto e não de cariz curativo.

Uma das estratégias para uma adequação dos cuidados, no doente em fim de vida em CI, que tem vindo a ser estudado e integrada, é a incorporação da filosofia de cuidados empregue em CP, que assenta nos seguintes princípios: afirmam a vida e aceitam a morte como um processo normal; não atrasam nem antecipam a morte, através da obstinação ou futilidade terapêuticas; proporcionam um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte; são implementados o mais precocemente possível no curso da doença, aliados a outras terapêuticas destinadas à cura ou prolongamento da vida (radioterapia, quimioterapia...); recorrem a uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades do doente e família, incluindo no processo de luto; proporcionar alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento; proporcionar melhoria da qualidade de vida,

¹¹ Doente terminal: "Um doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses. (...) (Neto & Barbosa, 2006, p.16). Para efeitos de lei, considera -se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses (Lei n.º 31/2018 de 18 de julho, 2018).

provavelmente influenciando positivamente a trajetória da doença; integram componentes psicossociais e espirituais nos cuidados do doente e família, incluindo no processo de luto; proporcionam um sistema de suporte que ajuda a família a lidar com o processo de morte da pessoa doente, assim como no processo de luto (*World Health Organization*, 2002). Esta é definida pela *World Health Organization (WHO)* (2017) como uma abordagem que pretende melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, enfrentando o problema associado com doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. A acoplagem entre estas duas áreas pode fornecer uma ajuda em termos de estratégias a serem desenvolvidas nestas circunstâncias, tais como: controlo e gestão de sintomas como dor, ansiedade, desconforto, comunicação com a família dos doentes críticos e colaboração interdisciplinar (Hsieh, Shannon, & Curtis, 2006)

A permanência numa UCI pode ser significativamente mais angustiante, quando se determina um diagnóstico de doença irreversível, tanto para o doente, como para a família. Nestas circunstâncias é importante um acompanhamento dedicado, em que os enfermeiros têm intervenções relevantes para o bem-estar das pessoas e seus familiares. Os objetivos das intervenções de enfermagem à pessoa em fim de vida visam principalmente a promoção do conforto, aumento da qualidade de vida, minimização do sofrimento quer de índole físico, quer psicológico ou espiritual. Estas intervenções devem ser atendidas de acordo com as individualidades, as próprias escolhas ou preferências (Coelho et al., 2014).

Estas competências estão incluídas nas Competências Especializadas de enfermagem, descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEPSC), em que o enfermeiro deve assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença onde deve demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC e ou falência orgânica e demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro). Similarmente as competência de comunicação e da relação de ajuda estão inerentes aos cuidados à PSC e especialmente na pessoa em fim de vida numa UCI, tal como refere a competência “gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação

terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro, p. 8656).

Importa ressaltar que, em contexto de CI, uma das dificuldades inerentes à PSC é a própria decisão de doença irreversível e conseqüentemente a suspensão de medidas adicionais de suporte avançado de vida e do início de tratamentos considerados fúteis¹², passando a adotar-se medidas de conforto e alívio de sintomas, no intuito de promover uma maior qualidade e dignificação do fim de vida. As intervenções de enfermagem têm obrigações de índole deontológica, apoiadas nos princípios da ética e do direito¹³, que procuram definir as boas práticas de enfermagem. O Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), no art.º 108 refere o “dever do enfermeiro acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida; na defesa e promoção do direito à escolha do local e das pessoas que o acompanham e respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (OE, 2015, p.9). Neste sentido, o não iniciar medidas ou suspensão de medidas de suporte de vida, requer uma decisão da equipa multidisciplinar, com posições fundamentadas, sendo essencial que a equipa esteja em consenso para esta decisão, que tem como objetivo a diminuição do sofrimento da pessoa em fim de vida e engloba suspensão ou abstenção de intervenções tais como: suporte ventilatório¹⁴, suporte inotrópico¹⁵ para o sistema cardiovascular e hemodiálise para PSC (Elliot et al., 2012). Assim sendo, a promoção dos cuidados de enfermagem são de uma relevância determinante na promoção da dignificação da pessoa em fim de vida, tal como Osswald (2013, p.52) salienta que “dignificar o acontecimento de morte é idealizar e proporcionar o fim da

¹² O termo **fútil** (Beauchamp & Childress, 2013) refere-se às situações nas quais os doentes que estão num processo irreversível de morte chegam a um ponto em que o tratamento não fornece nenhum benefício fisiológico ou possibilidade de cura. A futilidade terapêutica surgiu, como uma categoria que os profissionais de saúde usam para decidir quando não iniciar (*withhold*) ou quando suspender (*withdraw*) o tratamento médico (Freire, 2015).

¹³ Sublinho os **Princípio de não maleficência, beneficência e autonomia** (Princípio de não maleficência implica que acima de tudo não se deve causar dano ou mal; o Princípio de beneficência implica proporcionar um bem a alguém e o Princípio de Autonomia refere-se ao respeito da autonomia de uma pessoa e implica reconhecer o direito de ela ter suas próprias concepções, de fazer suas escolhas, bem como de agir em conformidade com seus valores e crenças (Beauchamp & Childress, 2001).

¹⁴ **Ventilação mecânica** um método de respiração artificial com a ajuda de um sistema mecânico (ventilador) que substitui a função respiratória da pessoa, melhorando desta forma o seu padrão ventilatório e a sua mecânica pulmonar (Marcelino, 2008).

¹⁵ **Suporte inotrópico endovenoso**: visa a melhorar a função cardíaca e o débito cardíaco.

vida junto da família, longe do sofrimento, tendo consciência das dimensões ético morais, onde o valor humano e a dimensão da pessoa são priorizados ou seja, “ (...) é proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar, ou pelo menos não afastado dele (...) ” (Deodato, 2006, p. 12). Esta passagem remete para o CDE art.º 99 (OE, 2015) em que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” e para as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) Art.º 5 (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal em que deve promover “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

O EE em PSC poderá ter um papel dinamizador na tomada de decisão nos cuidados a serem planeados no doente em fim de vida. A visão e os conhecimentos que terá do doente e família é relevante, tanto na sua inclusão na equipa por parte destes, como no reconhecer da individualidade do doente e a sua singularidade. A averiguação da existência de Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital, contempladas na Lei que regula as diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de Testamento Vital- Lei 25/2012, através da consulta do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (Lei n 25/2012, 2012), permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade da pessoa. Este documento deve ser um recurso relevante na tomada de decisão, em que a equipa multidisciplinar deve estar desperta na obrigatoriedade da consulta e o carácter vinculativo dos dissentimentos neles contidos¹⁶.

A transição, numa UCI, do objetivo do cuidar curativo para o cuidar paliativo, é um processo que requer dos enfermeiros conhecimentos e estratégias na sua implementação, com colaboração da restante equipa multidisciplinar (Cook & Rocker, 2014). Tanto na preparação da equipa; na preparação do ambiente na UCI (gestão do ruído, liberalização das visitas, ambiente mais tranquilo e com maior privacidade), como na preparação da própria pessoa em fim de vida (na decisão da suspensão das medidas de apoio à vida, o conforto, apoio religioso e ou espiritual), deve ser

¹⁶ Neste âmbito o enfermeiro pode consultar a RENTEV no Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde conforme contemplado na Portaria n.º 141/2018 de 18 de maio (Portaria n.141/2018 de 18 de Maio, 2018).

considerado com cuidado e envolvendo a família nesta parceria de cuidados (Vanderspank-wright et al., 2011).

Do exposto se depreende que o cuidar da pessoa em fim de vida CI é uma área de cuidados que requer do enfermeiro uma abordagem holística na promoção do conforto da pessoa, que requer conhecimentos e formação, que se pode ancorar na abordagem dos CP, considerando que é uma área da especialização da enfermagem da PSC. Deve investir-se nas competências de comunicação, relação terapêutica e gestão e assistência nos processos emocionais, decorrentes da situação crítica e ou falência orgânica, com o intuito de aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos à pessoa e família e no processo de “dignificação” do processo de morrer.

1.2- O conforto da pessoa em fim de vida

Na construção e desenvolvimento da disciplina e profissão de enfermagem, a adoção de modelos teóricos permitem uma sustentação e fundamentação da prática, promovendo um planeamento e antecipação das situações, requerendo uma reflexão crítica para tomadas de decisão conscientes e autónomas (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito de conforto está intrínseco aos cuidados de enfermagem ao longo da sua evolução. Tal como nos diz Apóstolo (2009, p.62) “ (...), o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado à sua origem (...). Assim, o enfermeiro é, neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo”.

O referencial teórico utilizado como suporte da elaboração do presente trabalho é a Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba (2003)*. Esta é uma teoria de médio alcance¹⁷, na qual as necessidades dos cuidados de enfermagem são definidas como necessidades de conforto, que incluem as dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental (Tomey & Alligood, 2004). Este conceito de conforto é assim individual para cada sujeito, vai depender das características de cada um, tal como a idade, suporte emocional, as próprias experiências individuais e prognóstico. *Kolcaba (2003)* reforça o conceito de alívio como a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma

¹⁷ Teorias de médio alcance evidenciam os efeitos das intervenções de enfermagem mais direcionadas com a orientação da prática. Modelos orientadores da prática e da investigação, orientação para a prática, modelos para a prática profissional ou simplesmente concepções de cuidados de enfermagem (Rosa & Basto, 2009).

necessidade específica; tranquilidade como estado de calma ou contentamento; transcendência sendo a condição na qual um indivíduo sonda os seus problemas ou sofrimento. Aborda ainda os contextos em que o conforto é experimentado da seguinte forma: **Físico**: pertencente às sensações do corpo, quer a nível físico ou a nível da dimensão homeostática; **Psicoespiritual**: pertencente à consciência interna da própria pessoa, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **Ambiental**: pertencente ao meio, às condições e influências externas; **Social**: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais. Para Kolcaba (2003, p.14) “o conforto é a experiência imediata de ser fortalecido, por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)”; para a autora é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p.254). Trata-se de “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)” (Kolcaba, 2003, p. 16). Ou seja, o conforto é algo subjetivo para cada pessoa e/ou pode ser encarado como um resultado de cuidados. Podendo ser considerado como elemento de intervenção do enfermeiro no processo de cuidar (Sousa, 2014). É um processo que compreende o estado e a perceção de conforto, que fica apenas completo numa perspetiva de continuidade de cuidados confortadores, no sentido de efetivação de resposta aos desejos e necessidades das pessoas. Segundo a mesma autora refere a importância de os enfermeiros realizarem registos que reflitam os cuidados confortadores, para que se possa adequar e planear os cuidados e transmiti-los à restante equipa de forma a levar à sua adesão, das propostas das medidas confortadoras. Este conceito torna o conforto complexo, contribui para a humanização dos cuidados, em que a intencionalidade e a significação do cuidado são específicos e únicos para cada pessoa, tornando-se singulares e variáveis, de acordo com contexto em que a pessoa está inserida (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

A prestação de cuidados centrados no conforto do doente é especialmente importante em doentes que estão progressivamente a tentar voltar a níveis funcionais normais, após receberem tratamentos médicos e de reabilitação agressivos, mas também para aqueles doentes que queiram morrer de uma forma digna (Kolcaba, 1994, 2003).

Na perspetiva de *Kolcaba* (1994, 2003), os enfermeiros facilitam os resultados (*outcomes*¹⁸) de conforto, em que teoricamente pode estar relacionado com comportamentos internos/externos dirigidos à saúde, ou com uma morte tranquila e mais digna. O objetivo dos cuidados de Enfermagem na pessoa em fim de vida poderá ser considerado o da promoção do conforto dos doentes e suas famílias como no alívio da dor, redução da ansiedade, favorecer um ambiente tranquilo, apoiar e promover suporte educacional acerca do processo da morte, ajudando-os a encontrar o significado e o crescimento nesta experiência. O conforto pode ser assim entendido, quer como um *outcome* desejável dos cuidados de enfermagem, quer como um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem junto da PSC e no contexto fim de vida.

O enfermeiro ao promover cuidados de conforto na PSC, principalmente na situação de fim de vida, necessita de ter em conta as várias vertentes que este abrange. A comunicação entre os vários elementos que compõem a tríade terapêutica (equipa de saúde, pessoa e família) será essencial na preparação de um plano terapêutico adequado àquela pessoa e família, abarcando o conforto físico (controlo de sintomas), a comunicação de más notícias¹⁹ e estratégias de implementação de cuidados de conforto psicológicos e sociais.

O desenvolvimento de competências específicas do EE (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro), como a área da comunicação, relação terapêutica e a dignificação do processo de morrer será bastante importante para o aumento da qualidade dos cuidados a prestar em CI. Sousa (2014) refere a necessidade do desenvolvimento de capacidades e de competências e a aplicação deste saber, em atuação concreta e visível, necessárias para um melhor cuidado e de acordo com as necessidades de conforto, consideradas pela pessoa e família. Ou seja, segundo a mesma autora, o conforto pode ser compreendido como “experiência de alívio ou consolo, ou ainda, como sensação de paz, serenidade/tranquilidade ou aconchego, face à vivência de um incómodo ou perturbação considerada como desconfortadora” (Sousa, 2014, p. 20).

¹⁸ *Outcome* entende-se por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2010). A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem às pessoas são uma importante fonte de evidências sobre a eficácia destes.

¹⁹ Comunicação de más notícias define-se por “qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro”(Baile, Buckman, Kudelka, Lenzi, & Beale, 2000, p.304).

Para Kolcaba (Smith & Parker, 2015), os enfermeiros oferecem cuidados reconfortantes de forma intuitiva e não estruturada, não efetuando registo dos seus efeitos sobre as pessoas, o que conduz à falta de reconhecimento de que os nossos cuidados podem ser intervenções reconfortantes, deixando na penumbra uma parte importante da ação dos enfermeiros. Na perspetiva da autora, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009).

O EE na área da PSC pode direcionar as suas intervenções na compreensão e aprofundamento da dimensão da pessoa em fim de vida em CI, no domínio das suas competências, de forma a projetar um plano de intervenção, visando uma gestão da comunicação interpessoal e na relação terapêutica com a pessoa e família. A partilha da tomada de decisões e o ajuste dos cuidados a serem adotados, com o seu ente querido, no conhecimento das suas necessidades e na providência desses cuidados (Curtis, 2008), implica uma competência especializada na comunicação pelos enfermeiros numa UCI.

A intervenção especializada de enfermagem no fim de vida em CI é assim pautada por este referencial teórico, que sustenta e norteia as intervenções e atividades realizadas durante o estágio, que irei descrever no capítulo seguinte.

2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo irei descrever o percurso de desenvolvimento de competências decorrido em três campos de estágio, nomeadamente uma UCI, uma UCP e um SU.

O meu percurso de aquisição de competências teve início numa UCI Polivalente de Adultos, com a duração de 7 semanas, onde tive por base a satisfação das necessidades específicas da pessoa que requer cuidados diferenciados, perante a falência de funções vitais, mas também onde tive intervenção no âmbito dos cuidados em fim de vida e mesmo face à suspensão de medidas terapêuticas. Seguidamente, numa UCP, com duração de 4 semanas, onde desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida e família perante descontrolo de sintomas, desenvolvimento de uma comunicação mais eficiente e na relação terapêutica. Na última etapa desenvolvi competências num SU durante 6 semanas, onde me deparei com várias situações de emergência e urgência, num ambiente totalmente novo para mim, em que não tinha qualquer experiência, mas muito enriquecedor, tanto a nível pessoal como a nível de desenvolvimento de competências.

Estes locais de estágio foram selecionados, pelo facto da UCI polivalente ser diferenciada e de referência para uma significativa área geográfica, funcionando também como apoio de centro de trauma, deter um leque muito variado de tecnologias terapêuticas e de ser de uma dimensão maior da minha realidade profissional, onde pude desenvolver competências de gestão de equipa e de serviço e nas competências de tomada de decisão no doente em fim de vida. A escolha da UCP deveu-se a facultar uma observação e aprofundamento de competências na gestão de sintomas, comunicação com o doente e família e gestão de sentimentos e emoções no cuidado ao doente em fim de vida. O SU escolhido recaiu pela existência de algum trabalho realizado no cuidado ao doente em fim de vida que entra num ambiente desta natureza, como a existência de orientações para medicação por via subcutânea (hipodermóclise²⁰) e pela possibilidade de vivenciar processos de emergência médico-cirúrgico, com o intuito de desenvolver competências na prestação de cuidados à

²⁰ Hipodermóclise: Administração de fluidos por via subcutânea, consiste em uma prática que, em algumas situações clínicas específicas, demonstra ser uma via segura, eficaz e, sobretudo, confortável para o doente (Cremesp, 2008).

pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Durante o percurso de estágio existiram várias oportunidades de aprendizagem resultantes do próprio contexto clínico. Ocorreram igualmente outros momentos de reflexão e análise, designadamente, a elaboração de dois jornais de aprendizagem, a realização de um póster apresentado num evento científico e a realização de duas sessões de formação dirigidas às equipas de enfermagem da UCI e SU com o tema de cuidar no fim de vida.

Pesquisa de literatura; consulta de normas, protocolos e reflexão sobre a prática de enfermagem foram elementos comuns utilizados nos três campos de estágios de forma a ter uma integração mais facilitadora. Existiram momentos de maior dificuldade em que tive de ajustar comportamentos para ultrapassar os obstáculos como obtenção de orientação aos enfermeiros tutores, realizando uma análise e reflexão das situações obtendo outros pontos de vista dos pares. Assim, neste capítulo serão também apresentadas as principais dificuldades e as estratégias implementadas para as ultrapassar.

2.1- Unidade de cuidados intensivos

O primeiro campo de estágio que me possibilitou desenvolver competências, no âmbito do mestrado e da especialidade foi uma UCI num Hospital Central na área de Lisboa, com certificação de acreditação na área da Urgência e CI. Conforme visita de campo efetuado na altura da elaboração do projeto, verificou-se que é considerada uma das unidades de referência a nível do país, com enfermeiros com grande experiência e perícia na área de CI.

Como objetivo geral para este estágio, propus **aprofundar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, com enfoque à Pessoa em Fim de Vida, em Cuidados Intensivos.**

Foram ainda definidos objetivos específicos: Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço; Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à PSC; Promover práticas de cuidados à pessoa em situação crítica que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, éticas e legais; Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC; Desenvolver medidas de conforto, gestão/controlo de sintomas da PSC em fim de vida.

Esta UCI é uma unidade de nível III²¹ com capacidade para 24 doentes, das quais 16 camas são destinadas a CI (nível III) e 8 camas para Cuidados Intermédios (nível I). Recebe doentes quer de patologia médica, cirúrgica ou de trauma. Realizam várias técnicas como técnicas de Substituição Renal como de Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração, como de Suporte Ventilatório como Ventilação com Alto Fluxo, Oxigénio por Membrana Extracorporal (ECMO).

Tem uma taxa de rotatividade/ocupação elevada de doentes, como também a nível de transferências de doentes para outras unidades ou serviços de outras instituições. Recebem cerca de dois a quatro doentes/dia, uma média de 100 doentes por mês, 1200 doentes/ano. Com uma taxa de mortalidade no serviço de cerca de 20% a 30%, referências estas fornecidas pelo enfermeiro responsável pela formação da unidade, esta média condiz com os estudos efetuados a nível internacional como o de Tanuseputro et al. (2017) efetuado em UCI's de tipologia médica, cirúrgica e/ou de trauma. Este contexto revelou-se uma mais-valia para o meu desenvolvimento de competências, devido ao facto de na minha realidade profissional, onde desempenho funções ter uma capacidade máxima de cinco doentes, e ter uma taxa de rotatividade mais baixa, com cerca de 140-180 doentes internados/ano. Assim desta forma, permitiu-me ter uma experiência mais enriquecedora com uma perceção mais alargada de outro tipo de situações clínicas, bem como de outro tipo de técnicas terapêuticas e recursos tecnológicos, que não é empregue no serviço onde desempenho funções.

A equipa de enfermagem é vasta sendo constituída por um elevado número de enfermeiros, com um ratio de enfermeiro/doente de 1:1 ou 1:2 quando o doente tem um nível de gravidade²² de III e de 1:3 ou 1:4 quando o nível de gravidade é de 1 ou 2 tal como é recomendado pelo Regulamento n.º 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 233, de 2 de dezembro, recomendam-se os rácios mínimos de 1:2 em

²¹ Nível III – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/ /Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2003).

²² Nível I – Visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior. Nível II – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica (Direção-Geral da Saúde, 2003).

camas de nível III, e de 1:3 em camas de nível I. As camas são distribuídas por salas com capacidade para dois ou quatro doentes. Existe uma grande mobilidade de doentes, pelo facto de existirem as camas de nível I e III. O enfermeiro chefe de equipa e outros elementos na gestão da equipa colaboram nesta tomada de decisão. O método de trabalho utilizado é o método de enfermeiro responsável que prevê uma distribuição de doentes por enfermeiros. Ou seja, cada enfermeiro apoia e presta cuidados aos doentes que lhe são atribuídos naquele turno, tornando-se assim responsável por estes durante aquele período. A relação de ajuda e a cooperação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar foi uma realidade observável, de forma a uma melhor eficiência e eficácia no cuidado aos doentes internados e a serem admitidos. Há enfermeiros de horário fixo na gestão e coordenação do serviço, há sempre um enfermeiro escalado extra para realização de transportes de doentes a nível inter-hospitalar e também um enfermeiro para a sala de diálise.

No que diz respeito à gestão das equipas, estas são coordenadas por um chefe de equipa e um “segundo elemento” de enfermagem (que substitui ou que coopera na gestão do turno) que tem a função da gestão dos cuidados e, na ausência do enfermeiro chefe, da gestão dos recursos humanos e materiais. De acordo com o Regulamento Nº 122/2011, de 18 fevereiro, as competências do enfermeiro chefe de equipa podem estar enquadradas em vários domínios dos quais destaco a responsabilidade profissional, o desenvolvimento profissional e a gestão de cuidados. Estes elementos de enfermagem são muito importantes para a organização do serviço, no conhecimento geral do serviço e como elementos de referência ou de consultoria, correspondente ao nível de competência da sua área de especialidade, atuar eficazmente sob pressão e a capacidade do enfermeiro de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, a sua participação na construção da tomada de decisão e a articulação na equipa multiprofissional. O facto de ser orientada por um enfermeiro que desempenhava função de “segundo elemento”, responsável no turno e que substituíria o chefe de equipa na sua ausência permitiu-me ter uma visão privilegiada da gestão nos cuidados de enfermagem.

Esta unidade ainda possui uma sala dotada com equipamento adequado que permite técnicas como colocação de *pace* transvenoso²³. Sempre que não é possível o transporte do doente para uma instituição com sala de hemodinâmica, procede-se à colocação de um electroestimulador, pela equipa da UCI. Existe ainda uma sala para realização de ECMO. É nesta sala que são recebidos doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR) trazidos de fora da instituição, pela equipa médica de Emergência e Reanimação da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), no qual existe um protocolo entre a UCI e o Instituto Nacional de Emergência Médica, com o Gabinete de Colheita de Órgãos. O programa da UCI tem como primeiro objetivo a reanimação com ECMO e como segundo objetivo, possibilitar que os doentes submetidos a manobras infrutíferas de ressuscitação, possam ser candidatos a dadores de coração parado. Este Programa está definido como Via Verde de PCR²⁴ que se iniciou durante a minha incursão por esta unidade e permitiu-me contactar com o planeamento e a logística necessária para o arranque deste projeto, o que foi bastante benéfico. Considero que esta medida veio permitir uma assistência mais adequada às vítimas de PCR, em primeira instância, mas também promove o número de potenciais dadores em coração parado garantindo desta forma uma melhor qualidade de vida aos doentes em lista de espera para transplante (com melhor garantia para a qualidade de órgãos a serem colhidos principalmente fígado e rins).

Os registos de Enfermagem são efetuados simultaneamente em dois suportes. No sistema informático na plataforma *Sclínico*²⁵, no qual se utiliza linguagem CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em que se registam as notas evolutivas dos doentes e a realização do planeamento das intervenções inclusas no processo de enfermagem. Situação que facilitou a minha integração e consulta dos processos dos doentes, já que não me era desconhecido pela sua utilização na minha prática profissional, deixando-me mais disponível para a participação e colaboração em outras intervenções. Concomitantemente utilizam registo em suporte de papel no registo e vigilância horária dos parâmetros vitais e

²³ *Pace* transvenoso- O *pacemaker* é um aparelho que permite fornecer corrente elétrica ao coração e assim provocar a despolarização e subsequente contração do miocárdio. A estimulação cardíaca pode ser temporária ou permanente, dependendo da condição do doente. O *pacemaker* temporário é usado em situações de urgência ou emergência nos doentes instáveis, pode ainda servir como ponte até ser inserido um *pacemaker* permanente (Morais, 2007).

²⁴ Via Verde PCR (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/17/via-verde-pcr/> acedido a 25 de março de 2018)

²⁵ O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (<http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/> acedido a 20 de janeiro de 2018).

balanço hídrico pela maior facilidade de observação da evolução dos doentes. Assim com descrito anteriormente consegui atingir o objetivo de conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço.

Em relação ao objetivo de desenvolvimento de **Competências na área da Gestão de cuidados à pessoa em situação crítica**, reforcei esta competência com o acompanhamento da orientadora clínica (OC), na medida em que esta era “segundo elemento” da equipa, não tendo doentes atribuídos, funcionava em colaboração com o enfermeiro chefe de equipa, na gestão, coordenação da equipa e serviço e muitas vezes substituía a chefe de equipa na ausência desta. Permitiu-me ter uma visão mais alargada da dinâmica e da situação de todos os doentes internados, manter uma parceria de cuidados em algumas situações que fosse necessário e também na aprendizagem de algumas técnicas terapêuticas (ECMO, Ventilação de Alto fluxo, Cuidados com doente com grande trauma).

A integração neste âmbito foi facilitada pela minha experiência numa UCI em que muitas das técnicas utilizadas não me eram totalmente desconhecidas, mas outras foram novidades e alvo de pesquisa e aprofundamento teórico. O chefe de equipa e “segundo elemento” funcionam como consultores em termos de conhecimentos e também orientadores de priorização de cuidados. Neste campo de ação pude dar o meu contributo com a minha experiência, dando exemplos da minha prática e alvo de reflexão dos cuidados juntamente com os vários elementos da equipa.

Permitiu-me também conhecer melhor a dinâmica da equipa, conhecimento e estabelecimento de relações interpessoais entre os vários elementos com colaboração de resolução de conflitos e agilização de recursos humanos para as salas de maior carga de trabalho. O trabalho de equipa é fundamental também para melhor conhecer e compreender a pessoa que é sujeito de cuidados. Torna-se indispensável para a qualidade dos cuidados prestados, a integração na equipa multidisciplinar (Nascimento, Backes, Koerich, & Erdman, 2008).

Este acompanhamento possibilitou a participação de alguns transportes de doentes críticos a nível inter-hospitalar, colaborando no planeamento deste, na antecipação de focos de instabilidade visando a segurança do doente tal como é recomendado pelas orientações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos,

2008), otimizando recursos humanos, materiais e equipamento juntamente com os outros elementos da equipa multiprofissional. Ao participar neste planeamento dos transportes dos doentes críticos permitiu agilizar de uma forma mais rápida a organização e a logística necessária com redução de tempos de espera, que são fundamentais para a prestação de cuidados mais eficiente e eficaz. Na minha prática esse planeamento também é realizado, mas efetivamente o número de transferências realizadas neste contexto é de uma maior proporção, o que possibilitou uma maior experiência e desenvolvimento de rapidez de raciocínio e tomada de decisão clínica.

A organização do serviço em termos de mobilidade de doentes, entre níveis de gravidade, foi também foi um desafio, devido ao número de doentes internados, ou seja, a velocidade de mudança de gravidade da situação dos doentes, alterando a priorização de cuidados e a gestão de camas e pessoal, revelou-se um grande desafio no desenvolvimento de competências de gestão.

O facto de ter sido possível ter um acompanhamento global na gestão do serviço, da equipa e dos doentes, possibilitou a deteção de situações em que seria necessário intervir e promover cuidados em fim de vida. Foi importante a discussão dos casos com a equipa de enfermagem e médica, na tomada de decisão e resolução de estratégias mais adequadas para aqueles doentes e família. Constatei que nesta UCI existe uma preocupação crescente em minimizar o sofrimento, promovendo o conforto do doente em fase terminal, adotando algumas ações paliativas (alívio da dor, liberalização de visitas e retirada de determinados dispositivos médicos).

A comunicação entre a equipa e a família foi fundamental para que os cuidados fossem prestados de forma adequada. Estas estratégias são corroboradas pelo estudo realizado por Coelho & Yankaskas (2017), no qual é mencionada a importância da qualidade da comunicação entre a equipa da UCI e família, em que esta está diretamente relacionada com a satisfação da família com o tratamento, evidenciando assim a necessidade da capacitação dos enfermeiros em desenvolver esta competência. Nesta sequência, considero que as capacidades de gestão, liderança e de comunicação estão implícitas nas competências do EE, na medida em que o trabalho de equipa e a sua organização tem influência direta com o apoio e participação da família e sua satisfação com os cuidados. A reflexão de situações em relação à importância da competência de gestão do enfermeiro e deteção de situações de doentes em fim de vida ou fase terminal foi alvo de análise crítica através da

realização de um Jornal de aprendizagem. A estratégia de realização do trabalho foi através de análise do ciclo reflexivo de *Gibbs*²⁶. A elaboração deste Jornal permitiu-me analisar de forma crítica as situações vivenciadas de uma forma mais distante desenvolvendo o pensamento crítico e raciocínio exposto concomitantemente com a ajuda da revisão da literatura.

No que concerne ao objetivo de desenvolver e aprofundar **competências na prestação de cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, foi facilitador a minha prévia experiência em CI na integração das rotinas adotadas, na prestação de cuidados diretos aos doentes internados como na antecipação de cuidados prevendo focos de instabilidade. Também permitiu que não estivesse apenas focada na componente tecnológica, mas estivesse mais disponível para as situações de cuidados que emergiam no serviço.

Ao longo do estágio pude prestar cuidados a doentes em diferentes situações de doença, tais como instabilidade hemodinâmica, do foro médico ou cirúrgico, doente com necessidade de técnicas de substituição renal, com necessidade de ventilação mecânica invasiva (com traqueostomia ou tubo orotraqueal) ou não invasiva (BIPAP-Bilevel Positive Pressure Airway, oxigenioterapia de alto fluxo por cânula nasal). Determinadas situações como os cuidados a doentes de grande trauma, do foro neurológico e submetidos a cirurgia maxilofacial foram razão de maior investimento e de maior aprofundamento teórico e pesquisa bibliográfica.

Em relação à ventilação de alto fluxo, é uma técnica na qual o oxigénio é aquecido e humidificado, sendo administrado por cânula nasal a fluxos elevados (60l/min). Mais utilizado em situações de hipoxemia (Freitas, Silva, Souza, & Carvalho, 2016), tem vantagens para o conforto do doente, por ser menos invasivo, poder adiar ou anular a necessidade de entubação orotraqueal para ventilação mecânica e permite uma remoção e é de fácil colocação. Permite também que o doente comunique normalmente e se alimente (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Houve a oportunidade de prestar cuidados a doentes utilizando o protocolo existente na UCI de gestão da temperatura corporal, hipotermia terapêutica²⁷ nos

²⁶ Ciclo reflexivo de *Gibbs* foi a forma de estruturação da reflexão adotada por ter sido o preferido por mim durante o período teórico do CMEEPSC. Este ciclo leva a pessoa a refletir segundo seis etapas: O que aconteceu? Quais os sentimentos e o que estava a pensar? O que foi bom e o que foi mau? Qual o sentido que se dá à situação vivida? O que se poderia fazer de diferente? Se acontecesse de novo, o que faria? (Gibbs, 1988).

²⁷ O uso da Hipotermia Terapêutica após paragem cardiorrespiratória, consiste na redução controlada da temperatura corporal da pessoa, tendo um alvo predefinido de temperatura. Com o objetivo de proteção neurológica após ressuscitação cardiopulmonar (RCP com temperatura alvo de $33 \pm 1^\circ\text{C}$), durante cirurgias

doentes pós PCR, com o objetivo da proteção das estruturas neurológicas, como a utilização de “fato térmico”²⁸. Nos doentes pós PCR em ritmo desfibrilhável, opta-se pelo controlo da temperatura para os 33°C, para os doentes em ritmo não desfibrilhável o controlo é abaixo dos 36°C.

Esta UCI foi reconhecida como centro de referência de ECMO, assim tive a primeira experiência com cuidados aos doentes submetidos a este procedimento. Esta técnica é uma técnica de suporte vital extracorporeal, que permite a substituição temporária das funções pulmonar e cardíaca, nos casos de falência respiratória e/ou circulatória aguda grave, refratária ao tratamento convencional. Esta técnica implica a circulação de sangue venoso por um circuito de circulação extracorporeal, a remoção de dióxido de carbono e a adição de oxigénio através de um pulmão artificial e o retorno do sangue através da canulação de uma veia (modo venovenoso) ou de uma artéria (modo venoarterial) (Ventetuolo & Muratore, 2014). Além das orientações realizadas pela orientadora clínica (OC), também recebi formação no serviço, juntamente com a restante equipa de enfermagem do serviço, numa sessão formativa sobre o tema, o que foi extremamente útil para a sua compreensão e na garantia dos cuidados com maior segurança e qualidade. Esta técnica exige do enfermeiro capacidade de prestar cuidados diferenciados à PSC, cuidados estes complexos, que requerem do enfermeiro uma formação e atualização constante, para lhe permitir reconhecer, prevenir e detetar previamente as complicações, atuando em tempo útil (Makdisi & Wang, 2015).

No decorrer do estágio prestei igualmente cuidados ao doente com insuficiência renal em que foi necessário iniciar técnicas de substituição da função renal, como por exemplo: Hemodiafiltração venovenoso contínua, Hemofiltração venovenoso contínuo, ou diálise intermitente. Os cuidados a prestar eram semelhantes ao que se prestam na minha realidade profissional, mas com diferentes equipamentos. Foi necessário integrar-me no equipamento existente. A frequência de um **workshop** sob o tema “Técnicas de substituição Renal” assistido em novembro de 2017 (Anexo I),

cardíacas ou neurológicas altamente complexas, no tratamento de hipertensão intracraniana refratária, assim como em algumas afeções que cursam com aumento da temperatura (Leão, Ávila, Cavaco, Germano, & Bento, 2015)

²⁸ Fato térmico: Equipamento de indução de hipotermia. Esse equipamento consiste em pás revestidas de gel condutor de calor, aderidas sobre a pele, que cobre aproximadamente 40% da superfície corporal que estão conectados a uma unidade termorreguladora. O sistema aumenta ou diminui a temperatura da água circulante em resposta à temperatura-alvo e à temperatura do doente. É um método seguro e eficaz, pois as variações de temperatura são mais controladas, tanto na indução quanto no reaquecimento (Haugk et al., 2007).

no âmbito do II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros em Setúbal, foi importante para a atualização dos conhecimentos na temática de forma a poder transmitir à equipa e prestar cuidados de forma sistemática e mais eficiente. Esta atualização de conhecimentos também é uma competência inclusa nas competências comuns do EE no âmbito de Competências do domínio das aprendizagens profissionais “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010).

Uma intervenção de enfermagem presente em qualquer pessoa internada em CI, é a vigilância hemodinâmica²⁹, quer seja de forma invasiva e/ou não invasiva. Além da vigilância cardíaca e respiratória, com recurso a monitorização elétrica com ECG - eletrocardiograma contínuo; oximetria de pulso periférico, monitorização de frequência respiratória, com avaliação e monitorização dos sinais vitais, importantes para a deteção precoce de focos de instabilidade, também é frequente a avaliação e monitorização invasiva com a avaliação de tensão arterial contínua com recurso a colocação de linhas arteriais, monitorização débito cardíaco com cateter de PiCCO® (Pulse Induced Contour Cardiac Output - débito cardíaco por análise do contorno da onda de pulso) e PiCCO 2®, e menos frequente com cateter de *Swan Ganz*³⁰. Neste estágio tive a oportunidade de observar a colocação de um cateter de *Swan Ganz*, técnica que já é raro efetuar-se no meu serviço, pelo que foi necessário mobilizar conhecimentos que já não estavam presentes, sendo de elevada complexidade os cuidados de manutenção e vigilância de forma a minorar as possíveis complicações decorrentes do procedimento. O enfermeiro tem uma responsabilidade essencial na vigilância do doente uma vez que a monitorização hemodinâmica tem de cumprir princípios rigorosos na identificação, interpretação e controlo dos sinais.

Uma área com que não estava familiarizada foram os cuidados ao doente politraumatizado, com traumatismo vertebromedular em que foi necessário estabilização e imobilização com a cama tipo *striker*³¹. Área em que pude mobilizar os conhecimentos de Suporte Avançado de Vida em trauma (SAV-Trauma) adquiridos

²⁹ Monitorização hemodinâmica: Permite obter informações sobre a patologia cardiocirculatória que pode ser fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica com o intuito de estabilização hemodinâmica (Bayrak et al., 2011).

³⁰ Cateter de *Swan Ganz*: Cateteres com balão insuflado na extremidade distal são transportado pela circulação sanguínea pelo arrasto e guiado das grandes veias intratorácicas. Geralmente, é indicado em doentes nos quais as pressões, fluxos e volumes circulantes requerem um tratamento preciso e intensivo (Lauga, Lauga, & D'ortencio, 2007).

³¹ Cama tipo *Striker* permite realizar uma tração esquelética a doentes com trauma cervical com mudança de decúbitos mais segura e mesmo permitindo realizar o decúbito ventral (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

durante as aulas lecionadas no Mestrado na ESEL. As intervenções dos profissionais de saúde são no sentido de prevenir o agravamento das lesões da medula espinhal, complicações cardiovasculares e respiratórias e estabilizar a pessoa do ponto de vista hemodinâmico (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Este tipo de cuidados requer que a equipa de enfermagem se entreajude e haja cooperação, em prol do doente na garantia da sua segurança explicando sempre os procedimentos ao doente de forma a diminuir a ansiedade e os medos em relação à mudança de decúbito. Nesta vertente, foi necessário desenvolver competências e prestar cuidados de enfermagem especializados, na vigilância com aos doentes com avaliação de PIC³²- pressão intracraniana, com DVE-Drenagem ventricular externa e com craniotomias descompressivas com ou sem retalhos ósseos, em doentes com patologia neurológica como traumatismos cranioencefálicos, Hipertensão craniana ou com Hemorragia subaracnoídea.

No decorrer do desenvolvimento de competências na área de especialização da PSC desenvolvi competências de **maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas e Gestão a administração de protocolos terapêuticos complexos** (Regulamento Nº124/2011, 2011). Neste sentido, tive a oportunidade de consultar as normas e protocolos existentes no serviço relacionadas com a prevenção e controlo de infeção como por exemplo o projeto de STOP Infeção³³, também adotado na UCI onde exerço funções. Este projeto consiste num grupo de *Bundles*³⁴ que, em conjunto, favorecem a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e visa assim, diminuir o número de dias de incapacidade por doença, diminuir o sofrimento dos doentes e família e a poupança a nível económico dos cuidados de saúde. Tal como na UCI onde trabalho, as *Bundles* selecionadas para a participação do projeto são a prevenção de infeção associada à colocação e manutenção de cateteres venosos

³² PIC- pressão intracraniana é a pressão do fluido ventricular cerebral por meio de um cateter de polietileno acoplado a um transdutor de pressão (Wassenaar et al., 2015).

³³ STOP Infeção: Desafio Gulbenkian Stop Infeção Hospitalar! O projeto propõe reduzir em 50% quatro tipos de infeções hospitalares. Abrangeu 19 instituições do país em que propôs a redução de infeções relacionadas com procedimentos de prevenção das infeções do local cirúrgico (colon/reto, vesícula biliar, prótese da anca e joelho), infeção do trato urinário em doentes com cateter vesical, infeções da corrente sanguínea em doentes com cateter vascular central (CVC) e na pneumonia associada à intubação (www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/08/stop-infecao-hospitalar-3/ acedido a 26 de novembro de 2018).

³⁴ Bundles são um conjunto de medidas que combinadas promovem a obtenção de um objetivo que neste caso é a prevenção de infeções associados aos cuidados de saúde.

centrais (CVC) ou periféricos e arteriais (na colocação e na manutenção), e a Prevenção da PAI- Pneumonia Associada à Intubação (quer com tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia), em que os cuidados de enfermagem preconizados são uma higiene oral com clorexidina a 0.2% 3 vezes ao dia, cabeceira do leito elevada a 30°, avaliação do *cuff* do tubo orotraqueal que deve situar entre 20 a 30 mmHg tal como refere o estudo de Vilches et al.(2010). Os cuidados prestados aos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e na colocação e manutenção de CVC no âmbito da prevenção de infeções foi reforçada pela minha pessoa à restante equipa sempre que existia oportunidade para tal (tal como a colocação de data nos pensos do local de inserção de CVC, mudança de pensos sempre que estivessem visivelmente húmidos ou sujos; desinfeção das entradas das torneiras para administração de terapêutica). A avaliação do *cuff* foi mais difícil de concretizar, dado que apenas existia um manómetro de avaliação de *cuff* em todo o serviço, mas durante o estágio houve aquisição de novos ventiladores para o serviço, permitindo estes a avaliação contínua do *cuff* dos TOT ou traqueostomias, sendo de facto bastante benéfico essa vigilância e de uso mais cómodo e facilitador, ajustando a pressão de forma automática, o que permite melhores resultados na prevenção de complicações como a traqueomalácia e/ou na existência de fugas de ar com conseqüente risco de aspiração de conteúdo gástrico em caso de refluxo. A equipa encontrava-se algo desperta para esta avaliação, mas pela escassez de recursos, era realizada de forma esporádica. Na parceria de cuidados fui alertando para importância desta medida de forma sistemática e planeada.

Na prevenção de contaminação de equipamento e superfícies colaborei na limpeza e desinfeção de material de exames complementares de diagnóstico como bronco fibroscópio, ETE- Ecógrafo Transesofágico, tarefa que era responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa ou do segundo elemento. Estes eram os elementos com mais formação neste âmbito e com responsabilidade nessa gestão. Também colaborei na realização dos exames de broncofibroscopia, ecografia transesofágica, com a obtenção de espécimes para exame bacteriológico em colaboração com os médicos na vertente de cuidados de enfermagem.

O início e manutenção de isolamentos de contacto aos doentes com infeções multirresistentes foi também verificado. Tendo apenas alguma dificuldade na identificação e existência de sinalética dos doentes que estariam sujeitos a estes

isolamentos, quer de contacto ou de gotículas conforme recomendações da Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2016). O que identificava o isolamento era a existência de batas descartáveis (pertencentes ao Equipamento de Proteção Individual-EPII) na sala onde se encontrava o doente sem outro tipo de sinalização como placas chamativas nem do tipo de isolamento. Discuti e aprofundi esta temática com a OC relevando a importância destas medidas, o que foi bem acolhida e transmitida para restante equipa, para no futuro se melhorar as práticas. A equipa pareceu-me receptiva para as sugestões de melhoria abordadas. A higienização das mãos foi sempre uma medida adotada por toda a equipa conforme preconizado na campanha de higienização das mãos (DGS, 2016).

O Registo da folha para controle de infeção em parceria com o gabinete de PPCIRA-Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos, contempla o número de doentes internados com CVC, Cateter de Hemofiltração, cateteres venosos periféricos, drenos vesicais, úlceras por pressão e doentes com ventilação invasiva. Faz parte das intervenções e competências do enfermeiro especialista, o registo e monitorização, no âmbito de competências a desenvolver no controlo das infeções, no qual tive a oportunidade de colaborar.

A administração de sangue e hemoderivados é uma das intervenções de enfermagem que requer princípios sistematizados com rigor de forma a evitar efeitos adversos. Nesta UCI a administração de concentrado de eritrócitos foi realizada com o sistema de controlo de transfusões com um sistema de identificação com recurso a códigos de barras, em que permite um aumento de segurança para o doente, na medida em que utiliza o sistema de leitura de código de barras desde a identificação do doente, do sangue colhido para realização de tipagem, até ao serviço de sangue e administração da transfusão. A margem de erro de identificação e de administração assim é francamente diminuída com este sistema de apoio informático. Igualmente, tive a oportunidade de efetuar administração de sangue, com o protocolo de hemorragia maciça conforme protocolo e recomendações pela DGS (2017) , situações de enorme responsabilidade na garantia da segurança do doente e na estabilidade hemodinâmica. Requer conhecimentos para uma atuação imediata e emergente, em que o tempo urge para a estabilização das pessoas com hemorragia ativa.

A UCI colabora com uma Equipa de EEMI -Equipa de Emergência Interna Intra-hospitalar³⁵, composta por um médico e um enfermeiro. Nesta instituição existe uma divisão estratégica, de otimização dos profissionais das equipas médica e de enfermagem, em que cada semana está um serviço responsável por garantir esta equipa (dividido pelo SU, UCI polivalente e UCI de neurocríticos). Esta equipa, de preferência tem de ter formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e pode ter uma intervenção precoce e adequada no qual pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo (DGS, 2010) . Tive um dia de estágio destinado para integrar esta equipa junto da OC. Permitiu observar parte da logística necessária para uma chamada de emergência, em qualquer parte do hospital (da mala de emergência, ventilador portátil, aspirador de secreções portátil e desfibrilhador). No princípio do turno é iniciado uma verificação de material e equipamento, para a garantia da funcionalidade do equipamento, que é fulcral para a eficácia e eficiência da atuação em situações de emergência. Não consegui ter outro tipo de acompanhamento ou de experiência devido a não ter havido nenhuma chamada de emergência para o efeito.

No que concerne às **Competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, este estágio foi bastante gratificante no evoluir das competências preconizadas pelo CMEEPSC.

Para além de toda a diversidade de tecnologias terapêuticas disponíveis, que foram sendo conhecidas e outras já com conhecimento adquirido, mas aprofundadas. Ao longo do estágio, a preocupação em cuidar da PSC e família estiveram sempre presentes. O ambiente numa UCI poderá ser causador de grande ansiedade para o doente e família, devido ao ambiente tecnológico, presença de inúmeros dispositivos médicos e a perceção de medo de perda e do desconhecido (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

O acolhimento às famílias das pessoas internadas numa UCI é constatado por diversos autores tais como Engstrom & Soderberg (2007); Martin, Batista, & Sousa, (2014) entre outros, como um contributo positivo na redução de receios e medos, permitindo uma maior satisfação dos cuidados prestados ao seu ente querido e de

³⁵ EMI: sempre que haja situações de emergência em situações de PCR ou quase paragens, a equipa é chamada ao local (médico, enfermeiro da UCI destacado para aquele turno com formação em SAV preferencialmente), em qualquer serviço intra-hospitalar, zonas circundantes do espaço hospitalar (corredores, zonas comuns dentro do hospital e zona exterior, mas dentro da zona hospitalar) (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

forma a tornarem-se parceiros de cuidados. Neste âmbito realizei o acolhimento a vários familiares, explicando como iriam encontrar o seu familiar, sensibilizando-os que podem comunicar com o seu ente querido mesmo sob efeito de sedação ou com dispositivos invasivos para ventilação mecânica, estimulando o toque do seu familiar de forma a contribuir para o bem-estar e conforto do doente, tal como é referenciado e recomendado por Coelho et al. (2014). Verifiquei que a maior dificuldade encontrada, nesta intervenção pelos enfermeiros, é a disponibilidade em termos de falta de tempo e dificuldade em estabelecer relação terapêutica de qualidade dada a priorização de cuidados em manter a estabilidade hemodinâmica do doente, consideração esta também descrita no estudo de Martin, Batista, & Sousa (2012), sobre as necessidades dos familiares do doente crítico numa UCI, na perspetiva dos enfermeiros. O acolhimento dos familiares no momento de admissão é efetuado numa sala privada destinada para este efeito e também quando é necessário para a transmissão de más notícias. Proporciona-se um ambiente calmo, com algum conforto de forma a proporcionar uma transmissão de notícias e de esclarecimento de dúvidas, o menos desagradável possível e de redução de ansiedade e receios.

O recurso a estratégias de comunicação utilizadas em CP tal como a comunicação de más notícias, a escuta ativa, períodos de silêncio terapêuticos, foram importantes mobilizar neste estágio, que se aprofundaram no período de estágio seguinte que irei descrever no futuro subcapítulo. Fornecer informações que fossem pertinentes, mas acima de tudo oferecendo apoio, estando perto e esclarecer dúvidas sempre que necessário, onde a disponibilidade e a escuta são fundamentais para uma comunicação eficaz. A informação é uma das necessidades que os familiares mais manifestam, nas situações de um internamento numa UCI e quando transmitida em “tempo útil e conteúdo perceptível, pode assumir um significado importante na vivência” das pessoas neste processo de doença (Mendes, 2016, p.185). Os familiares têm a perceção de que nesse contexto de internamento, comparativamente a outros que conhecem, a estabilidade física das pessoas ali internadas está altamente comprometida e que muitas das situações podem terminar em morte (Mendes, 2016). O suporte emocional e a comunicação eficiente com a PSC e dos familiares encontram-se alicerçados no âmbito do conforto, existindo a preocupação de um cuidar humanizado tendo como consequência resultados mais positivos para a satisfação dos cuidados.

Verificaram-se algumas oportunidades de prestação de cuidados a doentes que se encontravam em fase terminal. Acompanhei um caso específico, que levou a uma reunião entre a equipa multidisciplinar sobre decisões de suspensão ou abstenção de terapêutica num doente em fim de vida. Todos os elementos puderam dar a sua opinião e adotar estratégias para abordar a família e decidir quais os cuidados a manter. Teve-se em conta a dinâmica familiar e desejos do doente e família como por exemplo o ser transportado para a sua “região natal”. Foi relevante este momento de partilha e consenso da equipa, de forma a garantir a dignificação do processo da morte e deste modo cuidar da família e garantir que o seu familiar recebeu as opções terapêuticas e de cuidados mais indicados tal como recomenda o estudo de Coelho & Yankaskas (2017). Igualmente, Pattison & Campebell (2014) mencionam a importância da dimensão da comunicação entre a equipa multidisciplinar, na tomada de decisão com a família e simultaneamente delinear metas concretizáveis de cuidados.

Em outros casos, a situação de cuidados dependia muito da sensibilidade dos enfermeiros e médicos em questão. Pude partilhar com a equipa algumas estratégias de promoção de conforto e da importância de continuarmos a cuidar dos doentes em fim de vida com outro “olhar”, de forma a garantir a qualidade dos cuidados tal como a gestão da dor, cuidados de higiene para conforto do doente, posicionamentos no leito, hidratação das mucosas.

O acompanhamento da pessoa e familiares no processo de morrer e de luto foi realizado com dedicação e empenho. Momentos em que pude articular algumas competências de comunicação e relação terapêutica, muitas vezes estando junto destes e utilizando o silêncio, que também é essencial, enquanto estratégia de comunicação.

Neste sentido propus realizar uma **sessão de formação** direcionada para a equipa de enfermagem no serviço, sob o tema “Cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos” (Apêndice II), com supervisão da OC, com o objetivo de partilha de saberes e de experiências e de estratégias de intervenções no cuidar da pessoa em fim de vida com a componente paliativa integrada. Inicialmente foi elaborado um plano de sessão, que continha os temas a abordar para alcançar o objetivo desta, bem como a metodologia e recursos necessários, tal como o tempo que seria necessário. Desta forma, o plano serviu de orientação e suporte para a sessão. Por

outro lado, o plano ao ser divulgado à equipa de Enfermagem, permitiu que os enfermeiros tivessem conhecimento, não só do tema e objetivo da sessão, como também da data, local e duração da mesma. Além desta divulgação em formato de papel exposto na sala de reuniões de enfermagem, foi difundida a formação nas passagens de turno e realizado um convite personalizado a cada enfermeiro de forma a cativar a atenção e motivar a equipa para a importância do tema e a sua participação na sessão. Foi uma sessão bem acolhida pelos enfermeiros que comentaram ser pertinente e útil, com espaço para momentos de partilha de experiências pessoais e opiniões. No final da apresentação foi entregue um questionário com o propósito de avaliar a pertinência do tema abordado face a prática de cuidados, sendo que foi considerado muito pertinente pela maioria dos enfermeiros. Por outro lado, o questionário permitiu avaliar o meu desempenho, de forma a identificar aspetos que pudessem ser melhorados. Penso ter contribuído para a sensibilização dos profissionais para o tema abordado, que assistiram à sessão de formação, com intuito de melhorar os cuidados, com adoção de estratégias mais adequados ao doente em fim de vida na UCI. Também foi disponibilizado a sessão de formação em formato digital com a disponibilização do documento de suporte em Power Point, utilizado na sessão, para os enfermeiros que não puderam assistir à sessão.

Foi-me dado a oportunidade de observar e, mesmo, participar em **consultas de follow up**, que são consultas de seguimento programadas, ao fim de 6 meses de alta da UCI, com o objetivo de se avaliar a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem prestados aos doentes internados e detetar as consequências físicas e psicológicas do internamento na sua vida e dos seus familiares. Segundo alguns estudos como o de Castro (2016) e Nepomuceno, Martinez, & Neto (2014), um internamento numa UCI tem consequências a nível físico, psicológico e social de uma pessoa e sua família, podendo aumentar as morbidades e diminuição da qualidade de vida. Está descrito que cerca de dois terços dos sobreviventes de UCI, experimentam problemas importantes em vários aspetos da vida, como funcionamento físico, saúde mental, trabalho e questões e limitações nas tarefas da vida do quotidiano (Modrykamien, 2011), como maior fraqueza muscular, alterações da mobilidade, maior dispneia, sintomas de ansiedade e dificuldade dormir. Esta avaliação é realizada com o recurso a escalas de qualidade de vida, de sintomas de bem-estar e de *stress* pós internamento. Esta consulta é realizada em conjunto com

o enfermeiro e médico. Têm como objetivo o encaminhamento dos doentes para consulta, a quem são detetadas alterações, nomeadamente, manifestações de *stress* pós internamento.

Esta consulta possibilitou-me ter uma maior consciência da perceção dos cuidados que são efetuados aos doentes e da dor que percecionam com determinados dispositivos médicos. A existência de ruído mais exuberante devido aos alarmes dos vários monitores. Outras pessoas não tinham grandes lembranças, mas a sua família tinha outra perceção da sua vivência no internamento. Outros sintomas verificaram-se como sonhos frequentes ou pesadelos. Esta perceção permitiu-me planear os cuidados mais centrados na pessoa e com maior sensibilidade, na realização para determinados procedimentos. Estas consultas permitiram avaliar as consequências de alguns cuidados e de promover ações, de forma a minimizar os efeitos mais nocivos de um internamento numa UCI. Esta atividade também está elencada no desenvolvimento de competências comuns do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2011).

O acompanhamento e a comunicação com a família do doente em fase terminal são sempre um desafio, que requer do enfermeiro conhecimentos e alguma preparação para tal. Como tal a prática de cuidar e acompanhar estes doentes requer que seja assistida em conjunto com um enfermeiro mais experiente na perspetiva de estratégias, na melhoria da comunicação, da prevenção de conflitos e do conforto espiritual. Segundo alguns estudos analisados detetou-se que seria benéfico que enfermeiros menos experientes ou recém-formados tenham supervisão clínica nesta área (Fernandes & Komessu, 2013). Neste sentido, sempre que oportuno partilhei a minha experiência e conhecimentos aos elementos mais novos de enfermagem, recomendando intervenções e acompanhando-os no apoio dos familiares, que se encontravam nestas circunstâncias. A utilização do protocolo de *Spikes e Buckman* (Baile et al., 2007) foi bastante útil na transmissão de más notícias. Protocolo composto por seis etapas, desde a preparação do ambiente, a averiguação das informações que já detinham, expectativas prévias e futuras das situações até chegar á informação factual, imputando uma sistematização e análise aprofundada e um recurso importante na estratégia de comunicação.

No âmbito de desenvolvimento do objetivo de **Promoção de medidas de conforto gestão/controlo de sintomas da PSC em fim de vida** constatei a

inexistência de orientações específicas, normas ou procedimentos nesta área. Tal como no meu contexto profissional, as intervenções e procedimentos aplicados dependiam muito da sensibilidade da equipa médica e de enfermagem, que se encontravam no momento. Mas um ponto comum encontrado, em termos de maior prioridade, foi a gestão e controlo da dor com intervenções farmacológicas e algumas não-farmacológicas (massagem, otimização do ambiente com controlo do ruído e luz, alternância de decúbitos) e a liberalização de entrada de familiares ou outras visitas fora das horas instituídas para as visitas. Estas intervenções observadas estão de acordo ao analisado no estudo de Silva, Pereira, & Mussi (2015), que estudaram o conforto para uma “boa morte” na perspetiva da equipa de enfermagem de uma UCI, direcionado para a Oncologia. Os resultados enfatizaram a promoção da presença mais constante da família, ao lado daquele que está em fim de vida, mesmo que isso implique em flexibilizar as normas e rotinas hospitalares e mantê-la informada da condição de seu familiar; a promoção do conforto no controlo dos sintomas tal como a dor, o desconforto respiratório e a dimensão da integridade física e higiene como sendo os aspetos mais relevantes evidenciados.

A avaliação da dor é transversal aos cuidados de enfermagem em qualquer valência, que toma uma maior relevância em CI (dada o número de dispositivos médicos invasivos usualmente utilizados). Sendo a dor um dado de grande subjetividade, a autoavaliação seria o ideal e o mais fidedigno com recurso a escalas, mas muitas vezes os doentes internados em UCI poderão ter alterações do estado neurológico, submetidos a sedação ou curarização, ou com alterações da comunicação devido à presença de TOT para ventilação mecânica, não sendo possível comunicarem sintomas, receios ou angústias (Coelho et al., 2014). A adoção de outro tipo de escalas é fundamental para uma correta avaliação. Na UCI deparei-me com a escala de avaliação de dor BPS- *Behavioural Pain Scale*³⁶ na qual se recorre a dados de parâmetros fisiológicos e comportamentais (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014) para avaliação da dor nas pessoas impossibilitadas de se autoavaliar. Verifiquei que esta escala é de rápida e fácil aplicação, cujos resultados são fundamentais para guiar as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas a

³⁶ BPS: “A BPS é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspetos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica” A BPS permite definir a intensidade da dor entre 3 (nenhuma dor) e 12 (a maior intensidade de dor) pontos (Morete et al., 2014, p.374).

utilizar. O aprofundamento do conhecimento desta escala e sua aplicação foi determinante para a correta avaliação da dor no doente incapaz de se autoavaliar e ventilado para planejar e adequar as corretas intervenções.

No doente em fim de vida assumi uma intervenção mais proactiva, em que a consciência de proporcionar conforto tanto físico como ambiental e espiritual se encontrava presente. As intervenções que pude proceder para além das ações farmacológicas também foi no âmbito não-farmacológico, em que o enfermeiro tem plena independência em prescrições autónomas³⁷, como o caso da massagem, posicionamento no leito, higiene oral, hidratação corporal, elevação da cabeceira do leito a 30° (favorecimento da expansão pulmonar e alívio de dispneia), redução do nível de som dos alarmes dos monitores, redução das luzes da sala. A dimensão física e ambiental do conforto, sublinhado na teoria do conforto de Kolcaba (2003) incluem algumas destas intervenções, com o objetivo de alívio dos desconfortos que emergem nesta fase do doente em fim de vida.

A suspensão e abstenção de medidas terapêuticas a doentes em fim de vida, como a suspensão de fármacos inotrópicos, suspensão de técnicas dialíticas, e mesmo a extubação orotraqueal foram observadas em determinados doentes. A decisão de suspensão destas medidas foi tomada em reunião multidisciplinar. Esta tomada de decisão deveu-se à perceção de que o emprego de procedimentos invasivos seriam incapazes de oferecer qualquer alternativa real de reverter à situação de terminalidade, ou seja, que a manutenção destes procedimentos prolongam a vida mas não resultam em cura e sim no prolongamento do sofrimento da pessoa em processo de morrer, bem como dos seus familiares (Silva et al., 2015). As famílias foram informadas do diagnóstico de irreversibilidade da situação clínica e das medidas planeadas para o alívio do sofrimento. Foi realizado um acompanhamento próximo e dedicado aos familiares promovendo conforto a nível psicológico e social.

De forma a dar resposta aos objetivos do mestrado em termos de desenvolvimento de conhecimentos e divulgação destes (ESEL, 2010), foi realizado e exibido um **póster** no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, sob o tema “Cuidar no fim de Vida da PSC em Cuidados Intensivos” (Anexo II). Este póster exposto em formato digital apresentava a revisão da literatura

³⁷ Intervenções autónomas de enfermagem são as iniciadas pela prescrição do enfermeiro: são as intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (OE, 2011).

efetuada durante a fase de realização do projeto de estágio, com as principais conclusões sobre a importância do cuidar do doente em fim de vida em CI. Com a realização do pôster, da revisão da literatura, na sua divulgação interpretei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência, de forma a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento no 122/2011, de 18 fevereiro). Neste sentido, espero ter contribuído para melhorar a intervenção dos enfermeiros junto da PSC, no sentido de valorizar o cuidar da pessoa em fim de vida em CI e da adoção de algumas estratégias adequadas para a promoção do conforto.

Neste mesmo congresso em que também assisti (Anexo III), existiram várias preleções com temas bastante pertinentes na área da tomada de decisão com desafios éticos inerentes a este; o cuidar em diferentes contextos como “O cuidar na presença de familiares em situações de Urgência” e “A pessoa Vulnerável no serviço de Urgência”. Temas divulgados que promoveram reflexão e pensamento crítico de projetos realizados em várias instituições e que obtiveram resultados positivos na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como estratégia delineada, optei por investir na procura do conhecimento existente no nosso país em termos de protocolos ou programas que integrassem CI e CP, concomitantemente ou em parceria. Neste sentido, assisti a um Seminário em Vila Nova de Gaia em março de 2018 “Seminário INPALIN: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos” (Anexo IV). Constatei que há já uma preocupação crescente no cuidar dos doentes internados em UCI, que se encontram em fim de vida e com necessidades paliativas que visam uma estratégia de abordagem com a criação de um modelo transversal de acompanhamento de suporte e palição. Neste modelo a responsabilidade pela organização de resposta às necessidades do doente crítico envolve todo o departamento, sendo centralizado pela Medicina Intensiva e estende-se física e organizacionalmente a toda a instituição. (Carneiro, 2018). Concluindo, denotei que é um modelo que pode ser divulgado e adaptado a várias realidades de CI, requerendo a envolvimento de toda a equipa multidisciplinar e também de apoio institucional.

A experiência adquirida nesta UCI foi bastante enriquecedora, ofereceu-me uma múltipla variedade de situações, que contribuíram para o desenvolvimento de competências para o cuidar da PSC. Permitiu-me ter maior consciência de outras realidades, fora da minha área de conforto, favorecendo o meu crescimento como

pessoa e profissional. O cuidar da pessoa em fim de vida, como intervenção especializada numa UCI, é um desafio constante e que requer um caminho de persistência, com uma análise crítica para tomadas de decisão válidas e corretas tendo sempre em vista a dignidade da pessoa e o alívio do sofrimento.

2.2- Unidade de cuidados paliativos

No caminho de desenvolvimento de competências na área do cuidar da pessoa em fim de vida, optei por realizar um estágio numa UCP. O estágio decorreu entre 19 de novembro a 15 de dezembro de 2017 no total de 4 semanas. A escolha desta unidade deveu-se ao facto de poder desenvolver competências no cuidar do doente em fim de vida, em contexto de CP, concomitantemente com a possibilidade de partilha de conhecimentos e competências para UCI e SU, empregues nesta área. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Twyccross, 2001). São cuidados baseados nas necessidades individuais de cada pessoa, cuidados que podem ser prestados em qualquer local, instituição de saúde ou domicílio, necessitando de uma estrutura e organização diferenciadas.

A inclusão de ações paliativas³⁸ em CI irá certamente contribuir para a promoção do conforto das pessoas em fim de vida e conseqüentemente a “dignificação” do processo de morrer. Coelho & Yankaskas (2017) defendem que CP podem proporcionar um suporte às pessoas e familiares, um ambiente mais confortável e consciencialização a respeito da terminalidade da vida. Tem vindo a ser dado uma maior importância na parceria da área de CP com a área de CI, pela sua pertinência nestes contextos tal como nos refere Moritz et al. (2008). A colaboração entre estas áreas pode fornecer uma ajuda, em termos de estratégias a serem desenvolvidas nestas circunstâncias, tais como: controlo e gestão de sintomas como dor, ansiedade, desconforto; comunicação com a família dos doentes críticos e colaboração interdisciplinar (Curtis, 2008). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos³⁹ já apresenta um grupo de estudos de CP em Medicina Intensiva,

³⁸ Ações paliativas: correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento devido à situação clínica do doente (APCP, 2016).

³⁹ (<https://spci.pt/grupo-de-estudos-de-cuidados-paliativos-em-medicina-intensiva/> acedido a 15 de dezembro de 2018)

reforçando assim a importância e a necessidade de integração e de formação dos profissionais nestas valências.

Este serviço detém elementos de enfermagem com formação diferenciada em CP, com mestrado e pós-graduações em CP, sendo sido uma mais-valia no contributo para o meu desenvolvimento de competências específicas como a comunicação terapêutica, controlo de sintomas na pessoa em fim de vida e suporte emocional com a família. A utilização da relação terapêutica e a comunicação pelos enfermeiros são privilegiadas nesta área que podem funcionar como medidas confortadoras para a pessoa.

Como objetivo geral pretendi **desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, numa unidade de cuidados paliativos.**

Como objetivos específicos delinee: Desenvolver competências científicas, técnicas relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida e sua família, integrando-me na filosofia da equipa dos cuidados paliativos; desenvolver conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida; desenvolver competências de comunicação mais eficientes na relação com a pessoa em fim de vida e família.

A UCP onde realizei o estágio localiza-se numa instituição hospitalar, classificada de UCP de nível II⁴⁰, com capacidade para 14 utentes, em que estes são referenciados pela Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP⁴¹). A filosofia e missão desta unidade de cuidados paliativos é de promover a qualidade de vida das pessoas, alívio de sintomas dos doentes em fase terminal, manter o conforto e envolver a família, se esta o desejar nos cuidados ao seu ente querido.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de sete a oito enfermeiros, encontrando-se distribuídos cerca de dois enfermeiros no turno da manhã e na tarde e um enfermeiro no turno da noite. Com um rácio de enfermeiro por doentes de 1:8 nas manhãs e nas tardes e 1:14 nas noites. Este rácio está conforme as

⁴⁰ As UCP's estão avaliadas por níveis, conforme a diferenciação de cuidados e características das unidades. Nível II: Prestados por equipas multidisciplinares alargadas de forma direta e/ou de forma efetiva durante 24 horas. Os elementos que compõem a equipa devem ter formação diferenciada e os que desempenham funções de chefia, formação avançada em cuidados paliativos (Direção Geral da Saúde, 2004).

⁴¹ A RNCP é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (<https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/> acedido a 15 dezembro de 2017).

Recomendações para Dotações Seguras pela Ordem dos Enfermeiros (2014). A Enfermeira-Chefe, que também é a Enfermeira Diretora da instituição, tem colaboração de mais três enfermeiros coordenadores nas várias valências de internamento (UCP, unidade de Cuidados continuados de curta duração, média e longa duração, e unidade de internamento privada).

São realizadas reuniões multidisciplinares⁴² semanais, para discussão das situações dos doentes em que se encontram internados. Normalmente encontram-se presentes o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o nutricionista, os fisioterapeutas e a assistente social. O ter participado nestas reuniões permitiu obter uma informação mais completa sobre as situações dos doentes internados. Cada profissional expunha as apreciações que considerava necessárias, ou dúvidas que detinha para cada doente, de modo a que todos os elementos pudessem contribuir para a realização de um plano terapêutico adequado para cada pessoa. De acordo com Vasconcelos (2002), esta partilha de conhecimentos permite uma tomada de decisão mais apropriada e envolve todos os elementos da equipa, havendo um repartir de responsabilidades na resolução de problemas complexos. Comparativamente aos CI, as reuniões multidisciplinares são igualmente realizadas, mas com a intervenção do foro da psicologia, fisioterapia e da medicina paliativa aquém do expectável. Eventualmente são chamados a intervir em situações específicas, e no caso da área paliativa ainda não existe muito essa prática, o que não condiz com o recomendável pelo estudo de Curtis (2008), que refere a contribuição da componente paliativa em UCI, deve ser realizado o mais precoce possível para que exista uma discussão explícita de objetivos e metas de cuidados centrados no doente e família e não só centrados nas medidas de suspensão e/ou abstenção de terapêuticas.

As conferências familiares são uma ferramenta utilizada em cuidados paliativos de forma planeada e sistematizada. A **conferência familiar** corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família, com objetivos específicos (Neto & Barbosa, 2006) como clarificar os objetivos dos cuidados, interpretar novos sintomas e dados clínicos, explorar opções terapêuticas, apoiar na tomada de decisões relativas a dilemas (nutrição, hidratação, internamento, reanimação, etc.), explorar expectativas e esperanças, reforçar a resolução de problemas, detetar necessidades não

⁴² Equipa multidisciplinar: A Equipa multidisciplinar deve ser composta por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, e que trabalham em prol de um único objetivo (Vicente, 2011).

satisfeitas (na pessoa doente e cuidadores), ensinar estratégias de gestão dos sintomas e outras, discutir assuntos de interesse específico dos familiares, explorar dificuldades na comunicação, prestar apoio e aconselhamento, validar e prever reações emocionais, validar o esforço e trabalho da família, convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes e ajudar à resolução dos problemas por etapas, mobilizando os recursos familiares (Neto, 2003). Sempre que possível é realizada uma conferência até às 72 horas pós admissão do doente na unidade. Esta conferência depende da disponibilidade tanto da família como da equipa multidisciplinar. Sempre que necessário são planeadas novas conferências, tanto para resolução de alguma situação do doente ou para apoio da família. A conferência familiar é composta pelo médico responsável, enfermeiro, psicólogo e familiares. Sempre que seja possível o doente também vai a estas reuniões.

No que concerne ao objetivo: **Desenvolver competências científicas, técnicas relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida e sua família, integrando-me na filosofia da equipa dos cuidados paliativos**, foi necessário uma pesquisa inicial dos documentos e registos utilizados na UCP, e concomitantemente a prestação de cuidados adequado a cada situação. São utilizadas várias escalas de avaliação dos doentes que permitem planear uma correta abordagem de cuidados.

A escala de avaliação da qualidade de Vida do Doente (*POS- Palliative Care Outcome Scale*) permite ao próprio doente autoavaliar-se nas dimensões da dor, outros sintomas como ansiedade em relação a si próprio ou em relação aos familiares, a quantidade de informação dada ao próprio e aos familiares, sentimentos de depressão bem-estar ou outro tipo de problemas prático, financeiros ou pessoais. Esta avaliação inicia-se na admissão e com subseqüentes avaliações à posteriori, permite identificar as áreas prioritárias de atuação pela equipa multidisciplinar, conforme a ou as dimensões mais afetadas. Outra escala aplicada aos doentes na sua avaliação é a de *Doloplus*⁴³ (DGS, 2010). Trata-se de uma escala de avaliação de dor quando a pessoa não consegue autoavaliar-se. É uma escala multidimensional que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psicossociais. A pontuação obtida no

⁴³ A Doloplus 2- escala de avaliação comportamental para idosos que apresentam perturbações na comunicação verbal- consiste num formulário de observação com 10 itens divididos em três subgrupos: repercussão somática (queixas somáticas, posições antálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono), repercussão psicomotora (higiene e/ou vestir e movimento) e repercussão psicossocial (comunicação, vida social e alterações do comportamento)(DGS, 2010).

subgrupo repercussões somáticas é a mais sugestiva de presença de dor. É uma escala validada para a população portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Igualmente é utilizada a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), é uma escala onde se faz a avaliação através da combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas normalmente encontrados em doentes oncológicos (varia de 0 a 10 do menor para maior gravidade). Esta escala possibilita que se conheça a frequência e a intensidade dos sintomas apresentados, para que as equipas de saúde tomem as decisões adequadas e elaborem estratégias e cuidados necessários. A utilização das escalas permite elevar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, permitindo também fundamentar a prática da prestação de cuidados (Twycross, 2001).

O conhecimento destas escalas e a sua aplicação permitiu-me desenvolver competências na gestão e avaliação da dor, bem como de outros sintomas associados a doenças crónicas, em fase avançada, como dispneia, náuseas, fadiga, ansiedade, apetite. A gestão dos sintomas no doente em fim de vida é essencial para que a sua qualidade de vida seja o de menor sofrimento possível. Na avaliação dos doentes foi sempre explicado o procedimento, dos seus objetivos de forma a obter o seu consentimento informado, tendo sempre consciência da sua vulnerabilidade e respeitando os seus direitos conforme enuncia o Art.º 105 do CDE (Lei 156/2015 de 16 de Setembro, 2015).

Os doentes admitidos nesta UCP são encaminhados pela RNCP, estes e a sua família aceitam de livre vontade ir para o regime internamento da instituição. Esta admissão normalmente é planeada pela equipa multidisciplinar, em que recebe um *email* da RNCP a informar que o doente irá ser admitido em determinado dia. A equipa tem acesso às informações transmitidas pela carta de referenciação desta rede, de forma a planear o acolhimento. Colaborei na admissão de dois doentes na UCP, um dos doentes veio pelos seus próprios meios, ou seja, ainda se encontrava numa fase em que era independente nas suas atividades de vida diárias, mas com um prognóstico de progressão da sua doença incurável já avançado, no qual já detinha sintomas de desconforto, de dor e fadiga acentuados. Foi realizado o acolhimento, a acomodação no seu quarto, apresentação da equipa e algumas indicações sobre o funcionamento da instituição. Esta admissão foi de certa forma importante, pois possibilitou-me recolher dados sobre a história pessoal do doente, história clínica,

desenvolvimento e progressão da doença, mas principalmente permitiu-me ter a consciência da percepção do que aquela pessoa detinha do seu estado de saúde, da perspetiva de vida, dos seus objetivos ao entrar naquela instituição, que manifestou ser a de beneficiar de melhor qualidade de vida nos dias que ainda tinha, ou seja, detinha esperanças realistas. O “à vontade” do doente falar sobre a sua própria terminalidade, ou seja, o seu estado de aceitação, foi deveras importante para a desmitificação do conceito de morrer mas, ainda mais, para a minha própria reflexão e análise neste tema, contribuindo para o desenvolvimento de competências no “Domínio desenvolvimento das aprendizagens profissionais na dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.9). Esta dimensão permite a autoconsciência do enfermeiro nas suas conceções, limites e estratégias a adotar para cuidar do outro. O cuidar não se pode restringir à execução de atividades técnicas, mas envolve o doente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas.

Uma das grandes dificuldades sentidas em UCI é a comunicação com o doente internado, devido ao fato de muitas vezes se encontrarem sedados impossibilitados de comunicar verbalmente, devido à presença de dispositivos médicos (TOT, traqueostomia). Algumas vezes utilizo algumas estratégias de comunicação não-verbal, como quadro de imagens, utilizando questões simples para respostas de sim ou não e quando conseguem, a utilização da escrita. Obter conversas mais profundas de forma a expressarem medos, receios e angústias, por vezes é muito difícil. Simultaneamente a disponibilidade de tempo, para se despender nestes cuidados é colocado em segundo plano mais facilmente, em prol de outros cuidados mais tecnicistas (Silva, Campos, & Pereira, 2011) onde a componente curativa se encontra mais priorizado. Uma das aprendizagens que adquiri nesta unidade é que o tempo é fundamental, a disponibilidade para a Escuta⁴⁴, para uma comunicação eficiente é primordial. Neste processo de cuidar é necessário disponibilidade de tempo de forma a ser ao ritmo do doente e não ao ritmo do profissional.

Outra admissão em que colaborei foi um doente vindo de outra instituição de saúde, totalmente dependente nas suas atividades de vida diária, acompanhada da filha e da tia. A filha era a cuidadora do pai e apresentava-se muito ansiosa em relação

⁴⁴ Escuta Terapêutica: A escuta terapêutica pode ser definida como um método de responder aos outros de forma a incentivar uma melhor comunicação e compreensão mais clara das preocupações pessoais (Mesquita & Carvalho, 2014)

à situação deste, dando a entender uma perspectiva irrealista do prognóstico. Este senhor já se encontrava numa fase muito avançada da doença, perspectivando-se o fim de vida em poucos dias ou mesmo horas. Esta situação levou a convocar-se uma conferência familiar de urgência, pouco tempo após a admissão. Esta conferência tinha o objetivo principal, de perceber o conhecimento da situação do doente pela filha e tia, quais as suas perspetivas para aquele internamento e de seguida transmitir-lhes o que se podia oferecer em termos de cuidados. Esta conferência familiar foi simultaneamente uma transmissão de más notícias, em que se utilizou o protocolo de *Spikes*, anteriormente referido. Compreendeu-se a angústia da filha, com uma negação inicial em relação ao estado avançado da doença, mas no decorrer da conferência, esta foi diminuindo as “defesas” em relação aos profissionais e foi manifestando as suas emoções. Verificou-se a compreensão da situação efetiva do pai, nomeadamente a condição irreversível e progressiva da doença. Permitiu-lhe assim usufruir dos últimos momentos de vida com o seu pai, estando presente, acarinhando e realizando outro tipo de medidas reconfortantes para a pessoa. Este caso levou-me a realizar um **Jornal de Aprendizagem**, de forma a refletir com mais profundidade nos sentimentos e emoções que surgiram, perceber algumas atitudes dos familiares e, com a ajuda da OC, a utilização de estratégias de forma a mediar conflitos com a equipa de saúde.

Este tipo de situações, ocorrem com alguma frequência em CI (na minha experiência), em que a família direciona as suas angústias, receios e manifestações de raiva contra a equipa de saúde, sendo necessárias competências na gestão de conflitos, na gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente e na atuação eficaz sob pressão, tal como é preconizado nas áreas de competências do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O desenvolvimento de competências nesta área é essencial para o EE, tanto na área das competências comuns, como também específicas na área da PSC, como a assistência da pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica e na demonstração de conhecimentos sobre gestão de ansiedade e de medos vividos (Regulamento N°124/2011, 2011). No decorrer da minha vida profissional já contatei com familiares e doentes semelhantes ao deste caso e analisei que se tivesse as ferramentas que desenvolvi ao longo deste percurso, a comunicação teria sido muito mais eficiente e eficaz, conseguindo cuidados de enfermagem de maior qualidade.

Neste ponto posso considerar que pude desenvolver e atingir o objetivo a que me propus para este estágio no **desenvolvimento de competências de comunicação mais eficientes na relação com a pessoa em fim de vida e família.**

Em relação ao objetivo **Desenvolver conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida**, contactei uma multiplicidade de situações em que me permitiu cuidar de vários doentes em fases diferentes da evolução da sua doença física como também das várias fases do processo de morrer⁴⁵ defendidas por Kübler-Ross (1996).

Os cuidados de higiene e conforto eram realizados conforme a vontade de cada pessoa onde se negociava a hora e onde era realizado o banho (no leito, no duche ou maca-duche). Os cuidados de hidratação da pele e mucosas são efetuados com especial atenção, pelo conforto que proporcionam a estas. O posicionamento no leito, as escolhas das peças de vestuário eram realizadas pelas próprias pessoas, promovendo a sua autonomia. O levante para a cadeira de rodas ou mesmo o planeamento de pequenos passeios fora da UCP, como idas ao café da instituição ou ao jardim acompanhados pelo enfermeiro, foram cuidados de enfermagem que considero importantes, no qual pude acompanhar. Estas intervenções autónomas de enfermagem permitem uma prática mais humanizada em que coloca a pessoa como centro de cuidados respeitando a sua individualidade e autonomia, garantindo a sua dignidade até ao final do seu ciclo de vida. O conforto a nível da dimensão física, ambiental e social centram-se nos desejos e vontades da própria pessoa, no alívio do desconforto, no qual o enfermeiro tem de ir ao encontro das suas especificidades (Kolcaba, 2003).

Este estágio, igualmente possibilitou-me aprofundar conhecimentos de processos terapêuticos mais complexos, como a gestão da dor na pessoa em fim de vida. Desde a identificação, avaliação e progressão da dor, ajustando junto com o médico as terapêuticas farmacológicas disponíveis. A terapêutica oral é a preferencial desde que o doente tenha condições para tal (Twycross, 2001; Neto, 2008). No evoluir da sua situação clínica, a opção passa por terapêutica analgésica, com terapêutica transdérmica de opióides ou anti-inflamatórios, em simultâneo ou adjuvante. Uma das vias terapêuticas mais utilizadas em paliativos é a via subcutânea, denominada

⁴⁵ Fases do processo de morrer por Kübler-Ross: descreve a identificação dos cinco estágios que um doente pode vivenciar durante sua terminalidade, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kübler-Ross, 1996).

hipodermóclise. A via subcutânea é indicada como via de segunda opção para administração de fármacos de forma contínua ou intermitente. É considerado um método seguro, não produzindo nenhuma complicação grave, de fácil utilização e principalmente pouco doloroso (Pontalti et al., 2012). A minha experiência na administração de terapêutica por esta via era muito diminuta, pelo que pude desenvolver a competência neste tipo de administração. A aquisição desta competência já teve contributos positivos na UCI onde desempenho funções, na medida, em que se optou por utilizar a via subcutânea, no controlo de sintomas num doente internado, em fase terminal para diminuição de secreções brônquicas com a administração de butilescopolamina⁴⁶ por via subcutânea.

Pretende-se com as intervenções terapêuticas (farmacológicas e não-farmacológicas), assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises, que agravem a qualidade de vida do doente e aumentem a ansiedade dos familiares (Neto, 2008). Intervenções não-farmacológicas para diminuição da dor e promoção do conforto, foram executadas em alguns doentes, tais como massagem, aplicação de “*patch*” de água quente ou fria, o próprio toque terapêutico ou a própria presença eram cuidados úteis e redutores do grau de dor. Sugeri à OC a aplicação de uma sessão de *Reiki*⁴⁷, a um doente em que o controlo de dor estava a ser difícil de controlar, com necessidade de administração de vários fármacos em SOS. Aparentemente, a sessão permitiu-lhe relaxar e diminuir o grau de dor e, simultaneamente favoreceu o descanso, no qual este verbalizou diminuição do grau de dor e após sessão tendo acabado por adormecer. Esta competência foi adquirida há alguns anos, com o curso de nível I em *Reiki* (Anexo V), sendo necessário alguma disponibilidade de tempo para a sua correta aplicação (uma sessão demora cerca de 30 a 60 minutos) e na UCI onde trabalho só consigo aplicar de forma esporádica, conforme a carga de trabalho e com número de enfermeiros suficientes, de forma a permitir essa disponibilidade.

⁴⁶ Butilescopolamina: fármaco anticolinérgico favorável no combate ao excesso de secreções (Twycross, 2001).

⁴⁷ *Reiki*: Técnica complementar de saúde de origem oriental. Esta terapia é realizada através de um toque suave ou a uma curta distância do corpo da pessoa, seguindo um rigoroso código de ética, sendo transmitida a “Energia Universal” (*Reiki*) para as zonas mais necessitadas da pessoa. Esta é uma terapia complementar, ou seja, trabalha em conjunto com todas as Medicinas e outras Terapias, nunca invalidando ou substituindo qualquer uma delas (<https://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-que-e-reiki/> acedido a 20 de maio de 2018). Existem alguns estudos como o de Wideman, Zautra, & Edwards (2014), que comprovam alguma eficácia da aplicação do Reiki no controlo da dor, da ansiedade e favorecimento do relaxamento, já utilizado em algumas instituições hospitalares, mas concluem que ainda beneficia da realização de mais investigação na temática.

Este estágio foi marcante, na medida em que me permitiu estar em pleno com o doente, de o acompanhar e desenvolver a relação terapêutica. Ver o doente com “outros olhos”, com sentido de individualidade, com histórias, com expectativas, receios e medos também. Não ter receio do toque do outro e de tocar. Em CI é fácil criar um distanciamento através das várias barreiras físicas dos equipamentos e dos dispositivos de proteção individual, no qual o enfermeiro pode se “esconder” atrás da máscara e das luvas.

As competências de gestão e controlo sintomático, como o da dor, ansiedade, dispneia; a competência de comunicação e suporte relacional e emocional, com a pessoa e família e a colaboração interdisciplinar, foram desenvolvidas neste estágio, permitindo transferir essas estratégias, para a área de cuidados intensivos e serviço de urgência com o enfoque na pessoa em fim da vida nestes contextos.

Considero que foi um ensino clínico verdadeiramente útil e enriquecedor, tanto em situações clínicas, como de valorização humana, em que a visibilidade da componente tecnológica é menos observável nos cuidados de enfermagem, sendo a satisfação das necessidades básicas das pessoas, a promoção do conforto e alívio do sofrimento, as intervenções mais privilegiadas. O EE em PSC pode ir mais além, não basear a sua prática apenas na componente curativa mas investindo na área do conforto nas suas várias dimensões (Kolcaba, 2003), nomeadamente na comunicação, na relação terapêutica e no controlo de sintomas, no qual pode ser muito recompensador em termos humanos, como favorecerá a qualidade dos cuidados de enfermagem e a “dignificação” do processo de morrer.

2.3- Serviço de urgência

O terceiro campo de estágio que me proporcionou desenvolver as competências, foi um SU polivalente, de adultos. Este estágio teve a duração de 6 semanas e decorreu entre 2 de janeiro e 9 de fevereiro de 2018. Para além do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no SU, centrei a minha ação no desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no fim de vida no SU. Como objetivo geral traçado para este campo de estágio, propus desenvolver **competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, com particular enfoque no cuidado à pessoa em fim de vida, num serviço de urgência**. Como objetivos específicos defini: Integrar a equipa, conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço; prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa e família da PSC no SU; desenvolver competências especializadas de enfermagem no fim de vida no SU.

Segundo o despacho Normativo nº 11/2002, “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais, que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 março 2002, p.1865). O conceito de urgência e emergência são definidas pela Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (2012), sendo a urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) ” e emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. O SU proporciona uma estabilização inicial, vigilância e uma deteção precoce do risco de vida das pessoas que a ele recorrem, onde são estabelecidas prioridades no tratamento (Howard & Steinmann, 2011).

O SU desta instituição é classificado como de médico-cirúrgico⁴⁸, localizado na área da região de Lisboa e Vale do Tejo. Com uma média de atendimentos, de cerca

⁴⁸ "Rede de serviços de urgência" a rede que integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica; "Serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) " o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, dentro das áreas de influência/ atração respetivas, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Este serviço deve distar mais do que sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (Direção Geral da Saúde, 2001).

de 400 pessoas por dia no SU, segundo dados transmitidos pelo Enfermeiro Chefe. Tem as especialidades de Medicina, Cirurgia e Ortopedia. Também existem as especialidades de Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, estas últimas em tempo parcial compreendido entre as 8h00 e as 20h00, nos dias úteis. Atendem situações de Monotrauma⁴⁹. Outras situações mais complexas, como as de politrauma de maior gravidade, são encaminhadas para a Urgência de um Hospital polivalente com Centro de trauma, no centro de Lisboa, e com capacidade de resposta a estas situações. Tal decorre da necessidade de intervenção de especialidades como neurocirurgia, cirurgia maxilofacial entre outras, onde tenham equipas dedicadas e especializadas no tratamento do doente Politraumatizado, em que o conceito de “golden hour”⁵⁰ pode favorecer a redução do impacto da situação de doença, por trauma na vítima.

O SU dispõe de uma VMER, integrada na Emergência Médica Pré-hospitalar, possibilitando o início da abordagem dos doentes antes da sua chegada ao Hospital, conforme recomendado pelo Despacho n.º 10319/2014, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014).

O SU deste hospital, adotou o sistema de Triagem de Manchester⁵¹, que classifica por cores a gravidade da situação clínica das pessoas que recorrem a este serviço. Desta forma é possível estabelecer, logo à entrada, as situações mais graves e dar-lhe prioridade no atendimento, conforme os algoritmos de atuação predefinidos (DGS, 2015). Na triagem, realizada por um enfermeiro, são colocadas pulseiras nas pessoas, com a respetiva cor de prioridade e são encaminhadas para as salas de espera respetivas, para observação médica. Existe setorização de salas de espera, conforme o nível de prioridade de urgência (prioridade de cor azul e verde-menos

⁴⁹ Diferença monotrauma e grande trauma envolve uma classificação de ISS (injury severity score- índice de gravidade de lesão; se ISS > 16 e que envolve mais de duas regiões envolvidas classifica-se como politrauma, se apenas uma região e ISS entre 4 e 11 é considerado um monotrauma)(Briet et al., 2017).

⁵⁰ “Golden hour”: conceito da “hora de ouro” enfatiza a urgência necessária para que o tratamento do traumatizado seja bem-sucedido. A hora de ouro do atendimento pós-trauma é caracterizada pela necessidade de avaliação e reanimação rápidas, que são os princípios fundamentais do Suporte Avançado de Vida no Trauma(Colégio Americano de Cirurgiões & Comitê de Trauma, 2012).

⁵¹ Triagem de Manchester é um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (<http://www.grupoportuguestriagem.pt> acedido a 5 de fevereiro de 2018).

urgentes, prioridade de cor amarela -urgente, a sala para prioridade de cor laranja tem uma vigilância mais estreita pelos enfermeiros, e aqui também ficam os doentes em maca a aguardar observação médica). Doentes com maior gravidade (prioridade de cor vermelha) podem entrar diretamente para a sala de reanimação que tem capacidade para dois doentes (podendo ir até três com disposição de monitor cardíaco e ventilador de transporte). A oportunidade de presenciar a triagem com recurso a este sistema, foi fundamental para compreender e desenvolver as competências da PSC na identificação de focos de instabilidade e encaminhamento dos doentes, adequando as respostas necessárias (Regulamento N°124/2011, 2011).

A PSC, que necessita de cuidados diferenciados, pode ficar internado na Sala de Observações (SO) até estabilização ou até serem transferida para a UCI ou outro serviço de internamento. Tem capacidade para 10 doentes. Encontram-se divididas por salas denominadas de *boxes*. Cada *box* é composta por uma cama, um monitor cardíaco, com seringas e bombas de controlo de medicação, com rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo. Cada *box* é individualizada fisicamente por paredes e cortina na parte frontal de forma a manter a privacidade do doente e simultaneamente cumprir as orientações de controlo de infeção com distâncias seguras entre doentes. Duas dessas *boxes* são utilizadas para unidades de isolamento de via aérea, dotadas de sistema de ventilação com pressões negativas⁵². Tem capacidade para ter doentes com ventilação mecânica, com cerca de seis ventiladores. Conforme a avaliação efetuada de cada situação dos doentes e verificando-se a necessidade de uma vigilância e monitorização mais intensiva são então colocados dispositivos médicos mais invasivos como CVC e linha arterial, de forma a permitir uma vigilância mais rigorosa e um controlo mais eficiente de administração de terapêutica e de fluidoterapia, até serem transferidos para a UCI da instituição. Considero que este SU detém equipamentos e estruturas físicas privilegiadas para cuidados de qualidade, cumprindo os requisitos de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, conforme refere o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014).

⁵² A sala de pressão negativa é uma técnica de isolamento usada em hospitais e centros médicos para prevenir contaminações de um quarto a outro. Ela conta com um sistema de ventilação de alta tecnologia que gera pressão negativa para permitir que o ar flua para dentro da sala de isolamento, mas não escape do quarto, como o ar vai naturalmente fluir de áreas com pressão mais alta para áreas de pressão mais baixas prevenindo assim que o ar escape da sala. Esta técnica é usada para isolar pacientes com doenças contagiosas por vias aéreas como tuberculose, varicela ou rubéola (<https://blogbeneficiariportuguesascs.wordpress.com/2015/06/17/quarto-com-pressao-negativa/> acedido a 18 de março de 2018).

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 90 enfermeiros. O Enfermeiro chefe responsável de serviço possui horário fixo e os restantes elementos com horários por turnos rotativos. A modalidade mais frequente são os turnos de 12 horas, mas com a flexibilidade de se ajustar necessidades de serviço com horários de turnos de 8 horas. Em cada turno existe um Chefe de Equipa de Enfermagem que coordena e colabora com os restantes elementos de enfermagem. Cada turno pode variar entre 10-12 enfermeiros que são divididos nas várias valências do SU: um a dois na sala de triagem, dois na Sala de Observação, um enfermeiro na Sala de Emergência, dois no “posto de observação rápida”, dois enfermeiros no “posto de estadia curta” e um enfermeiro na sala de pequena cirurgia e ortopedia.

Vários elementos de enfermagem detêm o título de EE na área médico-cirúrgico, reabilitação e em PSC, o que é favorável para a diferenciação de cuidados na área de urgência e emergência. Contudo se considerarmos que se preconiza que 50% da equipa de enfermagem em SU deve deter formação especializada na PSC (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014), está ainda longe do desejável, tal como acontece em vários SU do país. Constatei que a maior parte da equipa de enfermagem tem uma experiência profissional de poucos anos (até quatro anos em média), sendo indispensável que o Enfermeiro chefe de equipa tenha um papel proactivo na dinamização da equipa e funcionando como elemento de consultoria. Também destaco a existência do Enfermeiro de Balcão, que em parceria com o Enfermeiro Chefe de Equipa, desempenham um papel importante na gestão do serviço nos turnos, como na gestão das transferências dos doentes a serem internados, tanto no SU, como na transferência para os serviços de internamento, sendo um elo de ligação entre equipa médica e enfermeiros, com o objetivo de gestão de camas necessárias para o internamento. Também faz parte das funções deste enfermeiro Gestor de Balcão a comunicação com a família dos doentes que ficam internados no SU, na resposta a dúvidas sobre a situação de saúde e localização do seu familiar. Acompanhar o Enfermeiro Chefe de Equipa e de Gestão de Balcão permitiu-me desenvolver competências na área da gestão e liderança de equipas, e facilitou a integração e o conhecimento da dinâmica e organização das várias valências existentes num SU, cumprindo o primeiro objetivo a que me propus para este estágio.

A nível de sistemas de informação, neste SU existe o registo informático com a utilização de um sistema digital denominado Soarian® Clinicals⁵³. Todos os registos são informatizados, tanto os registos de enfermagem, como pedidos de exames complementares de diagnóstico, de prescrição de medicação e efetivação de administração. São realizadas auditorias frequentes aos registos no âmbito da acreditação pela *Join Comissition Internationa*⁵⁴. É através do acesso aos processos clínicos que os profissionais têm um maior aprofundamento das informações dos doentes, de modo permitir planejar e efetivar os cuidados. Como tal, a competência de aceder aos documentos nas plataformas digitais é indispensável. Os registos e a consulta do processo das pessoas que recorrem ao SU em formato digital, facilitam a consulta das informações por todos os profissionais de saúde autorizados, sendo simultaneamente necessário uma gestão dos recursos tecnológicos, existência de computadores em número suficiente para o número de elementos da equipa e facilidade em utilizar estes sistemas, sendo essencial alguma formação na ótica de utilizador. Foi necessário algum tempo e dedicação para me integrar neste sistema de registos, e assim conseguir obter informações que permitissem uma adequada apreciação clínica e um eficaz planeamento de cuidados individualizados. O suporte da OC e restante equipa foi fundamental para esta integração.

No âmbito do objetivo: **Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, foi-me facultada a consolidação de conhecimentos e habilidades relacionadas com o cuidar das pessoas, em situações de urgência e emergência. Conforme a complexidade da situação de saúde-doença da PSC, estas pessoas são encaminhadas para os balcões amarelo/laranja, SO e sala de emergência. Aqui são observadas PSC que necessitam de avaliação e intervenção imediata, onde o grau de instabilidade é grande, sendo necessário prever e antecipar situações de risco. A estratégia desta organização é a de possibilitar uma maior vigilância por parte dos

⁵³ Soarian® Clinicals é uma plataforma de comunicação, que se baseia em normas internacionais, entre e os diferentes prestadores de cuidados de saúde. Esta plataforma tem como parte central o registo eletrónico de utentes, oferecendo um suporte fundamental para os processos que envolvem profissionais de saúde de diferentes áreas (<http://aprendis.gim.med.up.pt/index.php/Soarian>, acessado a 20 de fevereiro de 2019).

⁵⁴ A Joint Commission International (JCI) é uma organização independente que visa melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, oferecendo educação, publicações, serviços de assessoria e acreditação e certificação internacionais (existe em mais de 100 países, parceira em hospitais, clínicas e centros médicos, entre outros tipos de serviços de saúde para promover padrões rigorosos de cuidados e fornecer soluções para alcançar o melhor desempenho (<https://www.jointcommissioninternational.org/> acessado a 20 de novembro de 2018).

enfermeiros, das pessoas que têm a seu cargo, e possibilitar prestar cuidados de forma atempada. A afluência elevada das pessoas ao SU que necessitem destes cuidados, poderá levar a uma sobrecarga de trabalho dos enfermeiros podendo colocar em risco a segurança das pessoas. Esta situação deve-se aos recursos humanos existentes, nomeadamente de enfermeiros necessários para o funcionamento de um SU, que usualmente se encontram em número reduzido. Segundo as recomendações para dotações seguras em SU, “a fórmula a utilizar é por “posto de trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada SU” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.30250).

Uma das primeiras experiências que detive no SU ocorreu no “posto de observação rápida”, destinado aos doentes de prioridade urgente (amarelo) e muito urgente (laranja). Neste posto o enfermeiro tem na sua responsabilidade cuidar de vários doentes em simultâneo, com este nível de prioridade. Detetou-se uma grande afluência de pessoas ao SU quando realizei o estágio, o que esteve relacionado com um surto gripe. O enfermeiro tem de dar uma rápida resposta de cuidados aos doentes, como a avaliação de sinais vitais e seus registos, administração de terapêutica prescrita, colheita de espécimes para análises e seu encaminhamento para o laboratório, que se faz através de um sistema de transporte pneumático⁵⁵. Este mecanismo permite uma redução do tempo despendido em deslocações pelos Assistentes Operacionais aos respetivos serviços, libertando-os para outras atividades mais prioritárias. Existe também uma menor manipulação dos produtos colhidos, com respetiva redução dos riscos inerentes a este manuseio. Considerei ter tido um grande desafio neste “posto”, devido a estar num ambiente nada familiar, necessitando de desenvolver uma maior capacidade de observação e de sistematização de prioridades, com necessidade de resposta em tempo útil a um elevado número de pessoas. Proporcionou-me desenvolver a competência de gestão de prioridades, de rapidez de ação e de comunicação, que contribuiu para o espectável no âmbito do Mestrado na área da PSC.

A “sala de observação” e na “sala de emergência” são dedicadas a receber doentes com as prioridades de muito urgente (laranja) e emergente (vermelho).

⁵⁵ Sistema de transporte pneumático com cápsulas: O transporte Pneumático é a interligação de vários setores através de tubos ligados a Terminais (estações), onde são inseridas cápsulas em tubos que através da pressão pneumática (positiva ou negativa) efetua o movimento de objetos a serem transportados (<https://blogdatecmer.blogspot.com/2013/11/transporte-pneumatico.html> acedido a 23 de janeiro de 2019)

Destaco a mobilização de conhecimentos adquiridos, nomeadamente, no âmbito das Unidades Curriculares de SAV e SAV-Trauma, através da consulta dos respetivos manuais, assim como da pesquisa científica, de modo a prestar cuidados de enfermagem devidamente alicerçados e em segurança. A vigilância às pessoas internadas e os cuidados planeados e realizados eram semelhantes ao efetuados numa UCI de nível I, ou seja, de intermédios, pelo que a minha experiência em UCI, tal como o anterior estágio de CI, facilitou-me a adaptação a este contexto. Sendo assim, o meu desempenho foi sendo aperfeiçoado ao longo do tempo, com consequente aumento de autonomia na abordagem à PSC. A preocupação em manter a qualidade dos cuidados, como a prevenção das infeções associados aos cuidados de saúde, foi transmitida à OC e restante equipa. Como por exemplo os cuidados de enfermagem associados ao procedimento de algaliação e sua manutenção, em que é recomendável cumprir a técnica assética, no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem e realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde, conforme estabelecido na norma de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical emanada pela DGS (2017), com norma nº 019/2015 atualizada em 2017. Contribuí assim para o desenvolvimento de competências na área da prevenção de infeções **“Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica”** conforme descrito no Regulamento Nº124/2011 (2011).

Na **gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos** evidencio o desenvolvimento de competências na concretização das Vias Verdes⁵⁶- Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e PCR, por serem protocolos com os quais não é usual me deparar no meu contexto de trabalho. É essencial que as Vias Verdes se iniciem o mais rapidamente possível, desde o início dos sintomas no local do evento ou da apresentação dos sintomas, ou seja, os sistemas hospitalar e extra hospitalar devem garantir a continuidade e a integração de cuidados (Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012). O desenvolvimento dos conhecimentos, de forma mais profunda, acerca das Vias Verdes, permitiram-me prover um pensamento mais concreto no agir, das situações clínicas e otimizar a prestação de cuidados à PSC, tal como refere Benner

⁵⁶ Define-se “Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”

(2001) como competência necessária em situação de urgência. Saliento o acompanhamento de uma pessoa, que deu entrada na “sala de emergência” com alterações neurológicas⁵⁷, com suspeita de AVC, em que foi ativado a Via Verde de AVC. Rapidamente foram acionadas as medidas de avaliação necessárias, além da recolha de dados anamnésicos, avaliação física e neurológica, tendo sido concretizado a realização de uma Tomografia Computorizada craniana e análises clínicas. Comprovou-se o diagnóstico e rapidamente iniciou a terapêutica indicada, que neste caso foi fibrinolítica, em detrimento da endovascular, por não apresentar critérios para tal. O tempo despendido foi o mínimo necessário para a avaliação correta da pessoa, com o início de tratamento precoce, visando um melhor prognóstico.

Em resposta ao objetivo: **Desenvolver competências especializadas de enfermagem no fim de vida no Serviço de Urgência**, este estágio permitiu-me presenciar e colaborar nos cuidados a alguns doentes em estadios terminais das suas doenças, admitidos no SU, bem como outras situações em que a morte foi inesperada⁵⁸. O “posto de estadia curta” é destinado a doentes em que é avaliada a necessidade de internamento, que pode ser de curta duração, até haver vaga noutra serviço de internamento, ou a pessoa necessitar de vigilância e cuidados imediatos, mas sem ser de emergência. Nesta valência constatei a elevada ocorrência de doentes que são admitidos e que são transferidos para outros serviços. Também foi aqui que detetei alguns doentes em fim de vida, em fases avançadas do processo de morrer, nomeadamente em fase agónica⁵⁹. Constatei alguma dificuldade da equipa de enfermagem em priorizar o cuidado à pessoa em fim de vida, motivado pelas características da atividade de um SU em que predominam os cuidados curativos. Segundo Serrano & Capelas (2017), é necessário existir a valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente curativa, dada a complexidade das situações de saúde/doença, o aumento da longevidade da população e o consequente

⁵⁷ Sinais neurológicos suspeitos de AVC: dificuldade em falar- disartria; desvio da comissura labial; falta de força num membro- hemiparesia ou hemiplegia (DGS, 2017).

⁵⁸ Morte Inesperada: A morte inesperada ou repentina pode provocar reações mais intensas e dolorosas, do que as verificadas com a morte natural.

⁵⁹ Fase agónica: O período de agonia compreende as últimas horas ou dias de vida, em que, no contexto de uma doença irreversível e avançada, os doentes experienciam mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes. Os sinais e sintomas que se agravam e/ou surgem nesta tipologia de doentes são múltiplos desde a deterioração do nível de consciência, deterioração do estado físico, diminuição da ingestão de alimentos e fluidos, com aumento das secreções orofaríngeas, alterações da eliminação, edema periférico, alteração da temperatura corporal, sinais de má perfusão periférica, alterações respiratórias bem como evidência, verbalizada ou não, da realidade da aproximação da morte (Braga, Rodrigues, Alves, & Neto, 2017).

crescimento das doenças incuráveis, progressivas e de caráter avançado. Neste sentido, desempenhei um papel dinamizador na consciencialização da importância dos cuidados no fim de vida e na adoção de estratégias e ações de natureza paliativa. As competências associadas a estas estratégias foram desenvolvidas no anterior estágio de CP. Destaco a gestão de sintomas, a comunicação eficaz com a pessoa e família bem como a relação terapêutica com a pessoa e família. A receção das informações por parte da equipa foi bem acolhida, tais como o controlo dos sintomas como a dor, dispneia, hidratação oral, a comunicação com a pessoa e família, o seu acompanhamento e suporte emocional. A equipa expressou a pertinência do tema e relataram as dificuldades sentidas, como a falta de disponibilidade de tempo, o fluxo elevado de doentes e a carência de profissionais. Estas informações foram transmitidas aos enfermeiros de uma forma não formal, privilegiando aqueles que no momento eram responsáveis pelos cuidados a pessoas que se encontravam em fim de vida, juntando outros que se encontravam mais disponíveis. A gestão de tempo e de oportunidades formativas foram tidas em conta, como acontece num ambiente mais complexo, como o de SU.

Concomitantemente, na SO e de emergência surgiram situações de pessoas que se verificaram encontrar em fim de vida permitindo-me desenvolver as competências relacionadas com a PSC e a área do cuidar no fim de vida. Pretendo evidenciar uma situação de uma pessoa em situação de doença incurável, em fase avançada e progressiva, que foi admitida na sala de emergência, trazida pela VMER, por falência respiratória e renal. Foram realizados cuidados na tentativa de reverter a situação, mas com fraca ou nenhuma resposta. Após reunião entre os vários elementos da equipa, que se encontravam presentes, médicos e enfermeiros, avaliou-se as condições físicas da doente prévia a esta situação de urgência juntamente com o prognóstico atual, que seria reservado a curto prazo, tendo-se questionado a opinião de cada um dos profissionais envolvidos. Das considerações feitas foi tomada uma decisão refletida e em consenso, que se consubstanciou em não iniciar outro tipo de medidas mais invasivas, com intuito curativo. Considerou-se que estas seriam fúteis nesta doente, o que foi ao encontro da literatura, em que Silva (2013) refere que o importante é saber se o tratamento é benéfico para o doente, depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes que esse tratamento pode acarretar, privilegiando a dignificação do processo de morrer. Esta decisão foi transmitida e aceite pela família,

e foi possibilitado o acompanhamento do familiar, durante o restante período de tempo que restava do seu ente querido. Nesta situação os cuidados de conforto promovidos foram a comunicação de más notícias, conjuntamente com o suporte emocional à filha. Disponibilizou-se o acompanhamento da família no SU, fornecendo informações e esclarecendo dúvidas, assegurando que a doente não iria ter dores, com redução do sofrimento com controlo através de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas. Coelho & Yankaskas (2017) sublinham que os familiares apreciam saber que seus entes queridos receberam as opções terapêuticas melhor indicadas. O estar presente e a utilização do toque terapêutico no doente e família, pareceu-me bastante tranquilizador para estes, o que está de acordo com o trabalho efetuado por HinKle, Bosset, & Torket (2015), numa revisão sistemática da literatura, com o intuito de avaliar os estudos sobre fatores intrínsecos com a satisfação dos familiares, relacionado com os cuidados no fim de vida numa UCI e concluíram que a satisfação encontrada estava relacionada com a presença dos profissionais junto do doente em fim de vida, o não abandono, a presença dos familiares no momento da morte do familiar, comunicação eficaz e expressões de empatia. A promoção destas ações paliativas foi alvo de reflexão e análise, juntamente com a equipa presente, que reconheceram a importância destas competências dos enfermeiros num SU. Ao ter realizado o estágio de CP, permitiu-me desempenhar as intervenções de conforto de uma forma mais segura, com ferramentas de comunicação mais adequadas, em que o uso do toque terapêutico foi fundamental, para a satisfação daquela pessoa e família. Não existiu uma conferência familiar de uma forma formal, mas foram promovidos o diálogo e uma transmissão das finalidades dos cuidados, conseguindo-se uma parceria de cuidados com a família. Promoveu-se o alívio do sofrimento da pessoa em fim de vida, com o controlo da dor e dispneia, com o acompanhamento desta e da sua família, de forma tranquilizadora, tanto para a equipa como para a família dignificando-se o processo de morrer.

Com a realização da **sessão de formação** “Cuidar no fim de Vida no SU” (Apêndice III), proporcionei um momento de reflexão sobre a importância dos cuidados de conforto no fim de vida, no SU, sua avaliação, e estratégias de controlo de sintomas, comunicação e suporte à família, tendo sido relevante para o desenvolvimento de competências na formação de pares (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro). Foi um momento de partilha, que procurou dotar os enfermeiros de

fontes de informação que facilitem a sua tomada de decisão e adequação dos cuidados a ter com a pessoa em fim de vida, num SU. A entrega de um folheto como material de apoio, com os principais itens a reter da formação, prendeu-se com o objetivo de facilitar a consulta pela equipa de enfermagem à posteriori, como estratégia pedagógica. Na formação de adultos tem de se ter em conta que o tempo disponível é um fator crítico, sendo necessário a captação de atenção e facilidade na transmissão de informação (Baptista, 2007). No final da sessão foi realizado a avaliação da sessão formativa, com o preenchimento de um questionário, por todos os enfermeiros que estiveram presentes, com o intuito de avaliar o interesse e adequação do tema abordado, de forma a monitorizar a qualidade da formação e no futuro melhorar o meu desempenho. Todos os enfermeiros responderam ser um tema pertinente e adequado num SU.

Durante a realização do estágio neste SU, propus realizar um dia com a Equipa Intra-hospitalar de cuidados Paliativos (EICP), com o intuito de conhecer a dinâmica de organização, funcionamento e referenciação dos doentes para esta equipa. Pretendi igualmente saber de que modo a articulação entre o SU e a EICP era realizada. A equipa é constituída por médica que é responsável pela coordenação, enfermeira, psicóloga, assistente social, farmacêuticos e secretária. Simultaneamente, esta equipa é responsável pela gestão de altas da instituição e pode ser contactada por qualquer serviço de internamento e pelo SU. O encaminhamento das pessoas em fim de vida, com necessidades paliativas, no SU, para os CP era efetuado em menor escala, por falta de referenciação, com a exceção das pessoas já previamente seguidas na consulta de medicina paliativa, existente na instituição, que dão entrada no SU com descontrolo dos sintomas. Neste caso, a equipa é contactada por telefone ou endereço eletrónico pelo enfermeiro ou médico. Esta, realiza uma avaliação da situação da pessoa, reencaminhamento adequado, com recomendações de cuidados ou terapêutica. A inclusão de estágio na EICP permitiu-me conhecer a dinâmica, referenciação dos doentes e a transmissão da informação aos elementos de enfermagem do SU. Na minha perspetiva, o papel do EEPSC no SU, pode ser evidenciada na identificação dos doentes com necessidades paliativas, na sua sinalização e como elemento dinamizador da equipa multidisciplinar na promoção de cuidados adequados de conforto em termos sintomáticos, ambientais, sociais e psicoespirituais.

A nível da competência **“Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”**(Regulamento N°124/2011, 2011), foi possível consultar o plano de emergência e evacuação do serviço, onde constatei os vários procedimentos necessários. Existe um número telefónico de emergência em caso de incêndios, onde é efetuado a comunicação da situação e a partir daí são iniciadas as diligências necessárias. Foi-me facultado a visualização, em formato de filme e fotos, de um simulacro efetuado na instituição, em outra ocasião anterior ao período de estágio. O conhecimento do plano de emergência por todos os elementos da equipa é essencial para que todos estejam capacitados para uma atuação eficaz e respondam com a maior eficiência às situações de emergência encontradas.

A frequência no 5º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem médico-cirúrgico, realizado em Évora (Anexo VI), foi um contributo para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no fim de vida em CI (Regulamento no 124/2011, de 18 de fevereiro). Foi possível assistir a uma partilha de experiências e de discussão de temas (como transmissão de más notícias na prática especializada, no contexto de SU), por peritos na área, estimulando a reflexão e contribuindo para a desenvolvimento de uma práxis clínica com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento no 122/2011, de 18 fevereiro).

O ingresso neste estágio de SU foi um estímulo positivo no ultrapassar de obstáculos. Tratava-se de uma área em que não detinha experiência e que permitiu desenvolver as competências na área da especialidade da PSC. A estratégia adotada, em conjunto com a OC, de conhecer a dinâmica do funcionamento do SU e da equipa e de permitir ficar em “postos” que fossem mais familiares (SO e de Emergência), foi bastante facilitador na integração e na concretização dos objetivos propostos. Cuidar da pessoa em fim de Vida num SU revelou-se um desafio permanente, em que as prioridades dos cuidados se voltavam para medidas curativas e menos para ações paliativas e de conforto. Espero ter contribuído para a perceção da importância do papel do enfermeiro nesta área, com os vários momentos formativos oferecidos à equipa e com as estratégias de cuidados demarcadas, acautelando os direitos das pessoas em fim de vida. O desenvolvimento de competências adquiridas em CP e UCI foram fundamentais, para que este estágio se desenvolvesse com maior segurança em termos emocionais e de conhecimentos.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar no fim de vida é uma área complexa, que toma uma dimensão diferente num contexto de CI ou de SU dado as especificidades de cada serviço. Nestes serviços subsiste a missão de promover cuidados, atender e tratar das situações urgentes.

A compreensão do conceito do conforto, segundo a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), dos seus domínios e da sua representação para a pessoa em fim de vida e sua família, foram essenciais para a identificação das áreas fundamentais a intervir e possíveis de alcançar na área da enfermagem na PSC e em fim de vida. O entendimento do desenvolvimento de um conjunto de intervenções de enfermagem especializadas, adequadas às singularidades de cada pessoa, tendo por sustentáculo a promoção do conforto e no aumento da qualidade de vida

A abordagem ao doente em fim de vida, em CI, requer sistematização, conhecimento técnico-científico, reflexão crítica e tomada de decisão com rapidez e eficácia podendo basear-se num algoritmo de atuação, num protocolo de decisão (Coelho et al., 2014). Abarcar a área dos CP para a área da PSC, poderá ser um contributo para o aumento da qualidade dos cuidados à pessoa em fim de vida e das próprias competências dos enfermeiros em lidar com estas situações mais complexas. O estágio na UCI permitiu aprofundar conhecimentos na área da PSC, com a vivência de uma grande diversidade de tecnologias terapêuticas, com um elevado número de doentes internados e com diferentes patologias e etiologias. As competências comuns e específicas do EE mais desenvolvidas foram na área de gestão e liderança de equipas, controlo de infeção e gestão de terapêuticas complexas. Em termos de análise e reflexão crítica das situações foram cruciais nesse crescimento para tomadas de decisão em consciência e adequadas a cada situação experienciada. Na área do cuidar da pessoa em fim de vida na UCI espero ter contribuído para a sensibilização da equipa de enfermagem para o tema, bem como na adoção de ações paliativas que se podem adequar em CI, enquanto intervenções autónomas de enfermagem, com o intuito da promoção de conforto do doente e sua família sublinhando a importância da comunicação terapêutica com a pessoa e família.

Em relação ao estágio de CP, este possibilitou-me obter uma perspetiva diferente do cuidar da pessoa com doença avançada e irreversível, em que o cuidado

de enfermagem é centrado no doente tendo em conta os seus desejos, expectativas e vontades. O controlo da sintomatologia é primordial para a qualidade de vida do doente em fim de vida, estando a componente comunicacional com a pessoa e família bastante evidenciada e valorizada, sendo parte integrante dos cuidados de enfermagem, com base na promoção do conforto como cuidado holístico. Desenvolvi algumas estratégias comunicacionais como a transmissão de más notícias, da Escuta e do Toque terapêutico. A conferência familiar mostrou ser uma estratégia facilitadora nos cuidados à pessoa e família, incluindo-a no plano terapêutico do doente em fim de vida. Esta possibilita ganhos em saúde, em termos de qualidade de cuidados de enfermagem, com conseqüente aumento da satisfação e promoção da segurança e confiança com a equipa de saúde. Este estágio incutiu-me uma visão mais holística da pessoa e família, com um contacto mais próximo sem as barreiras usuais de uma UCI, em que o Conforto do doente é uma das metas a atingir.

De todos os estágios, o ingresso no SU foi aquele que mais me desafiou. A complexidade das situações de emergência permitiu-me colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas aulas do mestrado CMEEPSC, designadamente o SAV e o SAV-Trauma. A rapidez de resposta nas situações de emergência foi desenvolvido ao longo do tempo e, concomitantemente, o aprofundamento de outros conhecimentos fundamentais para o cuidar da PSC. O objetivo de Cuidar no fim de vida em SU traduziu-se como um desafio constante, em que se adotaram estratégias na dinamização e na valorização de cuidados de enfermagem, com ações paliativas passíveis de se concretizar num SU num doente em fase terminal.

Em termos de perspetivas futuras, o objetivo proposto é a de continuidade de divulgação do projeto, implementar procedimentos orientadores de medidas de conforto ao doente em fim de vida e família na UCI onde desempenho funções, com registos efetivos desses cuidados, de forma a possibilitar avaliar e monitorizar os resultados obtidos, com futura divulgação em eventos científicos.

Tenho a aspiração de poder ser considerada como uma referência no seio da equipa onde estou inserida, em termos de consultoria e aconselhamento, na área do cuidar no fim de Vida em UCI e funcionar como elo de ligação entre a equipa da UCI e com a equipa de CP.

Entendo que este percurso foi de crescente desenvolvimento das competências necessárias para EEPSC e Mestrado, em que existiram várias

dificuldades, quer de índole pessoal como profissional, em termos de disponibilidade de tempo, coordenação de horários familiares com o de profissional e de aluna. Igualmente acontecimentos inesperados que dificultaram ainda mais o percurso neste âmbito académico, que exigiu um esforço acrescido em superar os momentos menos bons. Acredito verdadeiramente que são nas adversidades que se evidencia as qualidades dos indivíduos, em que a perseverança, resiliência e a capacidade de luta são essenciais para um caminho de evolução e de transformação.

Considero que as Competências do EEPSC e de Mestrado foram assim o início de um percurso de valorização pessoal e profissional, com a valorização dos cuidados de enfermagem em termos de qualidade e evidenciando a profissão como uma disciplina e ciência na arte do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. F. S. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 96–105.
- Amy, S.; Kelley, M.D., M.S.H.S. and R. Sean Morrison, M. D. (2016). Palliative Care for the Seriously Ill Amy. *N Engl J Med*, 15(5), 1–13. <https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1028369>. Focused
- APCP. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9), 61–67.
- Baile, A., Buckman, R., Kudelka, E., Lenzi, R., & Beale, G. G. . (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2007). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baptista, F. (2007). *Manual do Formando “Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho”*. Disponível em https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49590/mod_resource/content/0/A4/MN_FCT_Mod-A4.pdf
- Bayrak, A., Samir, M., Nagi, H. K., Ragab, D., Refaie, M., Ochagavía, A., García, X. (2011). *Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados nola Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Espa ã de Medicina Intensiva , Crítica y Unidades Coronarias*. 15(Suppl 1), 154–169. <https://doi.org/10.1186/cc9421>
- Beauchamp, T. ., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford Uni). New York/Oxford.
- Beauchamp, T. L., & Childress, F. F. (2013). *Nonmaleficence in: Principles of Biomedical Ethics* (Oxford Uni). New York.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia Practical Guide: Approach to the Period Called Agony Resumo Abstract. *Guia Prático Da Abordagem Da Agonia*, 24, n, 48–55.
- Briet, J. P., Houwer, R., Smeeing, D., Dijkgraaf, M., Verleisdonk, E., Leenem, L., & Hietbrink, F. (2017). Differences in Classification Between Mono- and Polytrauma and Low- and High-Energy Trauma Patients With an Ankle Fracture: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Foot & ankle Surgery*, 56, 793–796. Disponível em [https://www.jfas.org/article/S1067-2516\(17\)30240-5/pdf](https://www.jfas.org/article/S1067-2516(17)30240-5/pdf)

- Carneiro, A. (2018). *Vulnerabilidade e Responsabilidade em Contexto de Medicina Intensiva*. Hospital da Luz Arrábida: Vila Nova de Gaia.
- Castro, C. (2016). *O Internamento Numa Unidade De Cuidados Intensivos: A experiência Vivida da Pessoa em situação Crítica* (Tese de Doutoramento em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada). Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde: Lisboa.
- Coelho, C. B. T., & Yankaskas, J. R. (2017). New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(2), 222–230. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>
- Coelho, S. P., Silva, A. C. R., Costa, T. F. S., & Capelas, M. L. (2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*, 19(203), 43–50.
- Colégio Americano de Cirurgiões, & Comitê de Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support* (9ª ed). Estados Unidos da América: Colégio Americano de Cirurgiões Comitê de Trauma.
- Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência- Relatório CRRNEU*. 123. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Cook, D., & Rocker, G. (2014). Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, 370(26), 2506–2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208795>
- Cremesp, G. de T. em C. P. do. (2008). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Curtis, J. R. (2008). Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respiratory Care*, 53(4), 480–487.
- Deodato, S. (2006). Autonomia e morte. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, 20, 6–13.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Despacho n.º 10319/2014 11 de agosto. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 153, 20673–20678. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho Normativo n.º 11/2002 -. (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar. *Diário Da República*, Série I - B - N.º55 de 6 de Março, 1865–1866. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-Lei N.º 74/2006 de 24 de março (2006). *Diário da República n.º 60/2006, Série I A* (2011-02-18). 2242-2257.
- Direção Geral da Saúde. (2010). Plano de avaliação da dor crónica na pessoa idosa. *Ministério Da Saúde*, 17.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Recomendações para as precauções de isolamento*. Disponível em http://dx.doi.org/10.1007/978-3-8348-2300-7_12%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1007/978-3-8348-9116-7_11

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma de Orientação Clínica nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção Geral Da Saúde*, 1–25. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. In *Direção Geral da Saúde*. <https://doi.org/10.1080/00103624.2012.719975>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Triagem de Manchester e Referência Interna Imediata. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–8.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 011/2013: Abordagem da transfusão maciça no adulto. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde*, 26. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. In *Direção Geral da Saúde*. <https://doi.org/176690/02>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência. *Circular Normativa*, (Nº 15/DQS/DQCO), 11.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional De Cuidados Paliativos- Circular Normativa nº 14/DGCG de 13/07/2004. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*, 19. <https://doi.org/10.1177/197140090101400609>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção Geral Da Saúde, Normaº 019*, 1–12.
- Elliot, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing* (2nd ed.; Elsevier Australia, Ed.). Australia.
- Engstrom, R., & Soderberg, R. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651–1659.
- ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fernandes, M. de F. P., & Komessu, J. H. (2013). Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. *Rev Esc Enferm USP*, 47(1), 250–257. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100032>
- Freire, E. (2015). FUTILIDADE MÉDICA, DA TEORIA À PRÁTICA RESUMO. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98–102. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n4/v29n4a03.pdf>
- Freitas, M. B. A., Silva, A. C. C., Souza, A. G. M., & Carvalho, K. M. M. B. (2016). Terapia de alto fluxo com cânula nasal na insuficiência respiratória hipoxêmica: Uma revisão de literatura. *Centro Universitário Católica de Quixadá*, 3(1), 1–4. Disponível em [file:///Users/mariapires/Downloads/895-2793-1-PB \(1\).pdf](file:///Users/mariapires/Downloads/895-2793-1-PB%20(1).pdf)

- Galinha, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Gibbs, G. (1988). *Learning-By-Doing-Graham-Gibbs* 1988. <https://doi.org/10.1039/c3tc31621a>
- Haugk, M., Sterz, F., Grassberger, M., Uray, T., Kliegel, A., Janata, A., Laggner, A. (2007). Feasibility and efficacy of a new non-invasive surface cooling device in post-resuscitation intensive care medicine. *Resuscitacion*, 75(1), 76–81.
- Hinkle, L., Bosset, G., & Torket, A. (2015). Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. *Chest Journal*, 147(janeiro), 82–93. Disponível em [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)30237-3/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)30237-3/fulltext)
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª). Loures: Lusociência.
- Hsieh, H., Shannon, S. E., & Curtis, J. R. (2006). *Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit B*, *BB*, 294–304. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.003>
- <https://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-que-e-reiki/>
- <http://aprendis.gim.med.up.pt/index.php/Soarian>
- <https://blogbeneficiariportuguesascscs.wordpress.com/2015/06/17/quarto-compressao-negativa/>
- <https://blogdatecmer.blogspot.com/2013/11/transporte-pneumatico.html>
- <https://www.jointcommissioninternational.org/>
- <http://www.grupoportuguestriagem.pt>
- <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/17/via-verde-pcr/>
- www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/08/stop-infecao-hospitalar-3/
- <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>
- <https://spci.pt/grupo-de-estudos-de-cuidados-paliativos-em-medicina-intensiva>
- José, M. (2010). Controlo da dor no doente inconsciente reflexão. *Sinais Vitais*, 65–66.
- Kolcaba, C. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Kolcaba, C. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kubler-Ross, E. (1996). Sobre a Morte e o Morrer. *Livraria Martins Fontes Editora Ltda*

- Lauga, L. A., Lauga, A., & D'ortencio, A. (2007). Monitoreo de las presiones de la arteria pulmonar Catéter de Swan-Ganz: Parte I Guia de monitoreo hemodinamico. *Insuf Cardiac*, 2(2), 5–11.
- Leão, R. N., Ávila, P., Cavaco, R., Germano, N., & Bento, L. (2015). Hipotermia terapêutica após parada cardíaca: Preditores de prognóstico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(4), 322–332. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150056>
- Lei 156/2015 de 16 de Setembro. (2015). Lei 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário Da República*, 1.^a Série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015, 4860–4862.
- Lei n.º 31/2018 de 18 de julho. (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. *Diário Da República*, 1.^a Série — N.º 172, 3728–3730. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/489343>
- Lei n 25/2012, de 16 de julho. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário Da República*, I Série (N.º 136 — 16 de Julho de 2012), 3728–3730.
- Makdisi, G., & Wang, I. W. (2015). Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO) review of a lifesaving technology. *Journal of Thoracic Disease*, 7(7), E166–E176. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.07.17>
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica do Adulto-Abordagem ao Doente Crítico*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mendes, A. P. (2016). SENSIBILITY OF PROFESSIONALS TO INFORMATION NEEDS: EXPERIENCE OF THE FAMILY AT THE INTENSIVE CARE UNIT. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1–9.
- Mesquita, A. C., & Carvalho, E. C. de. (2014). Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review TT. *Rev Esc Enferm USP*, 48(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>
- Modrykamien, A. M. (2011). The ICU Follow-Up Clinic: A New Paradigm for Intensivists. *Respiratory Care*, 764–772. <https://doi.org/10.4187/respcare.01461>
- Morais, H. (2007). Pacemaker Provisório. *Anais do Hospital Militar Principal / Instituto Superior*, 1, 25-30.
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the behavioral pain scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>
- Moritz, R., Lago, P., Silva, N., Meneses, F., Othero, C., Machado, F., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 20(4), 422–428. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/22970/000715411.pdf?sequence=1>

- Nascimento, K., Backes, D., Koerich, M., & Erdman, A. (2008). Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 42(4), 643–648. <https://doi.org/10.1080/02786829008959395>
- Martin, D., Batista, P., Sousa, P. (2014). Necessidades Dos Familiares Do Doente Crítico Internado Numa Unidade De Cuidados Intensivos: Perspectiva Do Enfermeiro. *Sinais Vitais*, 114,15-26.
- Nepomuceno, B. R. V., Martinez, B. P., & Neto, M. G. (2014). Impacto do internamento em unidade de cuidados intensivos na amplitude de movimento de pacientes graves: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(1), 65–70. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140010>
- Neto, I., Barbosa, A. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de cuidados Paliativos: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Rev Port Clin Geral*, 19, 68–74.
- Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, Vol. 15, Nº4, 15, 277–283.
- Regulamento no 122/2011 de 18 fevereiro. Competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República no35, 2a Série - 18 de fevereiro (2011). Lisboa, Portugal.
- Regulamento no 124/2011, R. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 35 — 18-02-2011), 8656–8657. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2014). NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *Ordem Dos Enfermeiros*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12157>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade de enfermagem-enquadramento conceptual e enunciados descritivos. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. In *Cadernos OE*. <https://doi.org/277637/08>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia De Boa Prática À Pessoa Com Traumatismo Vértebro - Medular. In *Cadernos OE*. <https://doi.org/290822/09>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República*, 2ª Série, (0), 30247–30254. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–12. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Pacheco, S. (2006). Final de Vida - VI Seminário do Concelho Jurisdicional. *Ordem Dos Enfermeiros*, 20, 1–82. Disponível em <https://doi.org/1646-2629>
- Pontalti, G., Sant, E., Rodrigues, A., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M. R., & Longaray, V. K. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos Subcutaneous route : second option in palliative care. *Revista HCPA*, 32(2), 199–207. <https://doi.org/10.1021/je2006049>
- Portaria nº141/2018 de 18 de Maio. (2018). Primeira alteração à Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, que regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário Da República*, 1.ª Série (N.º 96 — 18 de Maio de 2018), 2211–2212.
- Renaud, C. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14, 2–8.
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13–23.
- Serrano, A. B., & Capelas, M. L. (2017). Intervenções Paliativas realizadas pelos enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva. *Revista Cuidados Paliativos*, 4(1), 39–49. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_V4_N1_web.pdf
- Silva, R., Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), 40–46. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
- Silva, R. A. (2013). Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos- A intervenção do enfermeiro no Fim de Vida. *Percursos*, 28(julho-setembro), 56–60.
- Silva, R., Campos, A., & Pereira, À. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 738–744. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3610/361033310027/>
- Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). Filadélfia: F.A. Davis Company.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa* (1ª). Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Pattison, N., Campbell, M. (2014). End-of-life care in critical care : Where nursing can make the difference ? A call for. *Intensive and Critical*, 30, 303–306.
- Tanuseputro, P., Chalifoux, M., D'Egidio, G., Kyeremanteng, K., Chaudhuri, D., & Herritt, B. (2017). Critical care at the end of life: a population-level cohort study of cost and outcomes. *Critical Care*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1711-4>
- Teixeira, F., Nacional, C., & Rncp, D. (n.d.). *Cuidados Paliativos*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos_Fatima.pdf
- Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed.) Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda..
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (1ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Vanderspank-wright, B. B., Cncc, C., Fothergill-bourbonnais, F., Malone-tucker, S., Cncc, C., & Slivar, S. (2011). Learning end-of-life care in UCI: Strategies for nurses new to ICU. *Dynamics*, 22(4), 22–25.
- Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes.
- Ventetuolo, C. E., & Muratore, C. S. (2014). Extracorporeal life support in critically ill adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(5), 497–508. <https://doi.org/10.1164/rccm.201404-0736CI>
- Vicente, J. A. D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em intervenção, Inovação e empreendedorismo social. Universidade de Coimbra- Faculdade de Economia. Coimbra.
- Vilches, J. I. G., Correa, D. I., Oliveira, J. S. C. de, Mathiazzi, I. C., Penitenti, R. de M., Testa, R. S., ... Alonso, T. R. M. B. (2010). Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(2), 192–195. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2010000200014>
- Wassenaar, A., Van den Boogaard, M., Van Achterberg, T., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Hoogendoorn, M. E., ... Pickkers, P. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41(6). <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3777-2>
- Wideman, T. H., Zautra, A. J., & Edwards, R. R. (2014). Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An InDepth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. *NIH Public Access*, 154(11), 2262–2265. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.005>

APÊNDICES

Apêndice I-

Cronograma

ANO	2017												2018										
MESES	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro					
SEMANAS	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	2	8	15	22	29	5	12	19
	24	01	8	15	22	29	5	12	19	26	03	10	17	24	31	5	12	19	26	2	9	16	23
Abertura do 3.º Semestre na ESEL															F É R I A S D E N A T A L								
Estágio no Serviço de Urgência ██████████																							
Estágio na Unidade de Cuidados Paliativos ██████████																							
Estágio na Unidade De cuidados Intensivos do ██████████																							
Elaboração de relatório de estágio E entrega																							

CRONOGRAMA DO 3.º SEMESTRE DO 7.º CMEEPSC DA ESEL

Apêndice II-

Sessão de formação “Cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos”

Apêndice II: Diapositivos de suporte à sessão de Formação realizada na Unidade de Cuidados Intensivos

 Sessão de Formação 

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos



ELABORADO POR:
ENF. CARLA ALVES
Aluna do 7º Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade da Pessoa em Situação Crítica na ESEL

DOCENTE: JOÃO VEIGA (ESEL) ORIENTADOR: ENF. 

NOVEMBRO DE 2017 

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

▶ OBJETIVO GERAL

- ▶ Refletir sobre a temática do cuidar da pessoa em fim de vida em cuidados intensivos

▶ OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ▶ Descrever conceitos relacionados com o cuidar em fim de vida em cuidados intensivos;
- ▶ Relacionar cuidados intensivos com cuidados paliativos;
- ▶ Enumerar pelo menos três intervenções de enfermagem no cuidar em fim de vida em cuidados intensivos;

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

3



Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

4

Unidade de cuidados intensivos



► verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em UCI's não sobrevivem após cessação de terapias de suporte de vida (Elliot et al., 2012).

► ...o doente no seu processo de internamento e evolução da sua doença, passa para o diagnóstico de doença irreversível e entrar numa etapa de fase terminal (Silva, Pereira e Mussi, 2015).

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

5

CONCEITOS

► DOENTE TERMINAL:

"Um doente terminal é aquele que apresenta **doença avançada, incurável e evolutiva**, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses. (...)"

(Neto e Barbosa , 2010, p.16).

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

6

CONCEITOS

▶ FUTILIDADE TERAPÊUTICA

- ▶ A futilidade terapêutica surgiu, como uma categoria que os profissionais de saúde usam para decidir quando não iniciar (**withhold**) ou quando suspender (**withdraw**) o tratamento médico (Freire, 2015).
- ▶ **Futilidade Terapêutica** "considera-se todas as prescrições do cotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação ao caso concreto, assim como todos os gestos que apenas **geram consumos sem justificação, induzem sequências de exames desligadas do verdadeiro interesse da pessoa** ou perseguem novidades sem reconhecimento científico seguro" (Comissões de ética para a saúde da região Norte, 2011).

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

7

CONCEITOS

Fase final da vida

Prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou dias (poderá ser a atenção dirigida às últimas 48 horas de vida) (Maciel, 2008).

Palição:

Toda medida que resulte em alívio de um sofrimento do doente (Maciel, 2008).

Ação paliativa:

Qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa a diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. (Maciel, 2008).

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

▶ Cuidados Paliativos

"Abordagem que pretende melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, enfrentando o problema associado com doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais" (OMS, 2002).

8



Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

9

Filosofia de Cuidados Paliativos

- Afirmando a vida e aceitando a morte como um processo normal;
- **Não atrasam nem antecipam a morte, através da obstinação ou futilidade terapêuticas**

- Proporcionam um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte;

São implementados o mais precocemente possível no curso da doença, **aliados a outras terapêuticas destinadas à cura ou prolongamento da vida** (radioterapia, quimioterapia...);

- Recorrer a uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades do doente e família, incluindo no processo de luto;
- Proporcionar alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento

(Neto, 2010)

Importância do cuidar em fim de vida em cuidados intensivos

10

1. O doente tem **direito** a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e **terminais**. (DGS, Carta dos direitos e Deveres do doente, 2002)

É **dever** do enfermeiro **acompanhar** a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida; na defesa e promoção do direito à escolha do local e das pessoas que o acompanham e respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas

(CDE, 2015).

Cuidar no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

11

Importância do cuidar em fim de vida em cuidados intensivos



“dignificar o acontecimento de morte é idealizar e proporcionar o fim da vida **junto da família**, longe do sofrimento, “(...) é proporcionar uma **morte serena**, com o **menor sofrimento possível**, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar, ou pelo menos não afastado dele (...)” (Deodato, 2006, p.12).

Importância do cuidar em fim vida em cuidados intensivos



“...o esforço dos profissionais deve ser no sentido de privilegiar uma “boa morte”... Promover a **qualidade de vida**, o **conforto**, **minimizar** o **sofrimento** sem recorrer a uma **medicalização excessiva**, podendo ocorrer danos irreversíveis para os doentes, que acarreta **custos elevados e sofrimento** mas devendo optar por uma assistência baseada num modelo holista e humanista.”

(Coelho, S. P., Silva, A. C. R., Costa, T. F. S., & Capelas, M. L. (2014).

Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos



Conforto

- CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO;
- POSICIONAMENTOS
- COMUNICAÇÃO



Controlo De Sintomas

- DOR
- HIDRATAÇÃO
- DISPNEIA



Apoio Emocional à pessoa em fim de vida e família

- PRESENÇA DOS FAMILIARES E PESSOAS SIGNIFICATIVAS
- APOIO SOCIAL
- APOIO ESPIRITUAL

Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

➤ CONFORTO

- CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO;
- POSICIONAMENTOS
- **Comunicação**



Medidas não Farmacológicas:

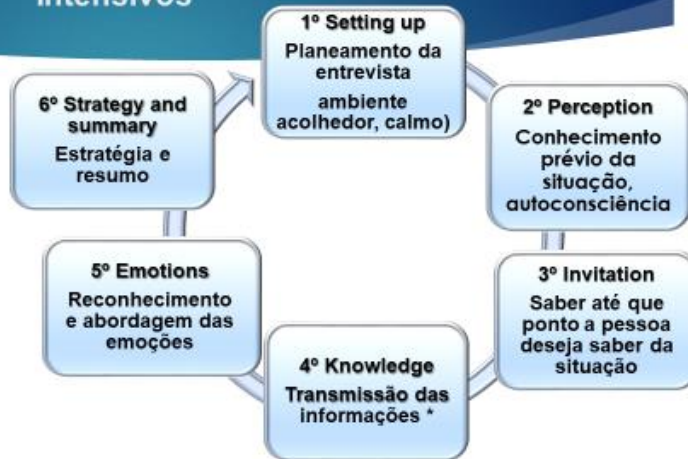
psicoterapia, acupuntura, massagens e técnicas de relaxamento corporal, musicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e acesso a procedimentos anestésicos e cirúrgicos para alívio de sintomas.

Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos 15

Intensivos

• COMUNICAÇÃO

- Transmissão de más notícias (Protocolo de SPIKES)



(Baile, Buckman, Lenzl, Glober, 2000)

Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos 16

CONTROLO DE SINTOMAS



CONTROLO DA DOR

Opióides (são a opção mais comum em UCI)
retirada de dispositivos médicos, higiene, posicionamentos

DISPNEIA

Diuréticos para alívio da dispneia, agentes inotrópicos
Suspensão de hidratação
Uso de ansiolíticos
Ponderar sedação paliativa na dispneia intratável

HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO ARTIFICIAIS

não melhoram o desenvolvimento do percurso da doença, pode aumentar náuseas, desconforto

Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos 17



Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

18

Apoio Emocional à pessoa em fim de vida e família

- PRESENÇA DOS FAMILIARES E PESSOAS SIGNIFICATIVAS
- APOIO ESPIRITUAL
- APOIO SOCIAL



Intervenções de Enfermagem no Fim de Vida em Cuidados Intensivos

19

Tomadas de decisão Suspensão ou abstenção de medidas terapêuticas



20

Conclusão



“Quando nada mais pudermos fazer por alguém, é preciso que nós saibamos estar ao seu lado.”

Danielle Hons

<http://gemphuuffj.comunidades.net/frases-sobre-cuidados-paliativos>

- ▶ Comissões de ética para a saúde da região norte. 2011. "Seminário sobre a futilidade terapêutica e o papel das comissões de ética para a saúde. ARS Norte Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Futilidade.pdf>
- ▶ Coelho, S. P., Silva, A. C. R., Costa, T. F. S., & Capelas, M. L. (2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*, 19(203), 43-50.
- ▶ Código Deontológico do Enfermeiro. (2015). Estatuto do OE republicado como anexo pela Lei n.º 164/2015 de 16 de setembro) Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- ▶ DGS (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ▶ Freire, E. (2015). FUTILIDADE MÉDICA, DA TEORIA À PRÁTICA RESUMO. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98-102. Consultado a 23/04/2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n4/v29n4a03.pdf>
- ▶ Elliott, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2012). (2nd). *Critical Care Nursing*. Australian college of Critical Care Nurses. Elsevier Australia.
- ▶ Moritz, R., Lago, P., Souza, R., Brandão, N., Silva, D., Meneses, F., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 20(4), 422-428. Consultado a 17/04/2017 Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/22770/000716411.pdf?sequence=1>
- ▶ Neto, G. I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa e I. G. Neto. *Manual de cuidados Paliativos* (pp. 1-42). Lisboa: Núcleos de Cuidados Paliativos-Centro de Bioética- Faculdade de Medicina da universidade de Lisboa.
- ▶ Neto, I., Barbosa, A. (2004). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de cuidados Paliativos: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- ▶ Maciel, M.G. (2008). Cuidados Paliativos, Definições in *Cuidados Paliativos*. Cadernos CREMESP. (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). São Paulo
- ▶ Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos (p. 48). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: http://www.spcr.pt/Docs/GuiaTransporte19744_milo.pdf
- ▶ Silva, R.S., Pereira, Mvssi, F.C. (2015). Confronto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery*, Revista de Enfermagem 19(1) Jan-Mar.
- ▶ Vanderspank-wright, B. B., Cnec, C., Fothergill-bourbonnais, F., Malone-lucker, S., Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: UCE
- ▶ World Health Organization. (2017). WHO definition of palliative care. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acedido em 14/04/2017
- ▶ Baile, W., Buckman, Lenzl, Globar, C...2000. SPIKES = A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 2000,5(4):302-11

Apêndice III-

Plano de sessão de formação no Serviço de Urgência “Cuidar no fim de vida no SU”

APÊNDICE III: PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]

Tema: **Cuidar no Fim de vida no Serviço de Urgência**

Formador:

Enf^a. Carla Alves, aluna de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização da pessoa em situação Crítica na Escola superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Enf^a [REDACTED] e Enf^a. [REDACTED]

Orientação do Professor João Veiga (professor da ESEL)


OBJETIVOS:

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das pessoas em fim de vida num Serviço de Urgência;
- Desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa e família em situação de fim de vida;
- Referenciar algumas estratégias de intervenções no cuidar da pessoa e sua família em fim de vida numa SU.

Estratégia: Sessões informais com os vários elementos de enfermagem da equipa do Serviço de Urgência quer a nível individual quer em pequenos grupos de 2 a 3 três pessoas, ao longo dos turnos. Divulgação e entrega de folheto aos elementos da equipa de enfermagem quer a nível físico (em papel, quer a nível de divulgação por via digital por email).

CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIA
Introdução	2`	Expositivo/ Recurso de folheto
Conceitos Fim de vida/ Fase terminal, ação paliativa	2`	Expositivo/ Recurso de folheto
Importância da comunicação no cuidar em fim vida em Serviço de urgência	2`	Expositivo/ Recurso de folheto
Intervenções de enfermagem no fim de vida	4`	Expositivo/ Recurso de folheto
Conclusão	1`	Expositivo/ Recurso de folheto
Avaliação/ Discussão	4`	Questionário

Apêndice II: Folheto de suporte da Ação de formação realizada no serviço de Urgência

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
CONFORTO	CONTROLO DE SINTOMAS	APOIO EMOCIONAL À PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA:
Cuidados de higiene e conforto Higiene oral, massagem corporal de relaxamento 	Dor Avaliação da dor de forma mais intensa Analgesia adequada no controlo da dor, Utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, uso de calor, massagem, etc.	Favorecer a presença dos familiares e pessoas significativas; Privilegie a comunicação com o familiar mais calmo; Explique que as condições do SU não permitem que toda a família entre em simultâneo; Permita a entrada faseada de 2 a 3 familiares e a troca entre os elementos da família.
Posicionamentos Posicionar a pessoa sempre que necessário	Hidratação Das mucosas e pele: aplicação de creme hidratante ou de um emoliente, Oferecer pequenas quantidades	Apoio social Encaminhar para Assistente Social; situações de membros dos familiares dependentes destes recursos económicos diminutos;
Comunicação: Elucidar a família acerca do padrão respiratório no processo de morte: respiração irregular, superficial, lenta, com possibilidade de períodos de apneia prolongada); trata-se de um processo involuntário em que a pessoa não está a sofrer). Preparar a família que o processo de morrer poderá levar tempo podendo haver pequenas melhorias.	Dispneia Oxigenoterapia para conforto; cabeceira da cama elevada em 30-45º; administração de terapêutica prescrita Agitação Gestão do ambiente, controlo do ruído, luzes, comunicação assertiva Gestão adequada de terapêutica	Apoio espiritual Providenciar capelão ou ministro de outra confissão religiosa se o doente e a família assim o desejarem). O Capelão está no [redacted] das 4ª e 6ª feiras de manhã (10h30 às 13h00) e às 3ª e 5ª feiras à tarde (15h30 às 19h00). Contacto do capelão: [redacted] Padre Rogério [redacted]
CONSIDERAÇÕES FINAIS Cuidar da pessoa em fim de vida num serviço de Urgência é um desafio, poderá ser exigente, mas simultaneamente ser recompensador em termos humanos e em termos profissionais. O enfermeiro é a pessoa que poderá fazer a diferença na defesa da dignidade e na promoção do conforto. A comunicação é uma ferramenta essencial no conforto da pessoa e seus familiares.		



Cuidar no Fim de Vida em SU

O recurso das pessoas em fim de vida num serviço de urgência (SU) resultante de doença avançada, progressiva e incurável, ou mesmo resultante de uma doença ou trauma agudo e imprevisível, é uma realidade.

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais próximo das pessoas e que detêm formação adequada para cuidarem com qualidade em todas as etapas de vida destas. O enfermeiro tem um papel decisivo no apoio e no acompanhamento a dar ao doente e aos familiares durante todo o processo de final de vida (OE, 2015).

O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais (DGS, Carta dos Direitos e Deveres do doente, 2002).

OBJETIVOS

- Sensibilizar os enfermeiros para a temática das pessoas em fim de vida num SU;
- Desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em situação de fim de vida e sua família;
- Referenciar algumas estratégias de intervenções no cuidar da pessoa em fim de vida numa e sua família, SU;

Elaborado por: Enf. Carla Alves*, [redacted]
 Enf. [redacted] e Enf. [redacted]
 sob orientação do Professor João Velga (ESEL)

Aluna de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)
 * Enfermeiras de [redacted] Data de Realização: Fevereiro 2018

DOENTE TERMINAL:

"Um doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses. (...)"

(Neto e Barbosa, 2010, p.18).

PESSOA EM FASE FINAL DE VIDA:

Prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou dias (poderá ser a atenção dirigida às últimas 48 horas de vida) (Maciel, 2008).

Ação Paliativa:

Qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa a diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. (Maciel, 2008).



COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA

A comunicação com o doente e família é um dos fatores mais importantes na relação terapêutica de modo a reduzir incertezas, melhorar relacionamentos e como indicador de um plano terapêutico (Twyross, 2001).

Pontos importantes para uma comunicação eficaz:

- Disponibilidade
- Privacidade
- Apresentar-se dizendo o seu nome e dando um aperto de mão,
- Sentar-se para indicar que tem tempo para escutar, estabelecer contato visual;
- Evitar termos técnicos;
- Iniciar a conversa como por exemplo: " Como posso ajudá-lo?"
- "De que é que gostaria de falar primeiro lugar?"



TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

As más notícias são informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que a pessoa tem do seu futuro (Twyross, 2001).

Estratégia de transmissão de notícias:

Protocolo de SPIKES (6 etapas) (Baile, Buckman, Lenzi, Globler, 2000)

1º Setting up- Preparação

- Planeamento da entrevista (ambiente acolhedor, calmo, privacidade) (Utilize a sala de tratamentos do Posto de Estadia Curta ou a Sala junto à receção principal do Serviço de Urgência);

2º Perception- Percepção

- Averiguar o conhecimento prévio da situação, autoconsciência da situação;

3º Invitation-

- Saber até que ponto a pessoa deseja saber da situação, procura entender quanto o doente/família deseja saber sobre sua doença;

4º Knowledge- Conhecimento

- Transmissão das informações; dar um " tiro de aviso" antes de revelar a notícia, Exemplo: " Tenho noticias não muito boas..." não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso e averiguar a compreensão do doente e familiares;

5º Emotions- Gestão das emoções

- Reconhecimento e abordagem das emoções, dar espaço para manifestações;

6º Strategy and summary

- Estratégia e resumo: diminui a ansiedade das pessoas ao lhe ser revelado o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer, a promoção do conforto, diminuição do sofrimento.



ANEXOS

Anexo I-

Certificado de participação no workshop sobre “Técnicas de Substituição renal
contínuas”

Certificado de presença do Workshop Técnicas de Substituição Renal no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA PEREIRA LOPES ALVES

membro n.º 3704 desta Ordem, esteve presente no Workshop "Técnicas de Substituição da Função Renal Contínuas", que decorreu no dia 10 de Novembro de 2017, das 09h00 às 13h00, no âmbito do II Congresso da Secção Regional do Sul, nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, em Setúbal, no Fórum Municipal Luísa Todi.

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco



II Congresso da Secção
Regional do Sul
Reconstruir o caminho
da Enfermagem



Sexta-feira, 10 de Novembro 2017

- WORKSHOPS:**
- Acesso Intra Ósseo
20 participantes por curso
 - Técnicas de Substituição da Função Renal Contínuas
20 participantes por curso

Sábado, 11 de Novembro 2017

- WORKSHOP:**
- Técnicas de Substituição da Função Renal Contínuas
20 participantes por curso

ANEXO II

Certificado de realização de um póster no II Congresso Da Ordem dos Enfermeiros



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

CARLA SOFIA PEREIRA LOPES ALVES

Membro n.º 3704 desta Ordem, participou no II Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, em Setúbal, no Fórum Municipal Luísa Todi, enquanto Coautora do Póster exposto nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, com o título:

CUIDAR NO FIM DE VIDA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Coautores:

Carla Sofia Pereira Lopes Alves

João Veiga

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco



II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sexta-feira, 10 de Novembro 2017

- 08:00 - Abertura do Secretariado
- 08:30 - Mesa 1: **Contaminação Cénica**
 - Apresentação: Inês Lopes - Alameda de Saúde (Unidade Local de Saúde de Setúbal) - PE
 - Apresentação: Maria Faria - Hospital de Saúde de Setúbal (Hospital Regional)
- 09:30 - Mesa 2: **Visa de Horta**
 - Apresentação: Patrícia de Almeida Mendes Aguiar
 - Apresentação: Cláudia Faria - Associação de Cuidados de Enfermagem Regional
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade de Cuidados Primários de Saúde
 - Apresentação: Mariana de Sá
- 10:30 - Coffee Break
- 11:00 - Mesa 3: **Taxa de Deslocação**
 - Apresentação: João Baptista - Faculdade de Ciências da Universidade de Évora
 - Apresentação: Cláudia Faria - Associação de Cuidados de Enfermagem Regional
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade de Cuidados Primários de Saúde
 - Apresentação: Mariana de Sá
- 12:30 - Almoço Livre

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sexta-feira, 10 de Novembro 2017

- 13:30 - Mesa 4: **Desafios no Sistema de Saúde**
 - Apresentação: Inês Lopes - Alameda de Saúde (Unidade Local de Saúde de Setúbal) - PE
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade de Cuidados Primários de Saúde
 - Apresentação: Mariana de Sá
- 14:30 - Coffee Break
- 15:00 - Mesa 5: **Debate Modelo Organizacional Público vs Privado**
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
- 17:00 - Cocktail Drink - Alojamento Municipal Luísa Todi

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sábado, 11 de Novembro 2017

- 08:00 - Conferência: **Novos Domínios de Competências**
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
- 09:30 - Mesa 6: **Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Admissão**
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
- 11:00 - Coffee Break
- 11:30 - Mesa 7: **Cuidar em Diferentes Contextos: Assistência, Urgência e Cuidados**
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
- 13:00 - Almoço Livre

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sábado, 11 de Novembro 2017

- 14:30 - Mesa 8: **Cuidar em Diferentes Contextos: Saúde Mental**
 - Apresentação: Mariana Silva - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
 - Apresentação: Mariana de Sá - Unidade Local de Saúde de Setúbal - PE
- 16:00 - Coffee Break
- 16:30 - Mesa 9: **Documentação e Entrega de Práticas**

ANEXO III

Certificado de Presença no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros na Secção
Regional sul

Certificado de Presença no II Congresso da Secção Regional do sul



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA PEREIRA LOPES ALVES

membro n.º 3704 desta Ordem, esteve presente no II Congresso da Secção Regional do Sul, nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, em Setúbal, no Fórum Municipal Luísa Todi.

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco



II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sexta-feira, 10 de Novembro 2017

0900 - Abertura do Secretariado

0930 - Mesa 1: Caracterização Local

- Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Moderador: Maria João - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1000 - Mesa de Honra

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1100 - Coffee Break

1130 - Mesa 2: Tópicos de Discussão

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1200 - Almoço Livre

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sexta-feira, 10 de Novembro 2017

1300 - Mesa 3: Desafios no Sistema de Saúde

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1400 - Mesa 4: Relações Organizacionais - Trabalho em Equipe

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1500 - Coffee Break

1530 - Mesa 5: Modelos Organizacionais: Público vs Privado

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1700 - Coffee Break

1730 - Mesa 6: Café de Trabalho

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sábado, 11 de Novembro 2017

0900 - Conferência: Novos Domínios de Competências

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

0930 - Mesa 6: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1000 - Mesa 7: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1100 - Coffee Break

1130 - Mesa 8: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1200 - Almoço Livre

II Congresso da Secção Regional do Sul
Reconstruir o caminho da Enfermagem

Sábado, 11 de Novembro 2017

1300 - Mesa 9: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1400 - Mesa 10: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1500 - Mesa 11: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1600 - Mesa 12: Cuidar em Diferentes Contextos de Nascimento e Abandono

- Mesa de Honra - Relatores: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP
- Mesa de Honra - Moderador: Helena Castro - Hospital de Santo António da Gandra, IP

1700 - Encerramento e Entrega de Prémios

ANEXO IV

Certificado de presença no Seminário INPALIN- Integração dos cuidados Paliativos e Intensivos em Vila Nova de Gaia

Certificado de presença do Seminário INPALIN- integração dos cuidados Paliativos e Intensivos



CATOLICA
INSTITUTO
DE BIOÉTICA

PORTO

SEMINÁRIO INPALIN:
Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos
20 março 2018 Mercure Porto Gaia Hotel

Certificamos e publicamente testemunhamos que,

Carla Alves

esteve presente no **SEMINÁRIO InPalin: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos**, realizado no dia 20 de Março de 2018, no Porto, uma organização conjunta entre o Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e o Hospital da Luz Arrábida.

Porto, 20 de Março de 2018

Ana Sofia Carvalho

Prof. Doutora Ana Sofia Carvalho
Diretora do Instituto de Bioética da UCP



HOSPITAL DA LUZ
ARRÁBIDA

Esta iniciativa insere-se no âmbito do Projeto InPalin e do Doutoramento em Bioética da UCP

ANEXO V

Certificado de curso de Grau 1 de Reiki

Certificado de realização de curso do 1º Grau de *Reiki*



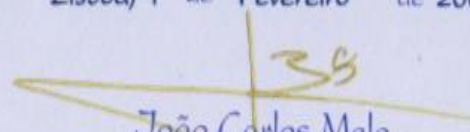
Reiki

Um caminho através do coração

Certificado

Certifico que **Carla Sofia Pereira Lopes Alves**
recebeu a iniciação no 1º Grau do Sistema Usui de Cura Natural,
com carga horária de **23** horas.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2009


João Carlos Melo
mestre em Reiki

ANEXO VI

Certificado de presença do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgico

Certificado de presença do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Carla Sofia Pereira Lopes Alves,

membro nº 3704 desta Ordem, esteve presente no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Parilha da Excelência da Prática Clínica Especializada
Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora



Programa

Do 19 de Janeiro

09:00 **Abertura do secretariado**

09:30 **Workshop**

- 1 - Tópicos Difíceis (Dúvida e Dúvida Resposta) no seu Contexto Prático
Palestrante: Cláudia Marques, Enfermeira na Finanças Médicas Care e Catarina Santos, Enfermeira na Finanças Médicas Care
- 2 - Respostas Organizacionais por Membrana Extra - Cópulas (BOMD) da Origem ao Centro de Referência - Uma Prática Especializada
Palestrantes: Fernando Mendes, EEMC no Hospital de São João e Paulo Oliveira, EEMC no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)
- 3 - Abordagem e Monitorização de Via Aérea no Doente Crítico
Palestrante: António Sousa, EEMC no Hospital Militar Regional n.º 2

10:30 **Almoço livre**

14:00 **Conferência: Processo de Desenvolvimento e Validação Profissional para Prática Especializada**

Palestrante: Luís Bastião, Vice-Presidente do Conselho Diretivo da OE

14:45 **Sessão solene de abertura**

- Ana Rita Casaco, Bastonária da OE
- Ana Costa Pires, Reitora da Universidade de Évora
- Catarina Lúcio, Presidente da MCEEMC da OE
- Sérgio Branco, Presidente do Conselho Diretivo Regional da Secção Regional do Sul da OE
- Carlos Pinto de Sá, Presidente da Câmara Municipal de Évora
- Roberto Pereira Grilo, Presidente do Conselho de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo)

15:45 **Coffee break**

16:00 **Hora redonda: Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada**

Moderador: Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

• **Nota Central:** O Risco Que Já Não Existe
Palestrante: Cristina Lopes, Bero Operatório de Urgência do Hospital de S. João

• **Doente Paliativo e Família: Gestão de Expectativas**
Palestrante: Mariana Espírito Santo, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital de Luz

• **Nota Inesperada: Comunicação de Más Notícias em contexto de Urgência**
Palestrante: Rita Fonseca, Unidade de Urgência/Emergência do CHUC

• **A Vivência na Comunicação da Más Notícias: Testemunho de doente**
Palestrante: João Gabriel Mendes, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora

17:00 **Passeio turístico pedonal pela cidade de Évora e prova de vinhos com Apresentação do EBOOK - Livro de Resumos do IV Encontro da EEMC**

20:00 **Jantar convivio**

Jantar Tipicamente Alentejano ao sabor do Cante Alentejano: Património Imaterial da Humanidade

Do 20 de Janeiro

08:30 **Abertura do secretariado**

09:00 **Paleta de Pósteres e Comunicações Livres**

A Parilha da Excelência da Prática Clínica Especializada
Moderadores de Comunicações Livres: Maria Antónia Probst, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJ) e Sílvia Almeida, Secretária da MCEEMC da OE
Moderadores de Pósteres: Catarina Lúcio, Presidente da MCEEMC da OE e Helena Peres, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Norte (SR Norte) da OE

10:00 **Coffee break**

10:15 **Hora Redonda: Projecto de Referência na Parilha da Prática Clínica Especializada**

Moderador: Rui Gonçalves, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Centro (SR Central) da OE

Projectos:

- **Boja - Cuidados Paliativos na Comunidade**

Palestrante: Catarina Pires, ACES Sudoeste Alentejo - Unidade Local de Saúde do Sudoeste Alentejo

- **Acompanhamento de Doentes com Insuficiência Cardíaca**

Palestrante: Joana Pereira de Sousa, Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada do Serviço de Cardiologia do CHUC

- **Enfermagem Perioperatória**

Palestrante: Maria Manuela Costa, Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHUC

- **Transporte Aéreo do Doente Crítico na Região Autónoma dos Açores**

Palestrante: Luís Viegas, Unidade de Evacuações da Região Autónoma dos Açores

- **Monitorização da Dor como 9º Sinal Vital no Contexto da Prática Especializada num Centro Multidisciplinar da Dor**

Palestrante: Dulce Gomes, Centro Multidisciplinar da Dor Hospital Geral de Orla, EPE - Alentejo

12:30 **Sessão de encerramento e entrega de prémios**

13:00 **Almoço livre**

14:30 **Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Observação aos membros, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)**

Destinatários do Evento: Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Estudantes de Enfermagem e Docentes de Enfermagem.

www.ordenosenfermeiros.pt

