

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Bernardete Teixeira Martinho

Relatório Final de estágio profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador – Professor Doutor Carlos Pires Magalhães (Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal).

Dezembro de 2023



Martinho BT. Vivências dos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida no serviço de urgência. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança, 2023.

Dedico este trabalho aos meus filhos e aos meus pais, pelo exemplo de coragem e resiliência.

Agradecimentos

Este estudo é o culminar de uma etapa extraordinariamente importante na minha vida académica/profissional. Assim, gostaria de gratificar todo o apoio ao longo de todo o meu percurso.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Pires Magalhães, pela atenção incansável/paciência que me dispensou ao longo de todo o processo, bem como pela orientação que tornou exequível este estudo.

A todos os professores e colegas com os quais partilhei vivências e experiências que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos colegas que participaram neste estudo, sem os quais não teria sido possível a sua concretização.

Um agradecimento muito especial à minha família, em especial aos meus pais, que são o pilar da minha educação.

Aos meus filhos, pela paciência/encorajamento e ajuda indispensável ao longo desta nova etapa da minha formação.

Ao meu marido, pelo amor, paciência e estímulo demonstrados ao longo deste percurso.

A todos que, de forma direta ou indiretamente, que contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais seria impensável realizá-lo.

A todos vocês, muito, muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: O Serviço de Urgência (SU) é direcionado para o doente crítico, com necessidade de estabilização emergente, estando subjacente o cuidado emergente. Mas não são só estes doentes que procuram este serviço, também os doentes em fim de vida com necessidades de cuidados paliativos (CP) entram na porta do SU, sendo necessário que os enfermeiros(as) que lá exercem possam dar uma resposta efetiva neste âmbito. Daí ser fulcral colocar ênfase à investigação de forma a refletir nas estratégias de intervenção mais adequadas a estas pessoas.

Objetivo: Analisar as vivências dos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida (PFV), no SU.

Metodologia: Estudo qualitativo. A recolha de dados foi realizada com recurso a uma entrevista semiestruturada a um grupo focal de sete enfermeiros participantes no estudo, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, durante a primeira semana do mês de abril de 2023.

Resultados: Os enfermeiros (as) atribuem o conceito de PFV a uma doença incurável com pouco tempo de vida. Ao conceito de CP associam a promoção de conforto e bem-estar ao doente, a promoção do bem-estar da família, os cuidados promotores de dignidade. Os sentimentos negativos vivenciados pelos enfermeiros expressam sentimentos negativos (frustração) e emoções negativas, como a tristeza, raiva e revolta. As principais intervenções destes enfermeiros dirigidas à PFV enquadram-se no paradigma paliativo como alívio dos sintomas, apoio ao doente e à sua família e proporcionar medidas de conforto. Consideram intervenções fundamentais dirigidas à PFV, o conforto físico e psicológico, dando-se ainda ênfase ao toque. Apontam para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa com a formatação e formação recebida e a pressão da família. Foi possível distinguir nas dificuldades a “Sobrecarga de trabalho”, “Dificuldades de apoio ao nível da instituição”, “Dificuldades ao nível dos recursos”. Por sua vez, de entre as necessidades sentidas emergiram a “Necessidade de uma estrutura física adequada”, “Necessidade de melhoria ao nível organizacional”. Todos foram unânimes em salientar a falta da dignidade para a PFV no SU, por razões físicas/estruturais e por défice de formação. Como estratégias de melhoria, os enfermeiros propõem: o investimento nas equipas multidisciplinares, a melhoria da estrutura física e a uniformização de procedimentos na abordagem da PFV.

Conclusão: Os resultados apontam para um leque de dificuldades associadas às vivências dos enfermeiros no cuidado à PFV, contudo também emergem estratégias de melhoria. Devem ser promovidas estratégias organizacionais e individuais. Um exemplo seria a formação/promoção de atividades de melhoria das estratégias de *coping*, visando facilitar a gestão dos sentimentos e emoções por parte dos enfermeiros. Das várias medidas propostas destaca-se a criação de uma rede de urgência de CP.

Palavras-chave: Serviço hospitalar de emergência; Fim de vida; Atitude frente à morte; Assistênciaterminal; Enfermagem médico-cirúrgica

Abstract

Framework: The Emergency Service (ES) is geared towards critically ill patients in need of emergent stabilization, with emergent care as its underlying principle. But it's not only these patients who come to this service. End-of-life patients in need of palliative care (PC) also enter the ES, and nurses working in these services need to provide an effective response in this area. That's why it's crucial to put the emphasis on research in order to reflect on the most appropriate intervention strategies for these people.

Objective: To analyze the experiences of nurses in caring for people at the end of life (PEL) in the ES.

Methodology: A qualitative study. Data was collected using a semi-structured interview with a focus group of seven nurses participating in the study, from a Local Health Unit in Northern Portugal, during the first week of April 2023.

Results: Nurses attribute the concept of PEL to an incurable disease with a short time to live. To the concept of PC they associate the promotion of comfort and well-being for the patient, the promotion of the family's well-being and care that promotes dignity. The negative feelings experienced by the nurses express negative feelings (frustration) and negative emotions, such as sadness, anger, and revolt. These nurses' main interventions aimed at the PEL fall within the palliative paradigm, such as relieving symptoms, supporting the patient and their family and providing comfort measures. They consider physical and psychological comfort to be fundamental interventions aimed at the PEL, with an emphasis on touch. They point to the adoption of therapeutic measures centered on the curative approach with the formatting and training received and pressure from the family. Difficulties included "Work overload", "Difficulties with support from the institution" and "Difficulties with resources". Among the needs felt, the following emerged: "Need for an adequate physical structure", "Need for organizational improvement". All were unanimous in highlighting the lack of dignity for PEL in the ES, due to physical/structural reasons and a lack of training. As strategies for improvement, the nurses propose: investing in multidisciplinary teams, improving the physical structure, and standardizing procedures for dealing with PEL.

Conclusion: The results point to a range of difficulties associated with nurses' experiences in caring for people at the end of life, but strategies for improvement also emerge. Organizational and individual strategies should be promoted. One example would be training / promoting activities to improve coping strategies, with the aim of making it easier for nurses to manage their feelings and emotions. Of the various measures proposed, the creation of an emergency PC network stands out.

Keywords: Hospital emergency service; Death; Attitude to death; Terminal care; Medical-surgical nursing.

Abreviaturas e Siglas

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

DL - Decreto-Lei

FG - *Focus Group*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LBCP - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

n.º - número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PFV - Pessoa em Fim de Vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS-NE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

URE - Unidades de Registo Exemplificativas

WHO - World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. FILOSOFIA E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS	4
1.1. A pessoa em fase final de vida.....	6
1.2. Morrer em contexto de urgência	9
1.3. Intervenções terapêuticas do enfermeiro.....	11
1.4. Vivências do enfermeiro no serviço de urgência	13
1.5. Problemas éticos presentes no cuidar em fim de vida	14
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	17
1. METODOLOGIA	18
1.1. Tipo de estudo	18
1.2. Questão de investigação e objetivos.....	20
1.3. População e amostra	21
1.4. Instrumento de recolha de dados	22
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	25
2.2. A pessoa em fim de vida e Cuidados Paliativos: Conceitos emanados pelos enfermeiros da amostra	26
2.3. Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	30
2.4. Intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	33
2.5. Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.....	37
2.6. A opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da pessoa em fim de vida no serviço de urgência.....	39

CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	58
Apêndice I - Relatório de Estágio	59
Apêndice II - Guião da entrevista	85
Apêndice III - Consentimento informado livre e esclarecido	89
ANEXOS	92
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética	93
Anexo II - Comprovativo de submissão do artigo de investigação	95

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (n=7)</i>	26
Tabela 2. <i>Conceitualização de PFV e de cuidados paliativos</i>	27
Tabela 3. <i>Emoções/sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à PFV</i>	31
Tabela 4. <i>Intervenções de enfermagem na PFV no âmbito do SU</i>	33
Tabela 5. <i>Intervenções dirigidas à PFV no SU consideradas fundamentais</i>	35
Tabela 6. <i>Razão para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa</i>	36
Tabela 7. <i>Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU</i>	37
Tabela 8. <i>Opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU</i>	40
Tabela 9. <i>Opinião dos enfermeiros acerca das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU</i>	41

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Árvore categorial</i>	44
---	----

INTRODUÇÃO

No serviço de urgência (SU) os enfermeiros lidam frequentemente com a pessoa em fim de vida (PFV) com necessidades de cuidados paliativos (CP).

Numa ótica mais institucional e direcionada para o exercício da enfermagem, é difícil fragmentar o sentimento perante a pessoa em fase final de vida. Desde o início do exercício da profissão que os enfermeiros encaram doentes que estão próximo ou caminham para a morte, umas vezes por doença, acidente, outras pela própria idade e muitas outras pelas complicações que delas decorrem. Enfermeiros fazem parte de uma profissão caracterizada por ter, na sua essência, o cuidado; esses profissionais têm contacto direto com doentes e familiares, ou seja, lidam, constantemente, com pessoas com as mais diversas concepções e culturas (Silva et al., 2012).

De acordo com Vilelas (2017), a escolha do tema deve ir ao encontro de um objeto que mereça ser investigado cientificamente e que seja exequível, do interesse do investigador, centrando-se no campo do conhecimento e indo ao encontro da vida profissional e observação do quotidiano. Face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação: **Analisar as vivências dos enfermeiros, perante a pessoa em fase final de vida no serviço de urgência?**

Julgámos que o presente estudo conseguirá, de algum modo, contribuir para o conhecimento da realidade, propondo, posteriormente, estratégias de prevenção a esta situação que, em última análise, pode intervir na saúde e bem-estar destes profissionais de saúde. Delineamos como objetivo geral, analisar as vivências dos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida, no serviço de urgência. Estabeleceram-se como objetivos específicos:

- Identificar o conceito de PFV e de CP emanado pelos enfermeiros da amostra;
- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à PFV no SU;
- Descrever as intervenções dirigidas à PFV pelos enfermeiros no SU;
- Identificar as dificuldades e as necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU e das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU.

Para dar alcance a estes objetivos, operacionalizou-se um estudo de natureza qualitativa, que visa o conhecimento dos fenómenos a estudar, o que é fundamental quando se procura

identificar e explicar quais as abordagens terapêuticas priorizadas pelo enfermeiro, perante a pessoa em fase final de vida no SU.

A recolha de dados será efetuada através da aplicação de uma entrevista semiestruturada numa amostra constituída por enfermeiros que exerçam funções no SU da Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Na primeira parte que constitui o enquadramento teórico, abordam-se os princípios conceptuais necessários para fundamentar a nossa pergunta de partida e para construir o instrumento de colheita de dados. Na segunda parte, está descrito todo o *rationale metodológico* a ser utilizado no estudo, devidamente fundamentado, com o intuito de justificar as opções feitas e, por fim, a conclusão onde se esboça toda a sumula dos objetivos bem como os resultados obtidos.

Duas componentes integra a unidade curricular Estágio com Relatório a clínica e a investigacional. Quanto à componente clínica, esta foi desenvolvida nos seguintes serviços: SU da ULS-NE de Bragança, no Nordial Centro de Diálise de Mirandela e no Serviço de Medicina Intensiva da ULS-NE de Bragança. O relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica é apresentado no (*Apêndice I*).

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. FILOSOFIA E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O Movimento dos Cuidados Paliativos Modernos nasceu na Grã-Bretanha, na década de 60 do século XX, papel que se deve a Cicely Saunders, enfermeira de profissão e mais tarde médica. Tocou-lhe os doentes portadores de doenças incuráveis a serem rejeitados ou encostados em pleno sofrimento. Daí, procurou cuidados de saúde combinados com rigor científico e humanismo de forma a adequá-los às pessoas com doenças incuráveis. Foi aqui que nasceram os Cuidados Paliativos (CP), que constituem uma mais-valia para a medicina moderna (Neto, 2020).

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem remonta a finais do século XIX. Contudo, foi a partir da segunda metade do século XX que as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros, quer ao nível de formação académica, quer profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Oliveira & Pereira, 2012).

A prestação de cuidados a doentes no final de vida é fundamentada por conhecimentos de natureza técnica e científica, onde a luta não é travada contra a morte, mas sim pela valorização da vida, procurando proporcionar ao doente cuidados que visem o seu conforto, dignidade e qualidade de vida até ao final da sua vida (Axelsson et al., 2019). Nesta linha de pensamento, faz sentido que os CP se foquem nas necessidades e carências do doente e não nos diagnósticos (Finucane et al., 2021), tendo em consideração aspetos físicos, biopsicossociais e espirituais, proporcionando dignidade humana (Rego & Nunes, 2019).

Ou seja, os CP têm a finalidade de aliviar, amortecer o sofrimento de doentes terminais ou crónicos, sendo cuidados que são prestados ao doente até ao final da sua vida proporcionando-lhe, ao doente e suas famílias, bem-estar e qualidade de vida. Os CP têm como público os doentes e a respetiva família, sendo que os doentes para quem são destinados estes cuidados, são doentes que: transição para CP em condições fatais; tratamento disponível, mas prognóstico incerto; abordagem paliativa desde o diagnóstico de doenças incuráveis; necessidades médicas complexas em situações neurológicas graves; resposta insuficiente a necessidades complexas do doente (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2017).

Em Portugal, o Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006 é o diploma legal que estabelece a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], onde são também integrados os CP. De acordo com o referido diploma, a prestação de CP para atenuar o padecimento das

pessoas, visando a confortação às famílias (n.º 2, artigo 5.º). Os CP expressam a sua base em cuidados globais e imparciais, tanto em hospitalização ou em casa em doentes com prognóstico incurável (alínea *b*), artigo 3.º).

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), a Lei n.º 52/2012, de 05 de setembro, regulamenta o acesso dos cidadãos aos CP, definindo a responsabilidade do Estado no que se refere aos CP, criando, ainda, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) tutelada pelo Ministério da Saúde. Perante o articulado desta lei, a definição de CP torna-se mais completa quando comparada com a definição apresentada pelo DL n.º 101/2006.

Sendo a principal lei em matéria de CP, a LBCP procede também à apresentação dos princípios pelos quais se regem os CP, sendo eles:

- O valor da vida e tudo que lhe este implícito, morte como processo natural e adequação de tratamentos desnecessários;
- A ampliação da qualidade de vida do doente/família;
- O cuidado particularizado, humanizado;
- Equipas diferenciação na prestação de cuidados;
- A formação diferenciada no alívio da sintomatologia;
- Privilegiar cada necessidade individual;
- A consideração pelos valores em que acredita;
- A continuidade de cuidados ao em todo o processo.

O enquadramento legal dos CP foi alterado pelo DL n.º 136/2015, de 28 de julho, tendo as unidades e equipas de CP deixado de estar integradas na RNCCI, tornando necessária uma articulação entre a RNCCI e a RNCP.

Os CP poderão ser prestados em múltiplos contextos como em internamento, ambulatório e domicílio do utente, abrangendo um conjunto alargado de situações, idades e doenças (CNCP, 2017).

Tendo em conta o estabelecido pelo DL n.º 101/2006, os CP podem ser prestados em Unidades de Cuidados Paliativos ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos. Estas são equipas ambulantes, que não dispõem de lugares específicos de internamento, dando um acompanhamento estruturado e diferenciado aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados,

quer estejam em internamento, quer no seu próprio domicílio (Direção-Geral da Saúde, 2004). Na Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, estão previstos direitos que não estavam previstos na LBCP, dos quais se salienta: A participação ativa no plano terapêutico, podendo os doentes recusar tratamentos, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde; o direito de não ser alvo de distanásia, com recurso a um diagnóstico contra a sua vontade e a uma terapêutica obstinada; ao consentimento informado, devendo ser respeitada a sua decisão de recusar o suporte artificial das funções vitais e a utilização de tratamentos desproporcionais e não adequados ao seu estado clínico ou que prolonguem ou agravem a sua condição de sofrimento: a receber sedação de carácter paliativo em situações de prognóstico de morte eminente e que apresentem sintomas de sofrimento impossíveis de controlar; a recusar que o alimentem ou prestem cuidados de higiene, quando em situação de últimos dias de vida; a elaborar testamento vital e a nomear um procurador perante os cuidados de saúde; a ser a única pessoa titular do direito à informação clínica e de decidir com quem quer partilhar essa informação; a decidir sobre o destino do seu corpo e órgãos, depois da sua morte; de nomear um familiar ou prestador de cuidados de referência, que o assistam ou a designar um representante legal; a receber os apoios e prestações sociais a que tenha direito e que se adequem à situação que está a vivenciar. Todavia, a aplicação na prática destes direitos nem sempre é possível de ser executada, surgindo obstáculos à sua operacionalização.

Os CP já surgiram há mais de 25 anos e também apareceram as primeiras equipas de CP. Em Portugal ainda há a ideia de que os CP são para ajudar a morrer, intercedendo nos últimos dias de vida, ou até que instigam para a morte, ou que dedicam carinho e amor e pouco mais (Neto, 2020). Na mesma linha de pensamento da autora, estas ideias deturpadas influenciam o acesso aos cuidados saúde e serviços adequados.

1.1. A pessoa em fase final de vida

A PFV é a que padece de uma doença irreversível, sem hipótese de cura, que apresenta degradação a nível sintomático, com o fim iminente (Filipe & Moreira, 2021) É um ser humano frágil, especialmente se se encontra acamado, sujeito aos cuidados de outrem para as atividades da vida diária.

Por sua vez, Wermuth e Castro (2019) afirmam que o direito à vida é, sobretudo, o direito de viver. A proteção refere-se, aqui, à vida individual, não apenas à vida humana em geral. A vida

é compreendida, então, em sentido exclusivamente biológico e fisiológico.

Na opinião de Freixo et al. (2020), o doente em fim de vida pode dizer-se que vivencia duas fases de forma gradual: a primeira que se relaciona com o processo que deverá ser partilhado sobre a tomada de decisão acerca do início de medidas paliativas; a segunda respeitante às medidas implementadas para alcançar os fins desejados, com ênfase nas habilidades técnicas e humanas.

As necessidades do doente em fim de vida são uma temática de vários estudos onde são identificados, segundo Freixo et al. (2020), vários fatores:

- *Físicos*: alívio da dor e tratamento dos sintomas;
- *Emocionais*: alívio da carga emocional, conforto, dignidade e individualidade;
- *Sociais*: fortalecer relações com os convenientes significativos e políticas de visitas menos restritas com, eventualmente, presença contínua dos familiares;
- *Espirituais*: serviços religiosos e/ou rituais.

Tal como descrevem Capelas et al. (2017), a *morte social*, em que o doente se afasta da sua esfera de relações, esperando a morte. É o fim da sua socialização, ainda que vivo, e parece que já morreu, por vezes isolado em casa, outras vezes deixado em instituições, o medo da morte toma conta da pessoa. A *morte psicológica*, parece que num dado momento da vida vai morrer. Nos doentes terminais, a morte psicológica é como o fechar em si mesmo, que pode ser acompanhada de decadência física. A *morte biológica*, é quando a díade mente e corpo estão afastadas, levando à falência da mente, mesmo com o biológico de órgãos vitais em funcionamento, por suportes externos artificiais “é o fim do organismo como um todo. Esta clivagem pela recusa do direito de morrer, ainda hoje conduz a muitas discussões éticas” (p.9). Por último, a *morte fisiológica*, que é a falência total e ausência de funcionamento dos três órgãos vitais, pulmões, coração e cérebro (Capelas et al., 2017).

Abordar o tema da morte é uma tarefa desafiadora devido aos sentimentos predominantemente negativos associados a essa palavra. A própria definição, que a caracteriza como a cessação definitiva da vida, contribui para essa perceção adversa. Atualmente, o processo de morrer frequentemente ocorre em ambientes hospitalares, tornando-se uma parte comum do quotidiano dos enfermeiros, que enfrentam constantemente a complexidade da morte e a angústia decorrente da impossibilidade de preservar a vida humana. Contrastando com os períodos anteriores ao século XIX, em que a morte ocorria junto à família, os dias atuais testemunham

uma mudança significativa, transferindo o leito de morte do ambiente familiar para os leitos hospitalares, muitas vezes limitando-se à presença apenas da equipa de saúde (Sudai, 2021).

Apesar da ênfase que se tem dado aos cuidados no fim de vida, vários estilos demonstram que existem várias barreiras, principalmente no acesso a serviços específicos, escassez de recursos extra-hospitalares, inadequado controlo de sintomas, insatisfação nas necessidades dos doentes/família, sobrecarga dos cuidadores, cuidados dessincronizados, má gestão dos recursos e graves condições de sofrimento (Abate et al., 2023). A morte, como último ato da vida, é tão importante como a própria vida, conquanto nem sempre se toma consciência disso. Viver é evoluir para a morte.

De facto, a fase final da vida é um período que envolve complexidades únicas, desafios emocionais e necessidades específicas. Durante esse estágio, a pessoa confronta-se com a proximidade da morte, exigindo uma abordagem cuidadosa e compassiva por parte dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores. Este momento crítico pode ocorrer em diversas circunstâncias, como doenças incuráveis, situações de tratamento paliativo, ou em casos de prognóstico incerto.

É essencial o reconhecimento de que a PFV merece ser respeitada, ser tratada com dignidade e atenção e ter um atendimento centrado nas suas necessidades individuais. Os CP desempenham um papel fundamental, visando não apenas o alívio dos sintomas físicos, mas também o suporte emocional, espiritual e social. A promoção do conforto, a gestão da dor e a garantia de uma comunicação aberta e honesta são elementos essenciais para proporcionar uma transição mais suave nesse período sensível (Pires et al., 2020).

Além disso, é importante considerar o ambiente onde ocorre esse processo. Tradicionalmente associado ao contexto hospitalar, o cuidado na fase final da vida tem evoluído para abranger diferentes cenários, incluindo cuidados domiciliares. Essa mudança objetiva proporcionar um ambiente mais familiar e acolhedor, onde a pessoa pode estar rodeada pelos seus entes queridos.

A abordagem à pessoa em fase final de vida deve ser holística, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo e respeitando as suas preferências e valores. A qualidade dos cuidados nesse momento crítico não impacta apenas a experiência do doente, mas também influencia significativamente o apoio oferecido à família e aos cuidadores. Nesse sentido, é fundamental promover uma cultura de cuidado centrada na pessoa, assegurando que cada indivíduo receba assistência adequada para viver seus últimos momentos com dignidade e conforto.

1.2. Morrer em contexto de urgência

Morrer em contexto de urgência hospitalar é uma realidade desafiadora tanto para os doentes quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Nesse cenário, a natureza imprevisível e urgente das situações coloca uma pressão adicional sobre a equipa médica e de enfermagem. Os doentes que enfrentam o fim da vida num ambiente de urgência vivenciam frequentemente uma complexidade de sintomas e necessidades que demandam uma abordagem cuidadosa e sensível (Silva & Franch, 2023).

A equipa de saúde, composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais, desempenha um papel crucial ao proporcionar suporte físico, emocional e espiritual aos doentes e às suas famílias. A comunicação torna-se um elemento vital, exigindo que os profissionais expressem empatia, forneçam informações claras e estejam sensíveis às necessidades específicas de cada situação (Babaii et al., 2021).

As decisões no contexto de SU, particularmente em casos de fim de vida envolvem, frequentemente, escolhas difíceis sobre intervenções médicas, tratamentos paliativos e suporte emocional. A procura por dignidade no processo de morrer e o alívio dos sintomas tornam-se prioridades importantes.

A presença da família e amigos, embora muitas vezes limitada pelas circunstâncias da urgência, é valorizada e os profissionais de saúde esforçam-se para facilitar momentos de despedida e apoio emocional. No entanto, as condições muitas vezes frenéticas do ambiente de urgência podem apresentar desafios na criação de um espaço tranquilo e propício para esses momentos (Barreto et al., 2019).

O SU é designado para doentes em estado crítico que necessitam de estabilização emergencial, com foco no cuidado imediato. No entanto, não se limita apenas a casos emergenciais; doentes com necessidades específicas, como aqueles em CP, também procuram o SU. Apesar dos esforços globais para implementar os CP, persiste uma lacuna na aplicação dessas medidas no SU, destacando a importância da pesquisa para identificar estratégias eficazes de intervenção (Cunha & Martins, 2020).

O SU difere de qualquer serviço pela sua atenção em prestar cuidados emergentes que podem por em causa a vida (Filipe & Moreira, 2021). Mas, vários doentes com necessidades de CP podem socorrer-se do SU quando têm sintomas descontrolados como sintomas físicos, como a dispneia, dor, obstipação, náuseas e vômitos, fragilidade, solidão e sofrimento psicológico.

A forma como o SU lida com a fase final da vida muitas vezes é percebida como algo desconhecido e perturbador, sendo desafiador de abordar. Tradicionalmente, o SU é equipado com tecnologia avançada para combater a doença e evitar a morte, com os profissionais a serem treinados para “salvar vidas”. A implementação de uma abordagem paliativa pode parecer contraditória, especialmente num ambiente de urgência, representando um desafio significativo para aqueles que enfrentam essas situações (Cunha & Martins, 2020). Torna-se essencial transformar a perspectiva da morte, considerando-a como um processo único, intransmissível e digno. Para alcançar isso, os enfermeiros do SU e outros profissionais devem expandir o seu foco além do tratamento exclusivo e incorporar também a dimensão do cuidado.

De acordo com o estudo realizado por Rothe (2020), há fragilidades no acesso ao CP pelo Sistema Nacional de Saúde, estimando-se que 70% das pessoas que necessitam morrem sem o devido cuidado. Verifica-se desconhecimento dos profissionais de saúde e estereótipos associados que, conseqüentemente, originam a referência tardia para os CP. A autora reconhece que a representação social que se tem sobre os CP ainda está maioritariamente relacionada aos cuidados em fim de vida voltados para a pessoa idosa. De maneira geral os dados expressam a necessidade de os CP serem trabalhados, de modo que a população esteja mais informada relativamente a estes cuidados, tão relevantes para os doentes crônicos.

Nesse sentido, os enfermeiros do SU, e de todos os serviços não devem ver exclusivamente no tratar, mas ter um olhar atento para o cuidar. Há uma necessidade de transformar a percepção da morte num evento intransmissível, singular e digno. Isso implica uma mudança fundamental na abordagem dos enfermeiros do SU e outros profissionais de saúde. Ao invés de se concentrarem unicamente no tratamento clínico, é crucial que esses profissionais ampliem o seu foco para incluir o cuidado emocional, psicológico e humanizado durante o processo de fim de vida.

A proposta é ir além da aplicação de procedimentos médicos e tecnológicos, reconhecendo a importância de proporcionar conforto, apoio emocional e respeito às necessidades e desejos dos doentes que enfrentam situações de urgência terminal. Isso significa criar um ambiente onde a morte não seja apenas encarada como um evento clínico, mas sim como um momento significativo na vida de um indivíduo, requerendo uma abordagem holística e compassiva.

Os enfermeiros do SU desempenham um papel central nesse processo, sendo essenciais para garantir que os doentes e suas famílias recebam não apenas a assistência clínica necessária, mas também o suporte emocional vital. Isso implica uma mudança cultural na forma como a morte é abordada nos contextos de urgência, reconhecendo-a como uma parte natural do ciclo de vida

e proporcionando aos doentes um ambiente onde podem expressar as suas necessidades, preocupações e desejos.

1.3. Intervenções terapêuticas do enfermeiro

A prática da enfermagem envolve a habilidade e a ação dedicadas ao cuidado, além de ser uma disciplina científica especializada no cuidado com seres humanos, seja de forma individual, familiar ou comunitária. Os enfermeiros atuam de maneira autónoma ou em equipa, visando promover e proteger a saúde, além de prevenir e auxiliar na recuperação de doenças (Kitson et al., 2021).

A forma como se dá o processo de enfermagem no dia a dia, com o doente ou a família, reflete a variedade de papéis que a enfermagem assume. O enfermeiro será responsável por cuidados físicos, procedimentos técnicos e pela criação de um ambiente que seja seguro, confortável, estimulante e promotor da saúde. Muitas vezes o enfermeiro é chamado a ensinar, informalmente e formalmente, para permitir que o doente ou a família possam gerir o autocuidado, aprender sobre a sua doença, ou a resposta a uma situação ou lidar melhor com a sua condição. O enfermeiro pode encaminhar para outras fontes de ajuda que podem ser necessárias, pois nenhum membro da equipa de saúde pode atender a todas as necessidades do doente, pode servir como conselheiro, deve servir como uma fonte de estímulo e apoio emocional e social (Toney-Butler & Unison-Pace, (2023).

A capacidade de ser uma pessoa que ajuda é reforçada por um desejo genuíno de ser responsável e sensível a uma outra pessoa. Além disso, a experiência do enfermeiro com uma variedade de pessoas aumenta a sua consciência de reações e sentimentos pelos outros. O *feedback* que o enfermeiro recebe dos outros vai ensiná-lo muito, tanto a nível emocional como em níveis cognitivos (Moudatsou et al., 2020).

São várias as características que se correlacionam com a eficácia numa relação de ajuda. Uma característica é estar aberto e agir em interação com os outros. Uma característica adicional é perceber os outros como sendo amigáveis e eficientes, em vez de hostis e incapazes. Outra característica é a de perceber uma relação como libertação, em vez de controlo sobre o outro. Trabalhar com o outro numa relação de ajuda é desafiador e gratificante. O enfermeiro poderá ter de lidar com tensões que podem baixar a sua energia e sentido de envolvimento, pode tornar-se irritado e impaciente, mas o facto é que é importante

reconhecer que não se é perfeito (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

Nesta relação de ajuda em enfermagem surge a empatia como a capacidade de sentir o mundo privado do doente como se fosse o seu próprio mundo. Um enfermeiro sente a empatia na medida em que é capaz de se abstrair da sua própria experiência de vida, por meio de recalcamientos ou generalizações, fatores comuns que são aplicáveis aos problemas do doente (Zuchetto et al., 2019).

De facto, a ideia da empatia nas relações de ajuda é muito importante, e tem aumentado a importância da receção da mensagem pelo ouvinte; a comunicação expressiva dessa consciência sensível pela pessoa empática; e a fase de empatia recebida, ou a consciência de ser compreendido. Uma relação terapêutica empática envolve a construção de expressões de compreensão mútua entre enfermeiro e doente.

A forma como nos comportamos perante determinada situação, vai ser determinada pelas nossas atitudes, pensamentos ou sentimentos acerca da situação em causa.

De acordo com Filipe e Moreira (2021), segundo a teoria de conforto de Kolcaba, que faz relevância aos cuidados de enfermagem à PFV, o conforto como uma peça na satisfação das necessidades da pessoa com uma miragem holística. Já a teoria de Jean Watson, afirma que a interação é a linha no cuidado das necessidades psicossociais individuais, visando os sentimentos que o enfermeiro pode trabalhar com a PFV. Quando a pessoa exprime os seus medos, o enfermeiro cria um vínculo de confiança, transmitindo as suas angústias e necessidades, vínculo este que pode ser construtivo em relação às dúvidas e tratamentos da doença

Os cuidados prestados pelo enfermeiro devem assentar na dignidade humana, tendo por base as teorias de enfermagem (Filipe & Moreira, 2021). É evidente que surjam sentimentos de insegurança, impotência e, por vezes, de revolta e até agressividade perante o fracasso que a morte ainda representa para os enfermeiros. Perante estes sentimentos, o enfermeiro deixará de investir afetivamente no doente, pois é mais fácil deixar morrer que ajudar a morrer.

Na investigação recente evidenciam que o SU não é uma barreira à prestação de cuidados da PFV, mas sim a ausência de privacidade e de espaço, para a pessoa e respetiva família recebamos melhores cuidados e atenção, deixando de ser fatores de preocupação para os enfermeiros e uma fonte de stresse. Desta forma não haverá necessidade destes doentes serem afastados para um local que, por vezes, se situa longe dos olhares dos profissionais e

de outros utentes, o que pode ocasionar uma situação de negligência e de abandono nos cuidados (Filipe & Moreira, 2021).

Os cuidados prestados no SU exigem um cuidado contínuo, o materialismo da técnica e a rotinado dia a dia profissional, facilmente abrem a porta à fuga. É compensador cuidar da pessoa/ família em fim de vida, reconhecem na lacuna em formações sobre dar as más notícias e resolver conflitos, a falta de tempo surge como justificação para as dificuldades na prestação de cuidados, como também apoiar a família, na parte espiritual e social (Filipe & Moreira, 2021). O mesmo autor destaca as atitudes positivas face aos cuidados em fim de vida no SU, sendo que a idade, o tempo de exercício profissional em SU, a formação em CP, a inteligência emocional, podem influenciar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à PFV.

Um dos aspetos do desempenho dos enfermeiros prende-se com a questão de dar ou não a notícia da morte e como. Se o enfermeiro encarar a morte como algo terrível e pavoroso, nunca vai manter a calma e a serenidade para enfrentar e ajudar o doente, acabando a falar de outros assuntos ou arranando desculpas para não contar a verdade sobre o diagnóstico.

1.4. Vivências do enfermeiro no serviço de urgência

A experiência do enfermeiro no SU é marcada por uma dinâmica intensa e desafiadora. Neste ambiente, os profissionais de enfermagem enfrentam uma pressão constante devido à natureza urgente e imprevisível das situações. A necessidade de tomar decisões rápidas e eficazes é uma característica central deste contexto, onde a diversidade de casos, desde condições médicas graves a lesões traumáticas, exige uma adaptabilidade significativa.

A complexidade clínica das situações, muitas vezes desafiadoras, requer dos enfermeiros uma ampla gama de conhecimentos e habilidades. A carga emocional também é uma componente importante, pois lidam não apenas com doentes em estado crítico, mas também com familiares ansiosos, enfrentando situações emocionalmente intensas e, por vezes, lidando com perdas (Mendonça, 2021).

Neste âmbito, Sá e Velez (2021) analisaram a experiência vivida dos enfermeiros no cuidado à família no SU. Realizaram-se entrevistas em profundidade a 11 enfermeiros e a experiência vivida dos enfermeiros revelou oito dimensões: 1) O assumir de responsabilidade; 2) O acolhimento inicial da família; 3) Proporcionar condições à família para permanecer junto do seu familiar no SU; 4) A presença dos profissionais de saúde em todos os momentos; 5) Dar conforto nos momentos de sofrimento; 6) Dançar, com a família, numa situação-limite; 7) Providenciar informação de forma pautada e como conforto; e 8) Compaixão para com a família na vivência deste processo.

O trabalho em equipa é fundamental no SU, exigindo uma colaboração estreita com médicos, técnicos de emergência e outros membros da equipa de enfermagem. A comunicação rápida e eficaz é vital para garantir uma coordenação eficiente no atendimento aos doentes (Pereira, 2021). A tomada de decisão rápida é uma competência essencial, pois os enfermeiros devem ser capazes de avaliar rapidamente as situações, identificar prioridades e implementar intervenções adequadas. Além disso, o SU lida frequentemente com um grande volume de doentes, tornando a gestão do fluxo de pessoas uma tarefa desafiadora (Mendonça, 2021).

A formação contínua é crucial neste contexto dinâmico da saúde, garantindo que os enfermeiros estejam atualizados com as últimas práticas e protocolos. Em resumo, a experiência do enfermeiro no SU em Portugal é caracterizada por desafios constantes que exigem não apenas competências técnicas, mas também habilidades emocionais e uma abordagem colaborativa para garantir um atendimento eficaz e compassivo aos doentes (Omukeyeva et al., 2021).

1.5. Problemas éticos presentes no cuidar em fim de vida

As situações de fim de vida fazem emergir cada vez mais questões éticas que merecem reflexão, tomada de decisão e considerações por parte dos profissionais de saúde. Como por exemplo, no que toca aos cuidados a prestar a uma pessoa próxima do fim de vida; quais os valores, os deveres e princípios que norteiam os profissionais de saúde, na sua relação com o doente terminal e família; como respeitar as preferências/vontades do doente; como envolver o doente no seu processo terapêutico honrando a sua autonomia e poder de decisão; como proporcionar uma morte digna sem intervenções inúteis que se podem refletir em sofrimento (Capelas et al., 2017).

Mesmo que conhecida, a irreversibilidade da doença com os impulsos tecnológicos permite que

estes permaneçam mais tempo sobre medidas terapêuticas que pode significar qualidade de vida, pode então levar os profissionais a refletir sobre situações de suspensão de medicamentos que são considerados supérfluos ou insignificantes em certas patologias e situações. Os princípios éticos fundamentais que estão na base de todas as declarações do foro ético afirmam que qualquer tratamento deve reger-se pelo princípio da beneficência e não da maleficência. Quando é inútil ou fútil, a sua aplicação estamos perante uma situação de obstinação terapêutica ou distanásia, que não aceitável, pois o que é primordial é manter ou recuperar a saúde da pessoa ou promover a qualidade de vida e bem-estar (Capelas et al., 2017). Corroboram os mesmos autores que a interrupção de um tratamento estimado inútil não impede, obviamente a continuidade de um tratamento de conforto. Com base no prognóstico do doente, e certeza de que o tratamento é desfavorável e ineficiência ou pouca eficiência demonstrada, a equipa de saúde deve abordar os benefícios e os objetivos. Os profissionais devem direcionar-se na confiança doente/família com base no respeito/verdade, fundamental na tomada de decisões no que toca aos cuidados no fim de vida (Capelas et al., 2017).

A PFV é um ser humano vulnerável, especialmente se se encontra confinado ao leito, sujeita aos cuidados de outrem para as atividades mais elementares da vida. De acordo com Kloepfer, o direito à vida é, sobretudo, o direito de viver. Abrange a existência corporal, a existência biológica e física, que é pressuposto vital para desfrutar de todos os direitos fundamentais. A proteção refere-se, aqui, à vida individual, não apenas à vida humana em geral. A vida é compreendida, então, em sentido exclusivamente biológico e fisiológico (Plessner, 2018).

Refletir sobre o tema da morte representa uma tarefa complexa, dada a carga de sentimentos predominantemente negativos associados a essa palavra. A própria definição da morte é marcada pela negatividade, ao descrever a cessação definitiva da vida. No cenário contemporâneo, o processo de morrer ocorre, na sua maioria, dentro de instituições hospitalares, tornando-se parte integrante da rotina dos enfermeiros, que constantemente lidam com a complexidade desse fenómeno e a angústia decorrente da impossibilidade de preservar a vida humana. Desde os primórdios até o início do século XIX, o processo de morrer desenrolava-se junto à família, com o próprio moribundo tomando as providências necessárias. Comparativamente, nos dias de hoje, a dinâmica do processo de morte e morrer assumiu uma nova dimensão. A modernidade alterou o contexto do leito de morte, transferindo-o dos lares, cercado pela família e amigos, para os leitos hospitalares, muitas vezes com a presença exclusiva da equipa de saúde que presta assistência (Driessen et al., 2021).

Os doentes idóneos e cognitivamente competentes em fase terminal, para tomarem decisões têm o direito a recusar todo e qualquer cuidado, tendo em conta os seus valores e crenças, o desejo do doente sobrepõem o da família.

Os doentes idóneos e cognitivamente competentes em fase terminal, para tomarem decisões têm o direito a recusar todo e qualquer cuidado, tendo em conta os seus valores e crenças, o desejo do doente sobrepõem o da família. As tomadas de decisão são, frequentemente, unilaterais como é a decisão de não reanimação, devendo ser escrita no processo clínico pelo médico assistente, a recomendação de não realização de manobras de reanimação invasivas, em caso de paragem cardiorrespiratória, em doentes com doença grave, aguda ou crónica, considerada irreversível (Capelas et al., 2017). Esta orientação dispensa o consentimento do doente, deve ter em conta a experiência clínica do médico e de acordo com a *leges artis*, o prolongamento artificial da vida pode ser desnecessário, inapto a prolongar a vida em termos fisiológicos, em termos da autonomia e da qualidade de vida.

De acordo com a Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (artigo 108º), o enfermeiro participa nas diferentes fases do fim de vida e evidencia o seu dever de: privilegiar sem a escolha onde que receber os tratamentos bem como as pessoas que o acompanham, respeitar e fazer respeitar as perdas divulgadas pela pessoa que tem um fim próximo e a família e incutir respeito no pós-morte.

O profissional de saúde deve ter sempre em conta o respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida, direitos estes que assentam na ética, deontológica e legal (Capelas et al., 2017).

Face ao exposto, o enfermeiro, no seu ato profissional, assume a excelência do seu exercício, sendo responsável pela humanização dos cuidados, prestando cuidados à pessoa como um todo, inserida numa família e comunidade (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro artigos 109º e 110º).

O doente, portador de enfermidade avançada e em processo de fim de vida, cabe-lhe o direito imparcial a CP pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), com explícito na LBCP (Lei n.º 31/2018, de 18 de julho).

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Num estudo de investigação a escolha da metodologia a implementar é de particular importância, visto que esta possui uma função orientadora e define um conjunto de técnicas e métodos que orientam a elaboração de todo o processo de investigação (Fortin et al., 2009).

A seleção da metodologia está relacionada de forma direta com o problema em estudo e a escolha do investigador. De acordo com o carácter do estudo, este irá centrar-se dentro da metodologia do paradigma qualitativo, recorrendo-se a um grupo focal ou *Focus Group* (FG) também chamado de grupo de discussão, sendo uma técnica com o objetivo de colher dados de diferentes contextos no processo de investigação (Morgan, 1996, 1997, como citado em I. Silva et al., 2014).

Este ponto encontra-se organizado em seis subpontos: no primeiro, classificou-se o tipo de estudo; no segundo, descreveu-se a população e os participantes no estudo, tendo sido elencados os critérios de inclusão e de exclusão; no terceiro, formulou-se as questões e objetivos da investigação; no quarto, apresentou-se o instrumento de recolha de dados; no quinto, descreveu-se o procedimento de recolha de dados e as considerações éticas inerentes a este processo; no sexto, e último subponto, indicou-se o procedimento de tratamento e análise de dados.

1.1. Tipo de estudo

Para dar resposta aos objetivos delineados, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, recorrendo-se a uma entrevista semiestruturada a um grupo focal (*focus group*) de enfermeiros. Pode considerar-se do tipo fenomenológico, uma vez que se pretende que os participantes descrevam a vivência da qualidade dos momentos experimentados. Constitui uma abordagem qualitativa, porque implicou um destaque nas qualidades das entidades e nos processos e significados, valorizando a qualidade socialmente construída da realidade (Vilelas, 2020). De acordo com este autor, o estudo qualitativo considera a relação entre o mundo real e o sujeito, uma dicotomia entre o objetivo e subjetividade do sujeito que não se pode traduzir em números, bem como a interpretação de fenómenos e atribuição de significados. O ambiente natural é a fonte direta para recolha de dados, o investigador é o instrumento chave. Refere, ainda, que este método transcreve a maneira como as pessoas interpretam e dão sentidos às experiências, sendo interpretativa da realidade social (Vilelas, 2020).

Na perspectiva do mesmo autor, o *focus group* (FG) não procura só informação individual, mas identificar interações grupais, o que vai enriquecer as experiências, bem como percepção de atitudes, preferências, sentimentos, dificuldades ou conflitos. Uma das características fundamentais do FG é a interação grupal. Permite ao investigador colher dados diretamente do discurso do grupo e alcançar expressões e fisionomias de linguagem, que não seria exequível com outra técnica. No contexto do mesmo autor, o FG é uma técnica em que o investigador “reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo ... tendo como objetivo colher, a partir do diálogo e do debate”(p.304), portanto, as questões devem instaurar e incentivar o debate.

Na perspectiva de I. Silva et al. (2014), o FG é “... uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador” (p. 177). Acrescentam, ainda, que o FG localiza a intergeração na discussão do grupo como a fonte dos dados, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para a recolha de dados.

O FG comporta três componentes essenciais “os focus group são um método de investigação dirigido à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte de dados e reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo” (I. Silva, 2014, p. 177).

Realçamos que, neste estudo, estiveram intrínsecas as cinco fases do FG, que são: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados, conforme apontam I. Silva et al. (2014).

Na *primeira fase - planeamento*: delineou-se a questão de investigação, os objetivos, o guião de entrevista, para apoio da entrevista, elaborou-se questões de reforço, definiu-se os participantes e qual o tamanho do grupo, tal como recomendado por I. Silva et al. (2014).

Na *segunda fase - preparação*: consagrar o recrutamento dos participantes e as condições essenciais para a entrevista do FG. Os participantes foram notificados, esclarecendo os objetivos em causa, método de pesquisa e tempo da entrevista. Depois da notificação, procedeu-se a mais três abordagens com os participantes: por telefone, o segundo contacto, com o propósito de auscultar a aceitação no estudo; um mês antes da concretização da entrevista, quinze dias antes da realização da entrevista, sucedeu a terceira abordagem, via telefone, tendo o propósito de agendar o dia e a hora tendo em consideração a flexibilidade horária dos participantes; em último, o quarto contacto, via telefone, no dia antecedente à entrevista,

promovendo uma reflexão prévia, os participantes foram informados das perguntas que seriam abordadas e as questões-alvo da investigação.

A *terceira fase - moderação*: a entrevista pode ir até duas horas e meia, embora a média ronde os noventa minutos. A intervenção do investigador é fulcral com vista a gerir a dinâmica do grupo, tendo sempre em consideração o respeito e a liberdade de expressão, com vista a promover um ambiente confortável para que os participantes expressem as suas vivências, dando oportunidade a cada participante de dar a sua opinião, o moderador não deve fazer julgamentos, mas ouvir, manter o debate (I. Silva et al., 2014). O moderador orienta os equipamentos de gravação.

Na *quarta fase - análise dos dados*: os dados das entrevistas foram gravados com o consentimento de todos os participantes, para serem transcritos, esta reprodução foi a mais fiel possível, de forma sistemática e rigorosa para garantir o que aconteceu na entrevista. Esta análise de dados tem em conta três etapas: i) a *codificação/indexação*: após transcrito e lido várias vezes o texto, atribui-se as categorias e subcategorias; ii) o *armazenamento/recuperação*, que diz respeito à compilação dos extratos do texto subordinados à mesma categoria, de modo a fazer-se comparações recorrendo ao programa informático NUDIST® ou NVivo®, que é específico para análise de conteúdo; iii) a *interpretação*, que deve ser a análise sistemática dos dados recorrendo ao método de indução analítica (I. Silva et al., 2014).

Por último, na *quinta fase - divulgação dos resultados*: exibir os resultados com a elaboração de um trabalho de projeto, para garantir o anonimato e confidencialidade de todos os participantes (I. Silva et al., 2014), recorreu-se à codificação dos participantes da entrevista (E1 a E7).

De facto, os enfermeiros, seja nas intervenções autónomas seja nas interdependentes, vivem frequentemente a angústia de estarem a vivenciar o sofrimento e a morte tão de perto.

1.2. Questão de investigação e objetivos

A temática é um assunto que o investigador selecionou de acordo com as suas inclinações, possibilidades, as aptidões e tendências, indo ao encontro de um objeto que mereça ser investigado, exequível com rigor científico (Vilelas, 2020).

Face ao exposto e com base na escolha do método, definiu-se como questão norteadora: “*Quais as vivências dos enfermeiros no cuidado à PFV, no SU?*”

Depois da pergunta de partida, passamos à formulação das questões de investigação imprescindíveis, de modo a direcionar mais especificamente o posterior progresso da investigação, onde se destacam os objetivos balizadores de modo a fundamentar a questão de investigação.

Objetivo geral: Analisar as vivências dos enfermeiros no cuidado à PFV, no SU.

Questões orientadoras, que vão ao encontro do objetivo anteriormente exposto:

- Qual a percepção dos enfermeiros acerca do conceito de PFV e de CP?
- Quais os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à PFV no SU?
- Quais as intervenções dirigidas à PFV pelos enfermeiros no SU?
- Quais as dificuldades e as necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU?
- Qual a opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade PFV no SU e das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU?

Neste sentido, colocamos como *objetivos específicos:*

- Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do conceito de PFV e de CP;
- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à PFV no SU;
- Descrever as intervenções dirigidas à PFV pelos enfermeiros no SU;
- Identificar as dificuldades e as necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU e das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU.

1.3. População e amostra

Para Vilelas (2020), a população é um conjunto de todos os indivíduos que se deseja investigar com certas propriedades, que tem uma ou mais características em comum. Seguindo o registo do mesmo autor, nas investigações qualitativas, o investigador é o instrumento principal; a investigação qualitativa tende a ser mais descritiva; há mais interesse pelo processo do que pelos resultados ou produtos; o significado é de importância vital, é indutiva, o investigador

desenvolve conceitos, ideias através de padrões encontrados nos dados recolhidos. Por sua vez, Coutinho (2011), conceptualiza a população como um conjunto de elementos ou pessoas a quem se pretende generalizar os resultados e que compartilham de uma característica comum. É a população que nos está acessível ou nos é disponibilizada, o que possibilita selecionar a amostra, que deve ser representativa da população de onde foi retirada.

No presente estudo, a população são enfermeiros que exercem funções no SU de uma unidade pertencente a uma ULS do norte de Portugal. Como critérios de inclusão, considerou-se: i) enfermeiros que exerciam funções no SU há mais de 1 ano e já terem experienciado a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida; ii) enfermeiros que se encontrassem na prestação direta de cuidados. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: i) enfermeiros que se encontrassem de baixa médica durante o período de recolha de dados; ii) enfermeiros que não aceitassem a gravação áudio do FG.

Com base na aplicação dos critérios, por convite (amostragem não probabilística, intencional), a amostra ficou constituída por 7 enfermeiros que aceitaram participar no estudo.

1.4. Instrumento de recolha de dados

Para a realização da entrevista semiestruturada ao FG, foi elaborado um guião (*Apêndice II*) para o efeito, composto por duas partes: a primeira parte constou de questões destinadas à caracterização sociodemográfica dos sujeitos; a segunda parte incluiu questões abertas às quais os participantes responderam livremente, que pretendiam explorar a vivência dos enfermeiros no processo de cuidar de doentes em fim de vida e que vão ao encontro dos objetivos delineados para a investigação.

Procedimento de recolha de dados e considerações éticas: no decorrer deste estudo foram respeitados os princípios éticos emanados pela declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, nomeadamente a participação livre e voluntária, a confidencialidade e o anonimato dos dados.

Para tal, foi solicitada a autorização prévia à instituição e respetiva comissão de ética. Após parecer favorável de ambas (*Anexo I*) foi obtido o consentimento informado dos participantes (*Apêndice III*), assim como a autorização para a gravação áudio, garantindo a qualquer momento o direito à desistência na participação do estudo sem prejuízo ou dano.

Nos últimos anos, e com o aumento crescente do número de estudos com recolha de dados, tem

havido uma acentuada preocupação com a proteção dos indivíduos como sujeitos de investigação. Todo o estudo que envolve seres humanos requer uma atenção e análise dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger-se os direitos do ser humano, tendo em conta os seguintes aspetos:

- Não se deve manipular pessoas, dados e resultados;
- Respeitar os valores morais e culturais dos indivíduos;
- Assegurar a segurança, intimidade e dignidade dos indivíduos;
- Assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Após a autorização deferida pela comissão de ética da instituição para a recolha de dados e da obtenção do consentimento informado dos participantes, estes foram contactados, tendo-lhe sido dada informação acerca dos objetivos do estudo e do processo de recolha de dados, tendo sido agendada uma data e local para a recolha de dados. Na data e hora agendada, a investigadora deslocou-se para o local estabelecido, tendo realizado a entrevista semiestruturada a um FG, durante a primeira semana do mês de março de 2023, num momento único. A entrevista foi audiogravada na íntegra.

1.5. Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram todas transcritas integralmente e digitalizadas, tendo sido atribuído um código constituído pela letra maiúscula E, de entrevista, e por um número sequencial de 1 até à última entrevista (como, por exemplo, E1, E2, E3, até à última entrevista), criando, assim, um conjunto de códigos que foram utilizados sempre que o discurso se referia a qualquer enfermeiro. Pretendeu-se, desta forma, manter o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos enfermeiros entrevistados.

Tendo em conta o paradigma qualitativo em que se situa esta investigação, bem como a técnica de recolha de informação utilizada, a técnica de análise de dados escolhida foi a análise de conteúdo de Bardin (2009). A técnica da análise de conteúdo caracteriza-se pela procura de explicação e compreensão, permitindo fazer inferências de forma sistemática e objetiva, identificando características singulares e implícitas do discurso, já que “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça ... é a busca de outras realidades através das mensagens” (Bardin, 2009, p. 45).

Vilelas (2017), refere que a análise de conteúdo diz respeito a uma análise qualitativa que requer uma categorização da informação recolhida. A análise de dados permite apresentar aos outros aquilo que se encontrou. Os dados obtidos foram codificados, isto é, são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes da análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo compreende algumas etapas organizadas em três fases: a primeira designa-se de pré-análise; a segunda envolve a exploração do material; a terceira, inclui o tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A primeira fase, intitulada de *pré-análise*, é a fase em que se organiza o material a ser analisado, tendo como objetivo torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Esta fase implica a realização de quatro processos: 1) leitura flutuante; 2) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); 3) formulação de hipóteses e objetivos; 4) elaboração de indicadores. Para tal, é crucial ter em conta critérios na seleção dos documentos, como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e a pertinência. O primeiro critério envolve o esgotamento da totalidade da comunicação; o segundo obriga a que os documentos selecionados devem ter informações que representem o universo a ser pesquisado; o terceiro implica que os dados devem referir-se ao mesmo tema; o quarto implica que os documentos devem ser coerentes com os objetivos da pesquisa (Bardin, 2006).

A segunda fase, *exploração do material*, consiste na codificação do material e na definição de categorias de análise e na identificação das unidades de registo (conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos. Sendo assim, a codificação, a classificação e a categorização deverão ser a base nesta fase (Bardin, 2006). Por fim, na terceira fase, *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*, decorre a reunião e o destaque das informações para análise, terminando nas interpretações inferenciais (Bardin, 2006).

Após a leitura das entrevistas, foram definidas unidades de registo que, à *posteriori*, foram transcritas, e enquadradas segundo categorias e subcategorias. Para a apresentação da análise efetuou-se a realização de matrizes de registo por categorias e subcategorias, que procuram descrever as fundamentais interpretações (Vilelas, 2020). Da fragmentação dos dados emergiram as categorias e respetivas subcategorias, onde se optou por definir as categorias e subcategorias, à *prior* e, à *posterior*, foi efetuada a sua retificação e ajustamento, de acordo com os dados colhidos.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida procedemos à apresentação e análise dos resultados provenientes da realização das entrevistas a um FG de sete enfermeiros de uma unidade local de saúde do norte de Portugal, que foram sujeitas a análise de conteúdo. Este procedimento de análise dos dados permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas, ou seja, categorias e subcategorias, que permitiram a compreensão da vivência dos enfermeiros, no cuidado à PFV, em contexto de SU, de um hospital da zona norte. A discussão dos resultados obtidos será realizada à luz da bibliografia consultada e estabelecendo comparação com os resultados encontrados em outros estudos sobre a mesma temática, a nível nacional e internacional.

Segue-se a apresentação e análise das entrevistas, iniciando-se pela caracterização sociodemográfica da amostra.

2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A amostra da presente investigação é constituída por sete enfermeiros, cuja média de idades situa-se nos 42,57 anos, com um desvio padrão (Dp) de 7,955, sendo a maioria do sexo feminino (71,4%). Cinco participantes são casados, um solteiro e um viúvo. A maioria da amostra possui uma especialidade em enfermagem (três em enfermagem médico-cirúrgica e um em enfermagem de saúde materna e obstetrícia). Quanto ao tempo de serviço, a maioria enquadra-se na categoria entre os 10 anos e os 20 anos. Constatou-se que um participante possui formação em CP. Estes dados encontram-se explanados na Tabela 1.

Tabela 1.*Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (n=7)*

Variáveis	M ± DP	
Idade	42,57±7,955 anos	
	n	%
Sexo		
Feminino	5	71,40
Masculino	2	28,60
Estado civil		
Solteiro	1	14,30
Casado	5	71,40
Viúvo	1	14,30
Habilitações académicas/Profissionais		
Licenciatura em enfermagem	3	42,90
Especialidade e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e especialidade	2	28,60
Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica	1	14,30
Especialidade em saúde materna e obstetrícia	1	14,30
Tempo de serviço		
Menos de 10 anos	1	14,30
De 10 a 20 anos	4	57,10
De 21 a 30 anos	1	14,30
Mais de 30 anos	1	14,30
Formação em cuidados paliativos		
Não	6	85,7%
Sim	1	14,3%

Nota: $M \pm DP$ = Média \pm Desvio padrão; n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Também no estudo de Moura (2017), no qual participaram 10 profissionais de saúde (5 enfermeiros e 5 médicos), de um SU de um hospital do norte de Portugal, que tinha como objetivo analisar as abordagens terapêuticas priorizadas pelos profissionais de saúde perante a PFV, no SU, todos os participantes eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 anos e os 33 anos e a maioria não detinha formação em CP, características muito semelhantes às dos participantes do presente estudo, exceto a idade, pois as participantes do estudo em comparação eram mais jovens. Também Gomes et al. (2017) referem que a falta de formação em CP é evidente.

2.2. A pessoa em fim de vida e Cuidados Paliativos: Conceitos emanados pelos enfermeiros da amostra

Neste subponto apresentamos as categorias emergentes e subcategorias, bem como as respetivas Unidades de Registo Exemplificativas (URE), que resultaram da análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas aos enfermeiros que exerciam a sua atividade profissional no SU, categoria a categoria. Esta análise será precedida pela respetiva questão que consta do guião de entrevista.

De acordo com primeiro objetivo específico, que se pretendia identificar o conceito dos enfermeiros acerca do conceito de PFV e de CP, quando questionados sobre estes conceitos emergiram: na primeira categoria, conceito de PFV, emergiram três subcategorias (Pessoa que tem uma doença incurável; Pessoa com pouco tempo de vida; Pessoa que está em situação de fragilidade). Na categoria de CP, emergiram três subcategorias, tais como: Promoção do conforto e bem-estar ao doente; Promoção do bem-estar da família; Cuidados promotores de dignidade (Tabela 2).

Tabela 2.

Conceitualização de PFV e de cuidados paliativos

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Conceito de pessoa em fim de vida	Pessoa que tem uma doença incurável	<p>“É aquela pessoa que tem uma doença incurável, que não tem uma intenção curativa, de alguma forma os cuidados médicos não se apresentam como solução do problema, nem acrescentam nada” (E1).</p> <p>“Uma pessoa em fim de vida, consideramos uma pessoa com uma patologia que não tem possibilidade de melhoria e que está num processo em que o agravamento acaba por ser um pouco mais acelerado” (E6).</p>	7
	Pessoa com pouco tempo de vida	<p>“Uma pessoa em fim de vida, é como a própria palavra indica é uma pessoa que está em vias de morrer e é uma pessoa que não tem mais nada para oferecer” (E2).</p> <p>“Uma pessoa em fim de vida é uma pessoa com esperança de vida curta e além disso também se encontra numa situação de fragilidade, pela sua doença crónica e prolongada” (E7).</p>	2
	Pessoa que está em situação de fragilidade	<p>“Uma pessoa em fim de vida é uma pessoa que está em situação de fragilidade e para a qual a nossa intervenção e os nossos cuidados não visam a intervenção a nível curativo” (E3).</p>	2
Conceito de cuidados paliativos	Promoção do conforto e bem-estar ao doente	<p>“Promover o maior conforto possível, e ao fim de tudo também o alívio da dor porque são doentes com dor física e dor emocional” (E2).</p> <p>“É quando a palavra paliativos associamos a cuidado, proteção. Essencialmente visa promover o bem-estar não só dirigido ao utente, mas também à família, como os colegas já referiram, toda a envolvimento” (E6).</p>	3
	Promoção do bem-estar da família	<p>“E conseguirmos também aliviar o sofrimento geral, não só do doente, mas também da família toda” (E4).</p> <p>“(…) por vezes quem necessita de apoio é a família, não sei se já sentiram isso. (E6)</p>	3
	Cuidados promotores de dignidade	<p>“[...] acho que tem de ser cuidados promotores de dignidade, ou seja, mantermos a dignidade daquela pessoa até ao último suspiro dela” (E7).</p>	2

No que concerne à PFV, são vários os aspetos referidos pelos entrevistados como sendo uma pessoa com uma doença incurável, prolongada e crónica; uma pessoa que tem pouco tempo de vida e sem possibilidade e uma pessoa com necessidades específicas em termos terapêuticos. Neste sentido, foram identificadas sete unidades de registo, tais como:

“É aquela pessoa que tem uma doença incurável, que não tem uma intenção curativa, de alguma forma os cuidados médicos não se apresentam como solução do problema, nem acrescentam nada” (E1).

“A pessoa em fim de vida é alguém que tem a necessidade em termos terapêuticos, por vezes pode necessitar também de tratamento a nível psicológico” (E5).

“Uma pessoa em fim de vida, é como a própria palavra indica é uma pessoa que está em vias de morrer” (E2).

“Uma pessoa em fim de vida é uma pessoa que está em situação de fragilidade e para a qual a nossa intervenção e os nossos cuidados não visam a intervenção a nível curativo” (E3).

“No que diz respeito a pessoa em fim de vida no SU, nós temos aquela vítima de doença crónica e prolongada, que está no fim de vida, em parte final da sua vida” (E4).

“Uma pessoa em fim de vida, consideramos uma pessoa com uma patologia que não tem possibilidade de melhoria e que está num processo em que o agravamento acabar por ser um pouco mais acelerado” (E6).

“Uma pessoa em fim de vida é uma pessoa com esperança de vida curta e além disso também se encontra numa situação de fragilidade, pela sua doença crónica e prolongada” (E7).

Todos os conceitos que emergiram do discurso das(os) entrevistadas(os) são coincidentes com os do estudo de Moura (2017), no qual as subcategorias emergentes referentes ao significado (conceito) de PFV.

Os resultados do estudo relativos à perceção dos enfermeiros sobre as PFV e os CP estão em consonância com investigação anterior neste domínio. A definição de uma PFV como alguém com uma doença crónica incurável que tem um tempo de vida limitado é consistente com o entendimento de que os cuidados em fim de vida são prestados a indivíduos que enfrentam doenças limitadoras da vida (World Health Organization [WHO], 2020). A ênfase nos cuidados especializados e a ausência de intenções curativas também correspondem aos princípios dos CP (Hugar et al., 2021).

De igual modo, a identificação pelo estudo de subcategorias relacionadas com a PFV, como a fragilidade, as necessidades terapêuticas e a deterioração acelerada, alinha-se com a natureza multidimensional dos cuidados em fim de vida (Pergolizzi et al., 2020). O reconhecimento dos aspetos psicológicos e emocionais dos cuidados em fim de vida também é consistente com a literatura que destaca a importância de abordar as necessidades holísticas dos doentes e das suas famílias (Derry et al., 2019).

Em termos da definição de CP, os resultados do estudo refletem a literatura existente. A ênfase no alívio da dor e do sofrimento, na promoção da dignidade e na melhoria da qualidade de vida

alinha-se com as definições estabelecidas de CP (WHO, 2020). O reconhecimento da importância do apoio familiar e do impacto mais alargado dos cuidados em fim de vida nos entes queridos do doente é também consistente com a abordagem centrada na pessoa e na família defendida na literatura (Hugar et al., 2021).

Relativamente aos CP, os enfermeiros definem como sendo uma prática de cuidados para a promoção do conforto e bem-estar do doente, direcionados para o alívio do sofrimento (físico e psicológico). Ao mesmo tempo, considera-se que estes são cuidados que, para além de promoverem a qualidade de vida e a dignidade aos doentes, contribuem para a promoção do bem-estar dos familiares.

Aquando da solicitação do conceito de CP, sobressaiu a referência à dificuldade da sua aplicabilidade ao contexto em estudo (SU), patente na seguinte URE: *“E nem sempre em contexto de serviço de urgência é fácil”* (E1).

Moura (2017), também procurou conhecer o conceito de CP, que designou por significado, tendo no seu estudo emergido oito subcategorias, que englobam quase todas as subcategorias emergentes no presente estudo, exceto a subcategoria “Promover o bem-estar”. No entanto, o discurso das entrevistadas daquele estudo foi mais rico em conteúdo, tendo produzido três subcategorias distintas: “Cuidados promotores de relação”, “Cuidados sem intenção curativa” e “Cuidados dirigidos à pessoa com doença crónica evolutiva”.

Também no estudo desenvolvido por Baptista e Picanço (2019), com uma amostra de 65 profissionais de saúde de uma equipa multiprofissional de uma hospital da Bahia (Brasil), que tinha como objetivo conhecer os saberes da equipa multiprofissional sobre CP, numa unidade de atendimento crítico, a maioria dos participantes, no seu discurso, salientou a necessidade de promover a qualidade de vida, a importância do conforto e controlo dos sintomas, aspetos que também foram vinculados pelos participantes do presente estudo.

Integrando ainda o primeiro objetivo do estudo, uma das questões de reforço visava auscultar as diversas fases que uma PFV apresenta. As respostas evidenciam o conhecimento de quatro das cinco fases associadas a uma PFV, tais como: “Negação” (1 URE), “Revolta” (2 URE), “Depressão” (1 URE) e “Aceitação” (1 URE). As citações mais relevantes retiradas da entrevista focal são as seguintes:

“Negação” (E5).

“Revolta” (E7).

“Depressão” (E4)”.

“Na fase final a aceitação, temos doentes que estão conscientes da sua terminalidade e já estão nessa fase de aceitação. Inclusivamente num processo de resolução de algumas situações pendentes que possam ter resolvidas antes da sua partida” (E6).

A identificação pelo estudo de fases comumente associadas ao processo de fim de vida, como a negação, a revolta, a depressão e a aceitação, está em consonância com o conhecido modelo de Kubler-Ross ou modelo das "fases do luto" (Rinker, 2020). Estes resultados são consistentes com investigações anteriores, que aplicaram este modelo para compreender as respostas emocionais e psicológicas dos indivíduos em situações de fim de vida (Digby et al., 2020; Santana et al., 2020).

Mantendo a fluidez do discurso que se ia desenvolvendo com a troca de opiniões e perceções entre os enfermeiros participantes no FG, questionou-se se todos os doentes em fim de vida passariam por todas as fases referidas anteriormente. Sobressaiu a ideia de que os doentes em fim de vida “não percorrem todas as fases”, bem evidenciado no discurso de um participante:

“Eu acredito que não, muitos deles não terão tempo de interiorizar o processo de terminalidade. Os que não tem esse tempo, poderão não passar pela fase de negação e revolta e também alguns regredir nas fases” (E6).

Esta constatação realça a complexidade e a individualidade das experiências de fim de vida, que tem sido reconhecida na literatura (Digby et al., 2020).

2.3. Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim devida no serviço de urgência

Dado a elevada carga emocional associada ao sofrimento e a iminência da morte, questionou-se os enfermeiros integrantes do FG acerca dos sentimentos vivenciados no âmbito do cuidado à PFV. Da análise das unidades de registo na categoria “Emoções/Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros” emergiram duas subcategorias “Sentimentos negativos” e “Emoções negativas” (Tabela 3).

Tabela 3.*Emoções/sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no cuidado à PFV*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Emoções/ sentimentos vivenciados pelos enfermeiros	Sentimentos negativos	“Certamente frustração, certamente incapacidade, certamente uma impotência” (E1). “Eu acho que esse sentimento de frustração, é o sentimento que a grande maioria sente, mas começa logo no circuito da urgência.” (E7).	6
	Emoções negativas	“(…) mas fico triste e bastante ansiosa quando recebo esse gênero de doentes, porque a minha vontade é de fazer mais Muitas das vezes limitados por tudo o que o colega disse, ... uma raiva, uma revolta de não poder fazer mais” (E4).	5

Os termos "sentimentos" e "emoções" são muitas vezes utilizados indistintamente, mas na verdade referem-se a experiências psicológicas distintas. As emoções são normalmente respostas breves, intensas e instintivas a um estímulo. São reações automáticas e, muitas vezes, inconscientes que envolvem alterações fisiológicas, como o aumento do ritmo cardíaco, a transpiração ou alterações nas expressões faciais (Carr, 2021). As emoções são consideradas universais em todas as culturas e acredita-se que tenham um significado evolutivo, ajudando-nos a responder rapidamente a ameaças ou oportunidades (Carr, 2021).

Os sentimentos, por outro lado, são as experiências conscientes que surgem como resultado dessas emoções (Katie & Pym, 2019). São interpretações subjetivas e cognitivas das emoções. Os sentimentos envolvem a percepção consciente e a interpretação pessoal das experiências emocionais (Katie & Pym, 2019). Por exemplo, a emoção do medo pode levar à sensação de estar ansioso ou assustado.

No âmbito dos sentimentos, a “frustração” foi o mais referenciado pela amostra (Tabela 4), sendo as citações mais significativas desta subcategoria as seguintes:

“Se queres que seja sincero em relação a essa pergunta até dizia muitas das vezes, frustração. Não digo em todos os casos, mas em grande parte deles. Frustração no doente que está a paliar. E porquê? Porque continuamos a insistir em medidas interventivas, que continuam a manter o sofrimento do doente, e tutelam o alívio do desconforto do doente. E, portanto, frustração, por não termos espaço para poder tratar daquele doente, não temos tempo para tratar aquele utente” (E3).

“Também concordo com o meu colega quando ele fala no sentimento de frustração, é a mesma coisa.” (E2).

“Eu acho que esse sentimento de frustração, é o sentimento que a grande maioria sente, mas começa logo no circuito da urgência.” (E7)

A frustração como sentimento mais relatado no presente estudo vai ao encontro dos estudos anteriores, quando destacam a frustração experimentada pelos enfermeiros na prestação de cuidados em fim de vida (McPherson et al., 2023). As citações fornecidas pelos participantes enfatizam a frustração decorrente da persistência de medidas interventivas que mantêm o sofrimento e o desconforto do doente, bem como a falta de recursos e tempo para fornecer tratamento e alívio adequados.

Para além da frustração, os enfermeiros reportam-se a emoções negativas, como a tristeza, a raiva e a revolta. Estes sentimentos podem resultar da constatação das limitações na prestação de cuidados ótimos devido a fatores externos, como a falta de recursos e de apoio, de resto como o destacou o E4 no seu discurso. Esta gama de emoções negativas reflete a carga emocional significativa que os enfermeiros enfrentam quando lidam com doentes em fim de vida.

Vásquez-García et al. (2019), no seu estudo de revisão bibliográfica com uma amostra de 20 artigos, cujo objetivo foi analisar a perceção e enfrentamento profissional de médicos e enfermeiros ante a morte de um doente em serviços hospitalares de emergência, embora se refiram especificamente às emoções, identificaram na sua análise a angústia, culpa, frustração, tristeza, empatia, respeito insegurança e ira. Já o estudo de Monteiro et al. (2020), realizado num hospital do Rio Grande do Sul (Brasil), com uma amostra de 17 profissionais de saúde sobre a morte dos doentes, tinha emergido o sentimento de frustração e a emoção tristeza.

Esta convergência, em termos dos sentimentos/emoções emergentes, continua no estudo de Borba et al. (2022), de revisão bibliográfica, no qual foram selecionados 12 artigos, cujo objetivo foi descrever as perceções relacionadas com o processo de morte e morrer de enfermeiros, no qual os sentimentos que mais emergiram foram a impotência, tristeza, angústia, frustração, culpa e medo.

Os sentimentos relatados pelos participantes são consistentes com a gama de emoções comumente associadas aos cuidados em fim de vida entre os profissionais de saúde (Jimenez et al., 2022). Essas emoções decorrem dos desafios de testemunhar o sofrimento, do desejo de prestar cuidados mais abrangentes e da frustração com as limitações impostas por fatores externos.

Nenhuma emoção ou sentimento positivo foi mencionado pelos participantes, indicando a carga emocional avassaladora da prestação de cuidados em fim de vida no SU. Este achado alinha-se

com estudos que destacam a tensão emocional e o esgotamento experimentados por enfermeiros e profissionais de saúde em contextos semelhantes (Algamdi, 2021).

Os sentimentos de frustração, tristeza e impotência são comuns devido à complexidade dos casos, à necessidade de tomar decisões difíceis e à exposição frequente à morte e ao sofrimento (Ferrell et al., 2015).

2.4. Intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em fim de vida no serviço de urgência

Visando identificar quais as intervenções de enfermagem que eram praticadas por parte dos enfermeiros junto das PFV, da análise aos discursos sobressaem três subcategorias distintas: “Alívio dos sintomas”, “Proporcionar medidas de conforto” e “Apoio ao doente e à sua família” (Tabela 4).

Tabela 4.

Intervenções de enfermagem na PFV no âmbito do SU

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Intervenções de enfermagem	Alívio dos sintomas	<i>“(…) sintomatologia a nível da dor, tentar aliviar essas fases” (E4).</i>	6
		<i>“.. num doente que nós temos em final de vida tentamos dar ao máximo conforto, aliviar a dor...” (E3).</i>	
	Apoio ao doente e à sua família	<i>“...e deixá-lo estar com os seus quando isso é possível” (E3).</i>	5
		<i>“(…) deixá-los estar próximos da família” (E7).</i>	
	Proporcionar medidas de conforto	<i>“De uma forma muito direta é respeito pelo doente, pela família” (E2).</i>	5
		<i>“(…) proporcionar melhor conforto possível” (E2).</i>	
		<i>“(…) conforto (...) (E1).</i>	
		<i>“(…) melhore conforto psicológico” (E5).</i>	

No presente estudo, os enfermeiros enfatizam que seu principal foco residiu no alívio de sintomas, na promoção do conforto, no apoio ao doente e à sua família. As intervenções do âmbito dos CP, que se concentram em proporcionar medidas conforto à pessoa e apoio ao doente e à sua família, são consistentes com as diretrizes da WHO (2020) para CP. Os profissionais de enfermagem reconhecem a importância de deixar o doente estar com seus entes queridos, demonstrando respeito, tanto pelo doente quanto pela família (E3) e alinhando-se com

o conceito de cuidados centrados no doente (Ferrell et al., 2015).

O controlo da dor emerge como uma prioridade, com a equipa de enfermagem enfatizando o objetivo de proporcionar o máximo de conforto e alívio da dor ao doente (E3). Isso está de acordo com a abordagem da dor preconizada pela literatura em CP (Ferrell et al., 2015; O'Neill et al., 2019).

No contexto da enfermagem em situações terminais, a pesquisa atual e as práticas destacadas neste estudo refletem a sensibilidade e empatia necessárias para garantir o conforto físico e emocional dos doentes e de suas famílias, o que é fundamental para a prestação de cuidados eficazes (Charlesworth et al., 2022).

No que se refere a esta categoria das intervenções dirigidas à PFV, Veiga et al. (2009), no seu estudo em que participaram 20 enfermeiros, cujo objetivo foi descrever os fenómenos relacionados com o processo de perceção das intervenções terapêuticas de enfermagem nos doentes em fase final de vida, de um SU, identificaram, sobretudo, intervenções do tipo relacional, especificamente a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, o proporcionar um ambiente calmo, com privacidade e o alívio de sintomas. Os autores englobaram as intervenções em quatro tipologias: relacionais, técnicas, alívio de sintomas e promoção de um ambiente calmo. Essas intervenções abrangeram um conjunto diversificado de subcategorias que incluíram na tipologia “relacionais”, as intervenções de apoio à família, permitir a presença da família, comunicação, escuta, compreensão, empatia, ser verdadeiro, respeito pelo doente, privacidade, minimizar sofrimento, conforto, e na tipologia “alívio de sintomas”, a dispneia e a dor.

As intervenções de CP englobavam vários aspetos, como a comunicação com a equipa multiprofissional, o respeito pelo doente e pela família, o conforto, a presença da família e o alívio/controlo da dor (Rumbold & Aoun, 2021).

Ainda sobre esta temática questionou-se no FG, e tendo em conta as intervenções referidas anteriormente, quais é que consideravam mais fundamentais para o doente em fim de vida. Da análise das intervenções consideradas como fundamentais, emergiram duas subcategorias: “Conforto físico e psicológico” e “Toque” (Tabela 5).

Tabela 5.*Intervenções dirigidas à PFV no SU consideradas fundamentais*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Intervenções dirigidas à pessoa em fim de vida consideradas fundamentais	Conforto físico e psicológico	“Conforto, alívio da dor, apoio psicológico” (E1). “Estar presente e disponível” (E6).	4
	Toque	“Toque, acho que também com o covid perdeu-se muito o toque com a mão. Tocar com a nossa própria mão, e com a pandemia perdeu-se esse carinho” (E4).	2

Os enfermeiros sublinham a importância de proporcionar conforto físico e alívio da dor aos doentes em fim de vida. Além disso, salientam a necessidade de apoio psicológico aos doentes e às suas famílias (E1). Isto está de acordo com a abordagem dos CP, que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes através do alívio da dor e do apoio emocional (Ferrell et al., 2015). A ênfase no cuidado holístico e o reconhecimento da importância dessas intervenções alinham-se com pesquisas anteriores sobre cuidados em fim de vida (Nugent et al., 2020).

Destaca-se nos discursos emanados a importância do toque terapêutico enquanto intervenção fundamental. O toque tem sido reconhecido na literatura como uma intervenção que pode proporcionar conforto e alívio do sofrimento emocional aos doentes em CP (Ben-Arye et al., 2020; Ünal Aslan & Çetinkaya, 2021). Devido à pandemia, o contacto físico e o toque com a mão foram limitados, decorrente da imposição das medidas de controlo das infeções (Collins & Small, 2019).

Estas intervenções sublinham a necessidade de uma abordagem holística dos cuidados em fim de vida, que não se limite apenas à gestão dos sintomas físicos, mas que tenha em conta as dimensões psicológica e emocional do doente. O conforto, o alívio da dor, o apoio psicológico e a reintrodução do toque são aspetos essenciais para promover a dignidade e a qualidade de vida dos doentes em CP.

No âmbito das intervenções de enfermagem aplicadas à PFV no SU, e uma vez que os enfermeiros refeririam que adotavam medidas terapêuticas de índole curativo, questionou-se o porquê da adoção dessas medidas. Relativamente a esta categoria emergiram respostas que se enquadram em duas subcategorias: “Formatação e formação recebida” e “Pressão da família” (Tabela 6).

Tabela 6.*Razão para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Razão para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa		<i>“A prática e a formação” (E1)</i>	
	Formatação e formação recebida	<i>“(…) as formações que a instituição lhe fornece ... em serviço de urgência visa uma estratégia curativa, não medidas paliativas” (E3).</i>	7
	Pressão da família	<i>“A família traz para aqui o utente e quer levar o utente curado” (E3).</i> <i>“(…) insegurança por parte da família (...) (E6)</i>	3

A motivação dos enfermeiros para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa é um tema fundamental na prática clínica. Esta motivação é influenciada por vários fatores, como a formação clínica e a pressão familiar.

De acordo com os resultados, a formação clínica desempenha um papel significativo na motivação dos enfermeiros para a adoção de medidas terapêuticas centradas na abordagem curativa. A citação *"a formação que a instituição lhe dá e dá a toda a gente no serviço de urgência é direcionada para estratégias curativas e não para medidas paliativas"* (E3) evidencia a importância da formação na orientação da prática clínica, corroborada pela literatura. A formação pode influenciar a mentalidade e a motivação dos profissionais de saúde. Estudos como o de Kramer e Schmalenberg (2003) sublinham a relação entre a formação contínua e a adoção de abordagens terapêuticas centradas na cura.

A pressão familiar é também um fator significativo para motivar os enfermeiros a adotarem abordagens curativas. A citação *"A família traz o doente para aqui e quer que o doente fique curado"* (E3) ilustra a forma como as expectativas da família podem influenciar as decisões de tratamento dos enfermeiros. A literatura, sobre a relação entre a família e a tomada de decisões de tratamento em enfermagem, sublinha a importância de uma comunicação eficaz com os familiares dos doentes. Wright (2013), destaca que a colaboração com a família pode ser benéfica para o bem-estar do doente, mas também pode criar desafios para os enfermeiros, que precisam equilibrar as expectativas da família com as melhores práticas clínicas.

2.5. Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à pessoa em fim de vida no serviço de urgência

As respostas dos enfermeiros relativas às dificuldades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU e que participaram no FG emergiram 3 subcategorias, especificamente, a “Sobrecarga de trabalho”, “Dificuldades ao nível dos recursos”, “Dificuldades de apoio ao nível da instituição” Quanto às Necessidades sentidas pelas(os) Enfermeiras(os) quando prestam cuidados à PFV no SU emergiram 2 subcategorias “Necessidade de uma estrutura física adequada” Necessidade de melhoria ao nível organizacional/Necessidade de uniformização de condutas” (Tabela 7).

Tabela 7.

Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros, na abordagem à PFV no SU

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Dificuldades sentidas pelas(os) enfermeiras(os) quando prestam cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	Sobrecarga de trabalho	“Mesmo que a gente queira permitir uma visita, não é possível, quase não temos tempo.” (E4). “Uma das dificuldades ... exaustão!” (E3).	7
	Dificuldades ao nível dos recursos	“(…) não fornecem estratégias, nem recursos, a quem lá trabalha ... para prestar cuidados ao doente em final de vida” (E3). “(…) [falta] que houvesse uma boa organização face ao SNS (...) [o doente] ir logo ao devido serviço ...” (E2).	4
	Dificuldades de apoio ao nível da instituição	“Concordo plenamente que a instituição não fornece nem fomenta [apoio institucional] ...” (E6).	2
Necessidades sentidas pelas(os) enfermeiras(os) quando prestam cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	Necessidade de uma estrutura física adequada	“(…) não temos condições físicas. Não temos condições de receber a família, por mais que tentamos improvisar” (E4). “É tratarmos um doente em cuidados paliativos numa maca. Isto é, desumano, é desumano!” (E7).	3
	Necessidade de melhoria ao nível organizacional/Necessidade de uniformização de condutas	“A maior necessidade disto tudo é que houvesse uma boa organização face ao SNS ...” (E2). “Temos à partida essa necessidade estrutural e depois também a necessidade de haver uma conduta, que seja uniforme a todos os profissionais no atendimento a estes doentes” (E6).	2

Os enfermeiros que participaram no estudo referem sentir-se sobrecarregados quando prestam cuidados às PFV no SU. Salienta-se a falta de tempo disponível como entrave para a prestação de cuidados adequados. A sobrecarga de trabalho é um desafio amplamente

documentado na literatura, causando impactos negativos na qualidade dos cuidados prestados. A escassez de pessoal e a elevada procura são fatores que contribuem para esta sobrecarga (Tamata & Mohammadnezhad, 2022). A exaustão é também um problema comum. A exaustão é um fenómeno que pode afetar a saúde mental e física dos enfermeiros, pondo em causa o seu desempenho e bem-estar (Dall’Ora et al., 2020).

É também salientada a falta de estratégias e recursos para prestar cuidados aos doentes em fim de vida no SU, patente no discurso do E3 *"As instituições não disponibilizam estratégias nem recursos a quem lá trabalha no serviço de urgência para prestar cuidados em fim de vida"*. A literatura destaca que a ausência de diretrizes claras e de recursos adequados tem um impacto negativo nos cuidados em fim de vida (Smith et al., 2012).

Os enfermeiros expressam também a falta de apoio institucional para lidar com os doentes em fim de vida no SU. Este facto pode estar relacionado com a falta de recursos e de orientações claras. O apoio institucional é crucial para o desenvolvimento de programas efetivos de CP (Wong et al., 2021).

Para além disso, destaca-se a necessidade de uma organização mais eficiente no SNS. A literatura confirma que a boa organização dos sistemas de saúde é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida (Oosterveld-Vlug et al., 2019). A falta de organização do SNS dificulta a prestação de cuidados otimizados (Guimarães, 2020).

Os enfermeiros salientam a necessidade de uma organização mais eficiente nos SU e de uma conduta uniforme nos cuidados aos doentes em fim de vida. Como refere um enfermeiro: *"Temos esta necessidade estrutural desde o início, e depois há também a necessidade de uma abordagem uniforme de todos os profissionais no atendimento a estes doentes"* (E6). A literatura salienta a importância de orientações claras e da coordenação dos cuidados em situações de fim de vida (Ferrel et al., 2015).

Salienta-se nos discursos a necessidade da uniformização de condutas, nesse sentido é fundamental o desenvolvimento de protocolos, facilitando a padronização dos cuidados (McLachlan et al., 2020). A humanização dos cuidados e a melhoria da organização geral do sistema de saúde também foram mencionadas como necessidades essenciais (De Roo et al., 2013).

Em suma, os enfermeiros que trabalham no SU enfrentam uma série de dificuldades na prestação de cuidados em fim de vida, incluindo a sobrecarga de trabalho, a falta de organização

e de recursos e a falta de apoio institucional. Para responder às necessidades dos doentes em fim de vida no SU, é essencial melhorar a estrutura física, organizar os serviços de forma eficiente e garantir um apoio institucional adequado. A literatura consultada é favorável à necessidade de enfrentar estes desafios e de melhorar os cuidados em fim de vida em contexto dos SU.

2.6. A opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da pessoa em fim de vida no serviço de urgência

Com vista a responder ao objetivo, conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU e das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU, encontra-se explanado em duas tabelas (8 e 9). Na Tabela 8 surgiram duas subcategorias: falta de dignidade ao nível das condições física/estruturais e falta de dignidade por défice de formação adequada em CP.

Quando questionados relativamente à relevância de “Existência de dignidade da PFV no SU”, as opiniões das(os) entrevistadas(os) são todas unânimes na subcategoria (7 URE). As citações que melhor justificam e expressam esta opinião, são:

“A pessoa falece, e o que vai acontecer? Confirmar a identificação, é tudo frio é brutal. Ter que tirar a roupa, por um lençol. E fazer uma múmia. É muito cruel vir a ter de falecer à porta da urgência. As pessoas estão numa fase cheias de dor, em baixo e nós estamos ali à espera que a pessoa faleça basicamente. Somos cruéis, muito cruéis” (E4).

“Olha eu respondendo assim diretamente à pergunta, se o serviço de urgência tem condições de proporcionar uma morte digna? Eu acho que a resposta é que não (...)”E6.

Emergindo, em consequência, a subcategoria “Falta de dignidade ao nível das condições física/estruturais”. A citação que melhor expressa esta subcategoria, é:

“Se não há espaço físico para tratar os que vêm habitualmente à urgência quanto mais para paliativos” (E3).

“Eu já propus essa formação, não só no serviço de urgência, mas também noutros.”(E6)“Mas há outras prioridades, não é?” (E7).

“(…) Cada serviço deveria ter e todas as equipas deveriam estar preparadas.” (...). Porisso a necessidade de formação, formação, formação” (E6).

Na Tabela 8 é possível, então, observar todas as categorias/subcategorias correspondentes à opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU.

Tabela 8.

Opinião dos enfermeiros acerca da existência de dignidade da PFV no SU

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Existência de dignidade da pessoa em fim de vida no serviço de urgência	Falta de dignidade ao nível das condições física/estruturais	<i>“Olha eu respondendo assim diretamente à pergunta, se o serviço de urgência tem condições de proporcionar uma morte digna? Eu acho que a resposta é que não (...)”. O doente não ficar exclusivamente retido numa maca (...) (E6).</i>	7
		<i>“Não, não, não” [processo digno de morrer] (Todos). “Pelo espaço físico, falta de condições, não temos condições para receber. Não damos dignidade” (E4).</i>	
	Falta de dignidade por défice de formação adequada em cuidados paliativos	<i>“Não há espaço adequado.” (E1).</i> <i>“Não há espaço físico e mesmo a nível de formação em cuidados paliativos nós não temos nada.” (E4).</i> <i>“Eu já propus essa formação, não só no serviço de urgência, mas também noutros.”(E6).</i> <i>“Mas há outras prioridades, não é?” (E7).</i> <i>“ (...) Cada serviço deveria ter e todas as equipas deveriam estar preparadas.” (...). Por isso a necessidade de formação, formação, formação.” (E6).</i>	7

A análise dos dados revela que os enfermeiros entrevistados expressam uma visão crítica sobre a existência de dignidade para as PFV no SU. A categoria "Existência de Dignidade no SU" evidencia a perceção negativa geral dos enfermeiros sobre a capacidade do SU em proporcionar uma morte digna, evidenciada pela citação *"Acho que a resposta é não"*. Esta visão coincide com a literatura existente sobre os desafios enfrentados pelos SU no cuidado de doentes em fim de vida (Manasco & Wessman, 2020).

A subcategoria "Falta de dignidade ao nível das condições física/estruturais" reflete a preocupação dos enfermeiros com a falta de espaço apropriado para os CP. Esta limitação tem impacto direto na capacidade de proporcionar um ambiente digno aos doentes em fim de vida (Kripalani et al., 2019). A necessidade de aumentar os recursos humanos e a estrutura física é destacada como essencial, corroborando a importância de investimentos estruturais para melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de emergência (Newcombe et al., 2021).

A falta de formação em CP, mencionada na subcategoria "Falta de dignidade por défice de

formação adequada em CP", evidencia uma lacuna educacional que pode comprometer a prestação de cuidados dignos. A literatura sugere que a formação contínua em CP é crucial para os profissionais de saúde nos serviços de emergência (Pieters et al., 2019).

A mesma subcategoria evidencia o dilema enfrentado pelos enfermeiros ao sugerir a formação em CP, destacando a concorrência com outras prioridades institucionais. A literatura destaca a importância de uma abordagem global, integrando os CP em todas as especialidades e garantindo uma visão holística do doente (WHO, 2018).

A falta de condições dignas dos serviços durante o processo de agonia, evidencia um desafio específico na prestação de cuidados a doentes críticos. A literatura aponta que a fase agônica requer atenção especializada e instalações adequadas, que podem ser comprometidas em ambientes de emergência (Mélin et al., 2020).

Na Tabela 9 é possível, então, observar todas as categorias correspondente à Opinião dos enfermeiros acerca das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU.

Tabela 9.

Opinião dos enfermeiros acerca das estratégias de melhoria da abordagem à PFV no SU

Categoria	Subcategoria	Unidade de Regista Exemplificativa	n
Estratégias de melhoria na abordagem à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	Investir nas equipas multidisciplinares dos serviços	<p>“Se não há uniformidades de protocolos e de informação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados e o sistema de emergência médica também admira...” (E7).</p> <p>“(…) Quando falamos em equipas multidisciplinares no SU, temos médicos, enfermeiros e auxiliares, não temos mais nada. Enquanto que nos CP temos equipas especializadas (...) (E3).</p> <p>“(…) formação de equipas multidisciplinares, talvez a intervenção de outras categorias profissionais, por isso há tudo a fazer” (E6).</p>	6
	Melhorar a estrutura física	<p>“Dentro das condições que temos tentamos fazer o melhor, mas mesmo esse melhor não será o suficiente. Há muito a fazer, muito a melhorar. Estrutura física, formação da equipa multidisciplinar, talvez a intervenção de outras categorias profissionais poderem intervir para poder ter esse acompanhamento mais personalizado, por isso há tudo a fazer” (E6).</p> <p>“Desde a luminosidade (...) há muito barulho, doentes a gritar (...) cuidados de higiene nas macas (...) (E7).</p> <p>“(…) o que está em falta é as melhores condições, mais espaço e isso nós não temos.” (E2).</p>	5
	Uniformizar procedimentos entre os cuidados paliativos e o INEM	<p>“Porque não criar uma rede de urgência de cuidados paliativos? Por exemplo” (E4).</p> <p>“A resposta que me foi dada do INEM, despachem-se que ela assinou o papel e vão-se embora, porquê? Portanto, não há uniformidade, união, não há” (E2).</p>	4

A análise das respostas dos enfermeiros destaca preocupações específicas e sugestões para melhorar a abordagem dos cuidados em fim de vida nos SU. As categorias e subcategorias emergentes indicam os desafios percebidos e as possíveis formas de melhorar os CP no ambiente de emergência.

A subcategoria "Investir nas equipas multidisciplinares dos serviços" reflete a necessidade sentida pelos enfermeiros de reforçar as equipas multidisciplinares nos SU. A citação *"Se não existe uniformidade de protocolos e de informação entre os cuidados de saúde primários e especializados e o sistema de emergência médica, também é surpreendente..."* evidencia a falta de coordenação e uniformidade de práticas entre os diferentes níveis de cuidados. A literatura sugere que a colaboração entre profissionais de saúde, incluindo uma equipa multidisciplinar, é crucial para a prestação de CP eficazes (Dahlin et al., 2019).

A segunda citação *"A resposta que me foi dada pelo INEM, despacha-se ela assinou o papel e vai-se embora, porquê? Portanto, não há uniformidade, não há unidade, não..."* enfatiza a importância de uma comunicação eficaz entre os serviços de emergência médica (INEM) e as equipas de CP. A falta de uniformidade e coordenação pode resultar em cuidados inadequados e subótimos para os doentes em fim de vida (Ito et al., 2021).

A subcategoria seguinte, "Melhorar a estrutura física", revela a preocupação dos enfermeiros com as limitações na infraestrutura física dos SU. A citação *"Dentro das condições que a gente tem, a gente tenta fazer o melhor, mas mesmo esse melhor não vai ser suficiente. Há muita coisa para fazer, muita coisa para melhorar..."* enfatiza a necessidade urgente de melhorar as instalações físicas, a fim de prestar CP de qualidade. A literatura salienta que ambientes físicos adequados são essenciais para promover a dignidade no fim da vida (George & Grudzen, 2021).

Finalmente, a subcategoria "Uniformizar procedimentos entre os CP e o INEM" destaca a importância da coerência de procedimentos entre os CP e os serviços de emergência médica. A citação *"Porque não criar uma rede de cuidados paliativos de emergência? Por exemplo..."* sugere a possibilidade de criar uma rede específica para assegurar uma abordagem uniforme à transição entre os CP e os serviços de emergência. Isto realça a necessidade de protocolos e diretrizes claros para melhorar a continuidade dos cuidados (Dahlin et al., 2019).

Realça aqui na subcategoria "Uniformizar procedimentos entre os CP e o INEM" uma ideia nova, que surge apenas nesta categoria: a criação de uma rede de urgência de CP (E4). As citações que melhor expressam estas subcategorias, são:

“A resposta que me foi dada do INEM, despachem-se que ela assinou o papel e vão-se embora, porquê? Portanto, não há uniformidade, união, não há” (E2).

“Porque não criar uma rede de urgência de cuidados paliativos? Por exemplo” (E4).

“Se não há uniformidades de protocolos e de informação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados e o sistema de emergência médica também admira...” (E7).

Enquanto que neste estudo designámos a categoria “Estratégias de melhoria”, no estudo de Veiga et al. (2009), estes autores designam-nas de soluções. Os dois estudos convergem em algumas subcategorias como as relativas à estrutura física, à formação das equipas, aos recursos humanos e à uniformização de procedimentos de tomada de decisão. No entanto, destaca-se a medida inovadora no nosso estudo, que propõe a criação de uma rede de urgência de CP, enquanto no estudo de Veiga et al. (2009) emergem como inovação o “Acompanhamento familiar e religioso”, o “Encaminhamento para outros profissionais” e as medidas de “Gestão e administração”, com a sugestão de que sejam ouvidos os enfermeiros, no que diz respeito a esta problemática.

Um outro estudo que aborda as medidas de melhoria destes cuidados é o de Beckstrand et al. (2017), com uma amostra de 132 enfermeiros do Alasca (Estados Unidos), cujo objetivo era identificar sugestões que os enfermeiros da emergência têm para melhorar os cuidados às PFV, tendo organizado estas sugestões em temas *major* e temas *minor*, de acordo com a sua frequência nos discursos. De entre os temas *major* figuram o prover maior privacidade durante os cuidados aos doentes em fim de vida e sua família, aumentar a disponibilidade dos serviços de apoio, aumentar o rácio das equipas e melhorar a educação da equipa e da comunidade. Por seu lado, nos temas *minor* incluem a não realização de procedimentos fúteis, o controlo da dor e conhecer o doente pessoalmente. Ao analisarmos os dois estudos, identificámos apenas duas medidas de melhoria presentes nos dois estudos: A formação das equipas e o aumento do rácio das equipas. Os participantes nos dois estudos provêm de culturas muito diferentes, tendo o estudo em comparação estabelecido como objetivo específico a identificação destas medidas.

Em nota de fim, um dos entrevistados referiu que era necessário quebrar o tabu da morte, para que fosse encarada como algo natural. Tendo, então, em conta os objetivos previamente delineados para a presente investigação, elaborou-se uma árvore categorial (Figura 1) de modo a expor os resultados obtidos.

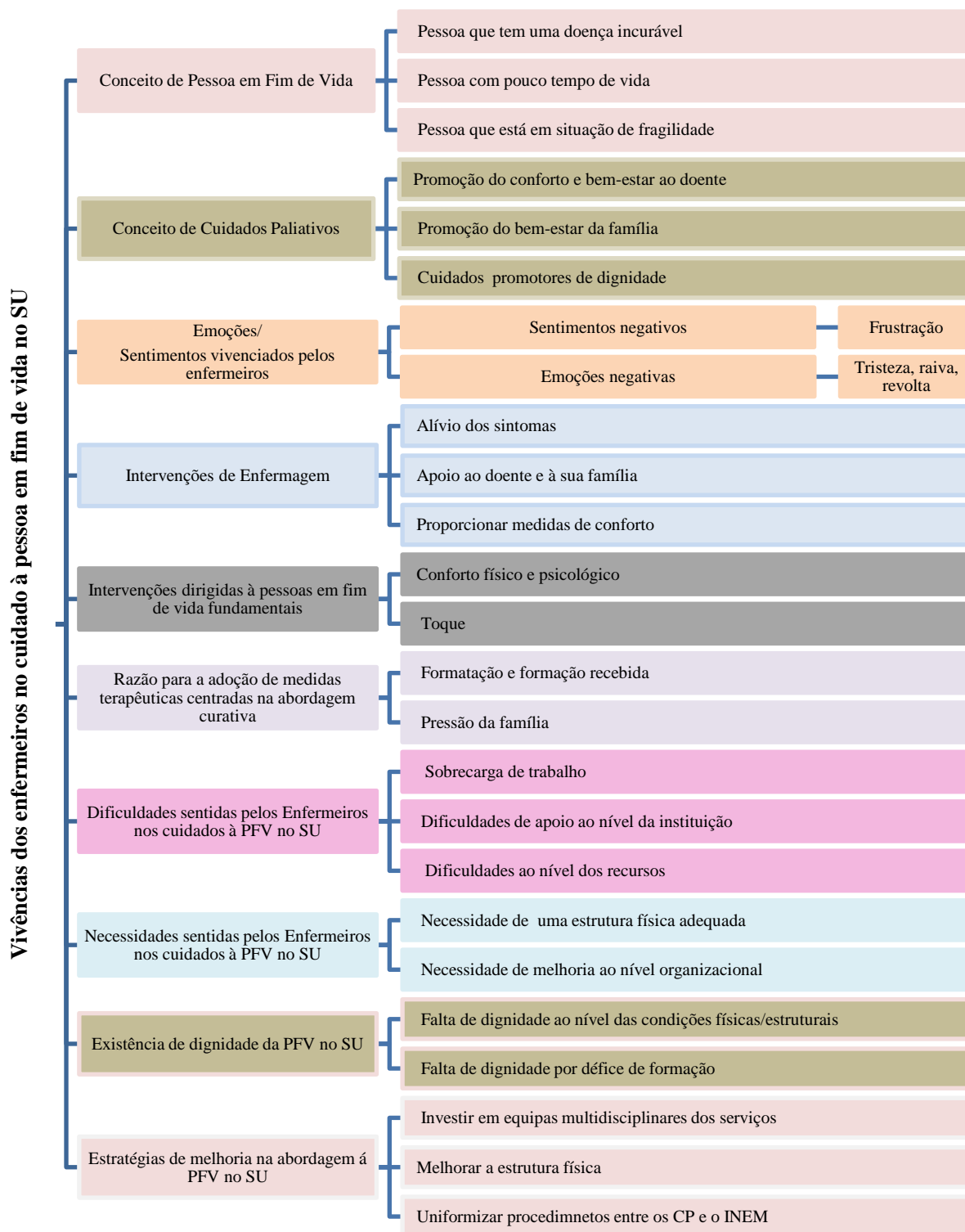


Figura 1. Árvore categorial

CONCLUSÃO

O presente estudo debruçou-se sobre o intrincado e sensível domínio dos cuidados em fim de vida no SU, lançando luz sobre o papel crucial do enfermeiro na garantia de uma abordagem terapêutica que preserve a dignidade humana dos indivíduos que enfrentam a fase final das suas vidas. Ao longo da exploração deste tema, surgiram várias conclusões e considerações fundamentais que apontam para os desafios, aspirações e dimensões éticas inerentes à prestação de CP num contexto de SU.

Um dos temas centrais que emergiu neste estudo é a manutenção da dignidade humana perante a morte iminente. O SU, tradicionalmente centrado em intervenções agudas, apresenta um desafio único na preservação da dignidade dos doentes que se aproximam do fim da vida. Os resultados sublinharam a importância de uma abordagem holística e compassiva por parte dos enfermeiros, que atuam como defensores de primeira linha da dignidade dos indivíduos durante estes momentos críticos. Reconhecer o valor inerente e a humanidade de cada doente tornou-se um objetivo primordial, exigindo um afastamento da natureza frequentemente acelerada e orientada para as tarefas dos cuidados de emergência.

O objetivo global da abordagem terapêutica do enfermeiro no SU foi identificado como a maximização do conforto dos doentes e a prestação de apoio abrangente às suas famílias. Os resultados enfatizaram a natureza multifacetada deste objetivo, abrangendo não só a gestão dos sintomas físicos, mas também o alívio do sofrimento emocional e psicológico. Verificou-se que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no equilíbrio delicado entre as intervenções curativas e os CP, empregando abordagens terapêuticas que dão prioridade ao conforto e ao bem-estar do indivíduo nos seus momentos finais.

O perfil de participantes neste estudo apresenta uma média de idades que se situa nos 42,57 anos, com um desvio padrão (Dp) de 7,955, sendo a maioria do sexo feminino (71,4%).

Os conceitos de PFV que emergiram do discurso das(os) nossas(os) entrevistadas(os) são muito semelhantes aos que emergiram em outros estudos. Podemos afirmar que possuem mais elementos do que os conceitos em comparação.

No que diz respeito aos sentimentos vivenciados pelas(os) enfermeiras(os), no prestar cuidados à PFV, no SU, pode dizer-se que o discurso das(os) participantes no presente estudo transmite um sentimento que é transversal a todas(os) as(os) entrevistadas(os): a frustração. Esta transversalidade parece chamar-nos à atenção para a alteração emocional que as(os)

participantes apresentam, quando cuidam destas pessoas. No dizer de Moura (2017), a sociedade contemporânea não aceita a morte e conduz a PFV para o hospital, sendo um escape o SU. Assim, conclui-se que estes casos vão continuar a fazer parte do dia a dia do SU, pelo que se torna urgente disponibilizar estratégias de *coping* aos profissionais de saúde, para que aprendam a gerir melhor os sentimentos de frustração e de impotência que os invadem quando cuidam destas pessoas e irão continuar a cuidar, num futuro próximo.

Os resultados obtidos sublinharam a importância de adaptar as intervenções às necessidades únicas de cada doente, reconhecendo a diversidade de experiências e expressões de sofrimento no fim da vida. A capacidade do enfermeiro para adaptar e individualizar as abordagens terapêuticas tornou-se uma pedra angular na abordagem da natureza multifacetada do sofrimento nestas situações.

As(os) participantes no nosso estudo implementam um conjunto de intervenções bastante diversificado do foro curativo, mas, na sua maioria, do foro dos CP, bastante semelhantes ao conjunto de intervenções que emergiu em outros estudos, o que poderá significar que as práticas serão muito semelhantes.

Também a opinião das(os) nossas(os) participantes acerca das dificuldades sentidas pelas(os) enfermeiras(os), quando prestam cuidados à PFV é muito semelhante à opinião das(os) entrevistadas(os) participantes em outros estudos, tendo emergido subcategorias relacionadas com a sobrecarga de trabalho, dificuldades ao nível dos recursos e dificuldades de apoio ao nível institucional.

No que diz respeito ao conhecimento da opinião acerca da existência de dignidade da PFV, no SU, houve unanimidade à volta da resposta “Não”, o que não deixa dúvidas acerca da qualidade inferior que estes cuidados têm no SU, quando são praticados, sendo que, muitas vezes, nem serão prestados por falta de tempo e outras razões já apontadas.

Por último, quanto às medidas de melhoria na abordagem à PFV, existe uma concordância parcial entre o presente estudo e outros estudos em comparação, destacando-se a medida inovadora do nosso estudo, que propõe a criação de uma rede de urgência de CP.

As principais limitações deste estudo poderão estar relacionadas com a possível indução de um certo tipo de resposta, na administração de algumas questões, durante a realização das entrevistas, o que poderá ter enviesado os resultados. Por outro lado, algumas normas ainda existentes decorrentes do período pandémico de COVID-19 diminuiu a possibilidade de incursões no contexto de estudo, afetando também a utilização de técnicas que utilizam a palavra, o olhar e a empatia, durante a realização das mesmas. Futuros esforços de investigação devem procurar expandir a dimensão da amostra e incorporar uma representação mais variada de fatores demográficos e clínicos para aumentar a generalização dos resultados.

Este estudo poderá ter implicações para o futuro da prática profissional neste âmbito, pela reflexão que irá provocar nos profissionais de saúde e, especificamente, dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, aquando da apresentação dos seus resultados ao contexto onde se realizou, bem como derivadas das propostas de intervenção, se conseguirmos alcançar o desiderato a que nos propusemos, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PFV. Se assim for, ficaremos muito satisfeitas com o trabalho que agora concluímos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, Y., Solomon, K., Azmera, Y., Fouw, M., & Kaba, M. (2023). Barrier analysis for continuity of palliative care from health facility to household among adult cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01181-w>
- Algamdi, M. (2021). Prevalence of oncology nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue: Systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 9(1), 44-56. <https://doi.org/10.1002/nop2.1070>
- Axelsson, L., Benzein, E., Lindberg, J., & Persson, C. (2019). End-of-life and palliative care of patients on maintenance hemodialysis treatment: A focus group study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0481-y>
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). The meaning of the empathetic nurse-patient communication: A qualitative study. *Journal of Patient Experience*, 8, 23743735211056432. <https://doi.org/10.1177/23743735211056432>
- Baptista, S. C., & Picanço, C. M. (2019). Cuidados paliativos em unidade de atendimento crítico: Saberes de uma equipe multiprofissional. *Enfermagem Brasil*, 1895, 612-624. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2478>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (7a ed.). Edições 70.
- Barreto, M., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L., Angelo, M., Oliveira, M., & Marcon, S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, e20180150. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018>
- Beckstrand, R. L., Smith, K. E., Luthy, K. E., & Macintosh, J. L. (2017). Rural emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 214-220. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.03.012>
- Ben-Arye, E., Portalupi, E., Keshet, Y., Bonucci, M., Can, G., Kading, Y., Samuels, N., Livas, M., Gressel, O., Silbermann, M., & Breitkreuz, T. (2020). Enhancing palliative care with mindful touch: Impact of a manual and movement therapy training program in an international multidisciplinary integrative oncology setting. *Journal of Pain and*

- Symptom Management*, 61(2), 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.004>
- Borba, F. L., Silva, K. G., Coelho, I. S., Soares, N. C., Loureiro, M. A., Coêlho, L. P., Silva, W. A., Ferreira, N. R., Barros, R. B., Chagas, A. F., Rocha, R. M., Torres, K. B., Pereira, R. G., Morais, G. S., Sousa, M. P., Santos, M. E., Machado, W. M., Santos, F. A., & Costa, A. C. (2022). Morte e morrer: Compreensão, aceitação e entraves da equipe de Enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40), e-021318. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1400>
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., Simões da Silva, S. C., Ferreira, C. M., & Torres, S. H. (2017). *O direito à dignidade: Serviço de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725405826>
- Carr, M. A. (2021). *Understanding emotions*. Nova Science Publishers, Incorporated.
- Charlesworth, S., Wilcock, A. S., & Howard, P. (2022). *Palliative care formulary (PCF8)* (8th ed.). Pharmaceutical Pr.
- Collins, C. M., & Small, S. P. (2019). The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: A qualitative descriptive study. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(1), 4-9. <https://doi.org/10.5737/2368807629149>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biênio 2017-2018*. Ministério da Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018.pdf>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Edições Almedina.
- Cunha, A. R., & Martins, M. L. (2020). Cuidados paliativos em contexto de serviço de urgência: Perceções das equipas de enfermagem. *Cadernos de Saúde*, 12(Nº espec.), 68-69. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/10266>
- Dahlin, C., Coyne, P., Goldberg, J., & Vaughan, L. (2018). Palliative care leadership. *Journal of Palliative Care*, 34(1), 21-28. <https://doi.org/10.1177/0825859718791427>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020->

- De Roo, M. L., Leemans, K., Claessen, S. J., Cohen, J., Pasman, H. R., Deliens, L., Francke, A. L., & EURO IMPACT. (2013). Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 556-572. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 06 de junho. Cria a rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República, 109. Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 136/2015*, de 28 de julho. Procede à primeira alteração ao DL n.º 101/2006, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao DL n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República, 145. Série I. <https://dre.tretas.org/dre/1020840/decreto-lei-136-2015-de-28-de-julho>
- Derry, H. M., Reid, M. C., & Prigerson, H. G. (2019). Advanced cancer patients' understanding of prognostic information: Applying insights from psychological research. *Cancer Medicine*, 8(9), 4081-4088. <https://doi.org/10.1002/cam4.2331>
- Digby, R., McDougall, R., Gold, M., Ko, D., O'Driscoll, L., & Bucknall, T. (2020). Introducing voluntary assisted dying: Staff perspectives in an acute hospital. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.216>
- Driessen, A., Borgstrom, E., & Cohn, S. (2021). Placing death and dying: Making place at the end of life. *Social Science & Medicine*, 291, 113974. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113974>
- Ferrell, B. R., Virani, R., & Malloy, P. (2015). Evaluation of the end-of-life nursing education consortium project in the USA. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(6), 269-276. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.6.21452>
- Filipe, L., & Moreira, I. (2021). Cuidados em Fim de Vida. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 419-422). Lidel.
- Finucane, A., Swenson, C., MacArtney, J., Perry, R., Lamberton, H., Hetherington, L., Graham-Wisener, L., Murray, S., & Carduff, E. (2021). What makes palliative care

- needs “complex”? A multisite sequential explanatory mixed methods study of patients referred for specialist palliative care. *BMC Palliat Care*, 20(18), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00700-3>
- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freixo, P., Pereira, R., & Costa, N. (2020). O doente em fim de vida. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 48-56). Lidel.
- George, N., & Grudzen, C. (2021). Palliative care in the emergency department. In N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy & D. C. Currow (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 133-142). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0014>
- Gomes, H., Borges, M. P., Baptista, G., & Galvão, A. M. (2017). A relação de ajuda ao doente em fim de vida e família: O enfermeiro e o cuidar em fim de vida. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*, 1(1), 98-120. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14562>
- Guimarães, J. (2020). *A hidratação à pessoa em agonia em cuidados continuados integrados: Perceção da equipa de saúde* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2431>
- Hugar, L. A., Wulff-Burchfield, E. M., Winzelberg, G. S., Jacobs, B. L., & Davies, B. J. (2021). Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. *Nature Reviews. Urology*, 18(10), 623-635. <https://doi.org/10.1038/s41585-021-00491-z>
- Ito, Y., Tsubaki, M., & Kobayashi, M. (2021). Families' experiences of grief and bereavement in the emergency department: A scoping review. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(1), e12451. <https://doi.org/10.1111/jjns.12451>
- Jimenez, O. B., Trajera, S. M., & Ching, G. S. (2022). Providing end-of-life care to covid-19 patients: the lived experiences of ICU nurses in the Philippines. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12953. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912953>
- Katie, D., & Pym, C. (2019). *What are feelings?* Usborne Publishing.

- Kitson, A., Feo, R., Lawless, M., Arciuli, J., Clark, R., Golley, R., Lange, B., Ratcliffe, J., & Robinson, S. (2021). Towards a unifying caring life-course theory for better self-care and caring solutions: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), e6-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14887>
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing "good" nurse/physician relationships. *Nursing Management*, 34(7), 34-38. <https://doi.org/10.1097/00006247-200307000-00013>
- Kripalani, S., Chen, G., Ciampa, P., Theobald, C., Cao, A., McBride, M., Dittus, R. S., & Speroff, T. (2019). A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs. *Contemporary Clinical Trials*, 81, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.04.014>
- Lei n.º 156/2015*, de 16 de setembro. Segunda alteração ao estatuto da OE, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República 181. Série I. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º 31/2018*, de 18 de julho. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Diário da República, 137. Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240>
- Lei n.º 52/2012*, de 05 de setembro. Lei de bases dos cuidados paliativos. Diário da República 172. Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Lima da Silva, J. L., Campos Dias, A., & Reis Teixeira, L. (2012). Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan*, 12(2), 144-159. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103006.pdf>
- Manasco, A. T., & Wessman, B. T. (2020). End-of-life care in the emergency department. In *Emergency department critical care* (pp. 687-694). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28794-8_38
- McLachlan, S., Kyrimi, E., Dube, K., Hitman, G., Simmonds, J., & Fenton, N. (2020). Towards standardisation of evidence-based clinical care process specifications. *Health Informatics Journal*, 26(4), 2512-2537. <https://doi.org/10.1177/1460458220906069>

- McPherson, S., Mitchell, A. K., Sletten, I., Kvande, M. E., & Steindal, S. A. (2023). Haematological nurses' experiences about palliative care trajectories of patients with life-threatening haematological malignancies: A qualitative study. *Nursing Open*, *10*(5), 3094-3103. <https://doi.org/10.1002/nop2.1558>
- Mélin, M., Amieva, H., Frasca, M., Ouvrard, C., Berger, V., Hoarau, H., Roumiguère, C., Paternostre, B., Stadelmaier, N., Raoux, N., Bergua, V., & Burucoa, B. (2020). Support practices by an interdisciplinary team in a palliative-care unit for relatives of patients in agonal phase. *BMC Palliative Care*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00680-4>
- Mendonça, S. (2021). *Raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/49995/1/ulsd736572_td_Susana_Mendon%20c3%a7a.pdf
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M., & Beck, C. L. (2020). Percepções dos profissionais de saúde sobre a morte de pacientes. *Revista Subjetividades*, *20*(1), e9164. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, *8*(1) 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Moura, A. L. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: Abordagem terapêutica dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1913/1/Andreia_Moura.pdf
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados paliativos: Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Artes Gráficas.
- Newcombe, V., Coats, T., Dark, P., Gordon, A., Harris, S., McAuley, D. F., Menon, D. K., Price, S., Puthuchery, Z., & Singer, M. (2021). The future of acute and emergency

- care. *Future Healthcare Journal*, 8(2), Article e230-e236.
<https://doi.org/10.7861/fhj.2021-0097>
- Nugent, E., O'Connell, E., Ooi, E., McCawley, N., Burke, J. P., & McNamara, D. A. (2020). Impact of service delivery factors on patient outcomes in emergency general surgery. *The Surgeon*, 19(3), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.04.005>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54.
<https://dx.doi.org/10.12707/RIII1175>
- Omukeeva, G., Shermatova, U., Dushimbekova, K., & Dzhuzumalieva, K. (2021). Analysis of continuous training effectiveness of doctors and nurses in emergency. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 15(12), 3647-3652.
<https://doi.org/10.53350/pjmhs2115123647>
- O'Neill, L., Johnson, J., & Mandela, R. (2019). Reflective practice groups: Are they useful for liaison psychiatry nurses working within the emergency department?. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.003>
- Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>
- Pereira, M. E. (2021). *Intervenções de enfermagem no serviço de urgência à pessoa vítima de trauma* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde). <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6843>
- Pergolizzi, D., Crespo, I., Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Alonso-Babarro, A., Arantzamendi, M., Belar, A., Centeno, C., Goni-Fuste, B., Julià-Torras, J., Martínez, M., Mateo-Ortega, D., May, L., Moreno-Alonso, D., Nabal Vicuña, M., Noguera, A., Pascual, A., Perez-Bret, E., Rocafort, J., ... Porta-Sales, J. (2020). Proactive and systematic multidimensional needs assessment in patients with advanced cancer approaching palliative care: a study protocol. *BMJ Open*, 10(2), e034413.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034413>
- Pieters, J., Dolmans, D. H., Verstegen, D. M., Warmenhoven, F. C., Courtens, A. M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. (2019). Palliative care education in the

- undergraduate medical curricula: Students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0458-x>
- Pires, I., Menezes, T., Cerqueira, B., Albuquerque, R., Moura, H., Freitas, R., Santos, A., & Oliveira, E. (2020). Conforto no final de vida na terapia intensiva: Percepção da equipe multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-7. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO0148>
- Plessner, H. (2019). *Levels of organic life and the human: An introduction to philosophical*. Fordham University Press.
- Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of Health Psychology*, 24(3), 279-287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>
- Regulamento n.º 140/2019*, de 06 de fevereiro. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 26. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rinker, C. H. (2020). Death. In *Actively dying* (p. 117-136). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003026167-8>
- Rothe, C. (2020). *As representações sociais dos cuidados paliativos* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131084/2/434061.pdf>
- Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2021). Palliative and end-of-life care service models: To what extent are consumer perspectives considered?. *Healthcare*, 9(10), 1286. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101286>
- Sá, F., & Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
- Santana, G. O., Libório, A. M., Galvão, A. V., Pondé, M. P., & Sá, K. N. (2020). Signs, meanings and practices of people living with human t-cell lymphotropic virus type 1 or tropical spastic myelopathy. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00198-6>

- Silva, I. M., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26(26), 175-190. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32357>
- Silva, W., & Franch, M. (2023). Vivenciar o sentido da morte é na prática: Os profissionais de saúde e suas vivências com a morte em um hospital do câncer na Paraíba. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 28(1), 1-21. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2023v28n1e46964>.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., Ferrell, B. R., Loscalzo, M., Meier, D. E., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Somerfield, M., Stovall, E., & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.5161>
- Sudai, M. (2021). Not dying alone: The need to democratize hospital visitation policies during Covid-19. *Medical Law Review*, 29(4), 613-638. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwab033>
- Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2022). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247-1257 <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>
- Toney-Butler, T., & Unison-Pace, W. (2023). *Nursing admission assessment and examination*. StatPearls Publishing.
- Ünal Aslan, K. S., & Çetinkaya, F. (2021). The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 374-382. <https://doi.org/10.1111/ppc.12801>
- Vásquez-García, D., De-la-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908051. <https://scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201908051/>
- Veiga, A. A., Barros, C. A., Couto, P. J., & Vieira, P. M. (2009). Pessoa em fase final de vida: Que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, 2(10), 47-56. <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?>

module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=comunica%E7%E3o&id_artigo=214
2&id_revista=4 &id_edicao=27

- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2a ed. rev. e aument.). Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3a ed). Edições Sílabo.
- Wermuth, M., & Castro, A. (2019). A artificialização e a negação da vida humana: O (des)compasso entre a tecnologia e o direito de viver humanamente. *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, 6(2), 13-39. <https://doi.org/10.21910/rbsd.v5n2.2019.295>
- Wong, K. T., Chow, A. Y., & Chan, I. K. (2021). Effectiveness of educational programs on palliative and end-of-life care in promoting perceived competence among health and social care professionals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 9(1), 45-53. <https://doi.org/10.1177/1049909121103850104990912110385>
- World Health Organization. (2018). *WHO definition of palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wright, L. M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis Company.
- Zuchetto, M., Engel, F., Medeiros, L., Hammerschmidt, K., & Schoeller, S. (2019). Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: Síntese reflexiva. *Revista Cuidarte*, 10(3), e624. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>

APÊNDICES

Apêndice I - Relatório de Estágio

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL APRESENTADO À
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE
BRAGANÇA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Bernardete Teixeira Martinho

Número de aluno:45168

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança

Bragança, 2021

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Bernardete Teixeira Martinho

Relatório Final do Estágio Profissional integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado pelo discente Bernardete Martinho Ferro n.º 45168, no âmbito desta Unidade Curricular, com a coordenação pedagógica da Profª Drª Maria Augusta Branco e do Prof. Dr. Carlos Magalhães, e em contexto de estágio sob a orientação direta das Srs. Enfs. Especialistas Ana Lopes, Andreia Graça e Cristiana Asseiro.

Bragança, 2021

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^a - Enfermeira

h - hora

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

ULS-NE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório Crítico constitui um momento de reflexão acerca das atividades, com base nas estratégias que definimos para tais, procurando sempre analisá-las de uma perspetiva construtivista que nos permita aprender com as dificuldades, e levantar novas questões com base nas nossas reflexões. Ao longo desta etapa formativa, procuramos desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e crítico-reflexivas ao nível dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

O presente relatório retrata o culminar de três estágios inseridos no Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, “aprovado em Diários da República, 2ª Série – n.º 57-22 de março de 2016, Despacho n.º 4155/2016, V Curso de mestrado em Médico-Cirúrgica, lecionada na Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, de modo a adquirir competências que permitam cuidar do doente em situação crítica, de adulto com doença crónica e à sua família em contexto hospitalar na área específica de intervenção, direcionado à evidência clínica bem como à investigação científica.

Esta aprendizagem destaca-se ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação facultando o desenvolvimento dos cuidados prestados de enfermagem. As aprendizagens nos campos de estágio são primordiais na receção e tratamento do doente crítico.

Todos os estágios visam garantir a aquisição de competências comuns e estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro especialista e competências específicas para o EEEMC, a pessoas em situação crítica, conforme o Regulamento n.º 122, de 18 de fevereiro e o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da OE.

Face ao exposto, o enfermeiro especialista deve adquirir competências de diagnóstico e de intervenção de forma a dar resposta aos processos de saúde e doença num todo.

Enquanto enfermeira, com e experiência na área da urgência/hospitalar, tenciono complementar a minha formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos. No decorrer do estágio utilizei sempre uma metodologia de análise crítico-reflexiva dos objetivos definidos para cada campo de estágio, sempre ajustados em função das oportunidades.

Sem dúvida que o espírito crítico é uma das competências genéricas mais importantes para a Enfermagem, uma vez que cuidamos de pessoas e elas esperam de nós um cuidar personalizado.

De acordo com Pires (1994), espírito crítico “... é uma habilidade para pensar de forma analítica e sistemática; aplicar princípios ou conceitos de análise de problemas a fim de descrever um conjunto de conhecimentos” (p. 11). É através deste espírito crítico que nos consciencializamos das nossas atitudes e dos nossos conhecimentos, melhorando assim as nossas competências. Para além do pensamento crítico, a atitude reflexiva também é muito importante, em Enfermagem. Segundo Pereira (1995), “a atitude reflexiva proporciona a clarificação do que fazemos, porque fazemos e como traçamos nossas prioridades e fazemos as nossas escolhas” (p. 135). Segundo a ideia do autor, a reflexão permite o questionamento das nossas atitudes. Em Enfermagem é muito importante refletir sobre o que fazemos, porque fazemos e como fazemos.

É minha pretensão com este relatório uma reflexão crítica sobre esta experiência de aprendizagem e demonstrar o contributo para o desenvolvimento de competências profissionais.

A prática clínica foi definida por dois campos de estágio obrigatórios, SUMC e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e por um campo de estágio opcional (*Anexo I*).

1º Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULS-NE) - Hospital de Bragança;

2º Centro de Hemodiálise – Nordial Mirandela;

3º Serviço de Medicina da ULS-NE- Hospital de Bragança.

Em todos os campos de estágio com cuidados direcionados para doentes e tratamento de doentes críticos.

Enfermagem traduz-se no cuidar, cuidar de pessoas por vezes em situação de alteração do binómio saúde/doença, pessoas que necessitam de cuidados diferenciados é aqui que o enfermeiro especialista tem que dar resposta a estas necessidades muitas das emergentes detetando prematuramente de complicações com uma visão holística da pessoa e promovendo uma relação terapêutica sólida promovendo a excelência de cuidados.

Após a finalização dos estágios, a realização de um relatório crítico transmite o meu desempenho pessoal bem como a minha aprendizagem ao longo dos estágios.

Para maximizar a aquisição de competências, delineei alguns objetivos gerais ao ensino clínico e outros específicos para cada campo de estágio.

Objetivos Gerais

- Identificar competências específicas inerentes ao EEEMC, na área da Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do EEEMC, na área da Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos Específicos do Serviço de Urgência

- Adquirir competências no âmbito da intervenção do EEEMC na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do EEEMC.

Serviço de Medicina Intensiva

- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados do SMI;

Serviço de Hemodiálise

Os objetivos para este estágio, foram delineados com base nos domínios e nas unidades de competências estabelecidas pela OE para os EEEMC, conforme os Regulamentos n.º 122 e n.º 422/2018 e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativos à Terapia de Substituição da Função Renal a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, durante e no fim da diálise;
- Fomentar o crescimento pessoal e profissional, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem e técnicos de diálise e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da Hemodialise, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade também nesta área.

CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O conhecer a estrutura física organizacional e funcional dos serviços era um dos objetivos deste estágio. Os campos de estágio promovem a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências adaptadas à formação do enfermeiro especialista, quer ao nível das competências comuns, quer das competências específicas, favorecendo uma melhor abordagem diária do doente crítico. A saúde e o trabalho estão permeados pelas grandes transformações socio-etárias e suas contradições contemporâneas, relacionadas fundamentalmente com os processos de gestão e organização do trabalho, viabilizados, em especial, pelas novas tecnologias, desse modo, impactando na saúde dos trabalhadores, como nos enfermeiros. sistemas produtivos antigos e ultrapassados coexistem com os processos modernos e tecnologicamente superiores, sendo que, nesse contexto, os agravos relacionados ao trabalho se revestem de novos significados e determinações e, simultaneamente, indicam a necessidade de superar antigos problemas. O trabalho representa uma dimensão fundamental da vida, constituindo-se num elemento que sempre atravessa a problemática da saúde (Carlotto, 2012).

O 5º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integra um plano de estudos a unidade curricular de estágio. Com 3 campos de estágios, dois tiveram carácter obrigatório e um opcional. Respetivamente, o módulo I foi realizado no SU da ULS-NE Unidade de Bragança entre 28 de setembro e 09 de novembro 2020, o módulo II foi realizado no Centro de Hemodiálise - Nordial/Mirandela de 10 de novembro a 27 de fevereiro de 2021 e, por último, o módulo III foi realizado no SMI/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da ULS-NE, Hospital de Bragança, de 01 de março a 30 de abril de 2021.

1.1. Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência (SU) é um acesso de vários doentes ao hospital. Por vezes, o seu estado clínico é crítico e há necessidade de transferir os doentes para áreas com características diferentes ou serviços mais diferenciados. A Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (2012) entende urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção (curativa ou paliativa) em curto espaço de tempo”

(p.8), ou seja, simplesmente as situações agudas que possam envolver uma intervenção num curto espaço de tempo deveriam ser assistidas no SU, e não é isso que se verifica na população portuguesa.

Foi realizado no SU da ULS-NE - Hospital de Bragança. O estágio foi efetivado no SUMC da ULS-NE - Hospital de Bragança. Este decorreu no período de 12 de setembro a 28 de outubro de 2020, sob a orientação do Enf^a Andreia Graça - Enf.^a do Serviço e EEEMC, com uma durabilidade de 168 horas.

O SUMC está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULS-NE - Unidade Hospitalar de Bragança e recebe doentes de todo o distrito de Bragança.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2001), urgências são todas as situações onde existe intervenção de cuidados médicos num curto espaço de tempo, com risco de falha das funções vitais. Urgência surge-nos descrita como um facto ou qualidade de ser urgente, imperativo, insistente, importuno. Algo urgente requer necessidade de intervenção, na linha de pensamento de Rey (2003), “situação que exige uma acção ou tratamento medico ou cirúrgico imediato ou em prazo muito curto” (p. 903).

O SUMC está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULS-NE - Unidade Hospitalar de Bragança e recebe doentes de todo o distrito de Bragança.

O SU é a porta de entrada da maioria da população no hospital e recebe centenas de doentes por dia. A panóplia de situações urgentes/emergentes faz com que o enfermeiro tenha de atuar de forma rápida e eficiente, com conhecimento científico baseado num pensamento crítico-reflexivo em situações de stress elevado, para dar resposta a essas situações.

A estrutura física do SUMC: área de admissão e registo administrativo, sala de triagem de prioridades, devido ao contexto da pandemia por COVID-19 houve necessidade de realizar uma pré- triagem ao utente, exteriormente à entrada do SU para encaminhar os doentes com suspeita COVID-19 dos que não apresentam sintomas para circuito normal. É composto de várias salas para as várias especialidades médicas e de triagem.

Equipada com dois *Pyxis medStation System*® – sistema automático de reposição de *stock* nivelado de medicamentos este sistema simplifica a gestão dos serviços farmacêuticos bem como a gestão de *stocks* e reduz custos, minimizando o desperdício e minimizando o erro.

A enfermagem é, por excelência, uma profissão que implica um trabalho em equipa multi e interdisciplinar. O trabalho em equipa é, por definição, o trabalho realizado por diversos grupos

profissionais de categorias diferentes, para cumprir um objetivo comum, não podendo cada grupo profissional realizar por si só o trabalho destinado à equipa multidisciplinar. A equipa que faz parte deste Serviço, é composta por vários grupos de profissionais de saúde, cuja missão é o tratamento adequado de todos os doentes, para que estes tenham uma recuperação rápida e um tratamento digno e humano. Os enfermeiros, tal como a grande maioria dos profissionais de saúde, fazem parte dos profissionais sujeitos a trabalho em horário rotativo (roulement). No nosso país existe um sistema de três turnos constituído, na maioria dos casos, pelo turno da manhã (8h às 16h), da tarde (16h às 24h) e da noite (24h às 8h), podendo sofrer ligeiras alterações de acordo com as políticas de cada instituição. Este facto é consequente das exigências cada vez maiores no setor da saúde, decorrentes da evolução na enfermagem, visto ser fundamental a manutenção de atividades durante as vinte e quatro horas.

A equipa multidisciplinar realiza turnos em diferentes horários que são assim distribuídos:

- Turno da Manhã (6 enfermeiros e o enfermeiro chefe, 3 a 4 assistentes operacionais auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico);
- Turno da Tarde (6 enfermeiros, 3 assistentes operacionais auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico);
- Turno da Noite (5 enfermeiros, 2 assistentes operacionais auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico).

A equipa médica é constituída por 3 médicos de clínica geral durante o dia e 2 durante a noite, 2 especialistas de medicina interna, 2 especialistas de ortopedia, 2 especialistas de cirurgia geral, 2 anestesiólogos, 2 obstetras, 1 psiquiatra e 1 especialista de pediatria em presença física.

A triagem de Manchester é um sistema utilizado nas unidades de emergência para categorizar os utentes de acordo com a gravidade do seu estado clínico. O objetivo é priorizar o atendimento, garantindo que os utentes mais urgentes sejam atendidos de forma mais rápida.

A triagem baseia-se numa escala de cores que são atribuídas a cada utente de acordo com a validação de sintomas, sinais vitais e condições médicas. Estas cores indicam o nível de urgência no atendimento.

No serviço de triagem existem 3 vias verdes (Sépsis; AVC; trauma) que são ativados segundos critérios de cada uma permitem reduzir a morbilidade e/ou mortalidade. Tem ainda

acoplada a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação é constituída por um médico e um enfermeiro.

Por vezes, a gravidade da situação com que nos deparamos a preocupação dos familiares são geradoras de stresse que poderá influenciar o desempenho do profissional. Enquanto enfermeira de um SUMC na ULS-NE Hospital de Mirandela, sinto necessidade de aprendizagem e aquisição de competências de forma contínua para estar à altura das exigências do SU.

1.2. Serviço de Hemodiálise

A hemodiálise é um serviço médico essencial para doentes com insuficiência renal crónica. É um procedimento que remove as toxinas e excesso de fluidos do sangue quando o sistema renal não consegue desempenhar essa função. A diálise é o processo de extração dos resíduos metabólicos e do excesso de água do organismo. Para a maioria dos indivíduos, um programa de diálise eficaz tem como resultado uma vida razoavelmente normal. A maioria dos indivíduos sujeitos a diálise pode ter uma dieta alimentar tolerável, tem uma pressão arterial normal, não sofre de anemia e evita a progressão da lesão neurológica e outras complicações (Merck Sharp & Dohme, 2008).

Foi realizado no Centro de Diálise em Mirandela, na Nordial, entre os dias 10 de novembro e 27 de março de 2021.

Há poucas décadas a insuficiência renal crónica significava morte. Hoje em dia, os diversos tipos de diálise modificaram a história natural dessa doença, melhorando de forma substancial o seu prognóstico. Quando a diálise se tornou disponível, o prolongamento da sobrevivência do doente era uma das preocupações. Atualmente, face a tantas mudanças, a qualidade de sobrevivência tem sido o centro das atenções dos profissionais de saúde (Terra, 2007).

Esta unidade vem colmatar o défice existente e a superlotação da ULS-NE para atendimento de todos os doentes com insuficiência renal da região. Em funcionamento desde 1992 dispõe de instalações próprias e renovadas em Mirandela, no novo Centro de Hemodialise.

O rés-do-chão é composto por três salas de hemodialise, a principal com 22 máquinas de diálise da fresenius® com respetivo cadeirão articulado, uma sala com quatro dialisadores, que nesta fase da pandemia funcionou como isolamento profilático para doentes que iniciavam, eram transferidos ou tinham tido internamentos noutras unidades hospitalares, e tinham que

cumprir 15 dias isolados dos outros doentes, e uma sala de isolamento por HIV/Hepatite B. Tem casa de banho, gabinetes médicos, sala de reuniões, farmácia, gabinete técnico, ginásio, receção com sala de estar e capela.

No momento do estágio a clínica presta cuidados a 122 doentes insuficientes renais, esta unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por Nefrologistas, Clínicos Gerais, Assistentes Sociais, Psicóloga, Farmacêutico, Técnicos de Dialise, Auxiliares de Limpeza, Administrativos, Técnicos de Manutenção e Aprovisionamento, além de uma equipa de Enfermagem (12 elementos) que se divide por três turnos, seis dias por semana, sendo que 2 enfermeiras são EEEMC.

O aumento da incidência das doenças crónicas entre a população é uma realidade. O cuidado à saúde das pessoas com essas doenças tem sido um problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio no quotidiano daqueles que vivem a situação como para os que cuidam (Terra, 2007).

A insuficiência renal ocorre quando os rins não são capazes de filtrar devidamente os resíduos metabólicos do sangue (Merck Sharp & Dohme, 2008).

Constatarei que são praticados dois métodos de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal. Na hemodiálise, o sangue é extraído da circulação e bombeado com uma máquina para um dialisador ou rim artificial. Este filtra os resíduos metabólicos do sangue e devolve o sangue purificado ao organismo. Na diálise peritoneal, o peritонеu, que é uma membrana que reveste o abdómen e cobre os órgãos abdominais, atua como filtro permeável. O peritонеu, dentro da cavidade abdominal, pode filtrar com facilidade as substâncias que provêm do sangue.

Para determinar o tipo de diálise que se adequa melhor a um doente devem ser considerados muitos fatores, entre eles o estilo de vida. O médico pode recomendar a hemodiálise aos indivíduos com feridas ou intervenções abdominais recentes (Terra, 2007).

A diálise é o processo de extração dos resíduos metabólicos e do excesso de água do organismo. Para a maioria dos indivíduos, um programa de diálise eficaz tem como resultado uma vida razoavelmente normal (Merck Sharp & Dohme, 2008).

1.3. Serviço de Medicina Intensiva

Foi realizado no SMI da ULS-NE - Hospital de Bragança, entre os dias 01 de março a 30 de abril de 2021. Com a orientação da Enf.^a Cristiana Asseiro Enf^a EEMC no SMI.

O SMI representa uma área de 600m² global, e de acordo com as recomendações técnicas para instalação de unidades de cuidados intensivos, os serviços com que mantém uma relação de continuidade são a radiologia, o SUMC e o Bloco operatório (estando em curso obras para o um novo serviço que terá acesso direto), cumprindo as recomendações do Ministério da Saúde (2013).

Os cuidados intensivos são definidos pela DGS (2003), como sendo um conjunto integrado de componentes técnicos, físicos e humanos especializados capazes de monitorizar, tratar e cuidar de doentes em estado crítico, com falência (ou eminência de falência) de funções orgânicas vitais, potencialmente reversíveis, através de técnicas de suporte avançado de vida durante 24 horas por dia.

O meu período de estágio no SMI coincide com a 2^a vaga da pandemia COVID-19, havendo readaptação de todo o SMI, tanto ao nível físico como de recursos humanos. Foi realizada a reorganização dos espaços disponíveis, aumentando a sua capacidade e dividida em SMI geral e SMI COVID-19.

O espaço do SMI recebe doente com COVID-19, tendo aumentado para 17 camas. O “novo” SMI geral ficou temporariamente sediado no SU-OBS, com seis camas a equipa reforçada com 45 enfermeiros. O SMI dá resposta a uma área geográfica de 7000 km², 143 777 habitantes, 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde, 2 SUMC e 2 Serviços de Urgência Básica.

O SMI está dividido em cinco áreas diferentes, para além do vestiário partilhado com o SUMC. A área de prestação de cuidados é composta por 17 unidades equipadas com todos os equipamentos para uso individual; área do armazém é onde está todo o material de apoio para toda a unidade; zona de *stock* é uma zona de apoio na farmacologia equipada com *Pyxis medStation System*® e onde existe também um *stock* de soros;

Existem também gabinetes de apoio para os médicos como também para receber visitas, uma copa e, por último, uma aérea dedicada aos sujeitos.

Os recursos humanos distribuem-se da seguinte forma:

- 2 médicos 8-14h, 1 médico depois das 14h durante os dias de semana e ao fim de

semana 1 médico 24h/dia;

- 6 enfermeiros por turno;
- 4 assistentes operacionais auxiliares de ação médica no turno da Manhã, 2 no turno da Tarde e 1 no turno da Noite;
- 1 assistente técnico até às 17h;
- apoio de fisioterapia e de nutricionista no período diurno;
- 1 farmacêutico 24h/dia.

Relembrei muitos conceitos enquanto a minha experiência passada em hemodiálise, assim como aprendei novas técnicas dialíticas. Tive ainda a oportunidade de assistir a uma formação sobre técnicas de substituição renal realizada pelos técnicos da *fresenius*®.

CAPÍTULO 2 - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer dos estágios no SU, Centro de Hemodiálise e SMI foram ampliadas atividades, relacionadas com as competências a atingir no âmbito da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A enfermagem apresenta-se como a ciência e a arte de assistir o ser humano de uma forma holística, isto é, sem nunca descurar as suas dimensões bio-físico-psico-socio-cultural, no atendimento das suas necessidades, de torná-lo independente desta assistência pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde sempre em colaboração com outros profissionais, sendo a essência de tudo isto o cuidar sob as mais diversas formas. O conhecimento científico e a habilidade técnica do enfermeiro são importantes, mas de pouco adianta se este não apresentar um bom relacionamento interpessoal.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com a OE, é aquele que reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades aprofundadas, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro).

É de minha pretensão descrever as atividades que desenvolvi no decorrer dos estágios e que me permitem atingir a competência referenciada.

- **Competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal**

Enfermeiros fazem parte de uma profissão caracterizada por ter, na sua essência, o cuidado; esses profissionais têm contato direto com doentes e familiares, ou seja, lidam constantemente com pessoas com as mais diversas concepções e cultura (Lima da Silva et al., 2012). A ética é, então, um agregado de permissões e interdições, que têm muito valor na vida de cada indivíduo e a qual serve como guia da sua conduta pessoal.

Esta competência tem como principal objetivo promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e, conseqüentemente, a dignidade humana, responsabilize os profissionais pelas suas ações e permita ao profissional desenvolver estratégias para as tomadas de decisão baseadas nos valores e princípios deontológicos. Tendo em conta a honestidade e confiança.

Durante os estágios nos diferentes campos, privilegiei sempre a privacidade e a sua

intimidade. No Código Deontológico do Enfermeiro, é imperioso que o enfermeiro respeite e salvaguarde a intimidade do doente (artigo nº 86 – Do respeito pela intimidade).

Corroborei competências no cuidado à pessoa e à família em desordens emocionais resultantes da situação crítica de doença, e também no envolvimento nos cuidados. Aperfeiçoei competências na admissão, colheita de dados ao doente ou família fundamental para os registos de enfermagem com vista a favorecer a qualidade.

Tentei fornecer informação sempre que possível pois estávamos em plena época de pandemia por COVID-19. Transmitindo-me sempre que o doente/família, sentiam-se incorporados no processo terapêutico.

Em todas as minhas ações tive sempre presente o sigilo profissional era mantido em todos os campos de estágio.

Por último, a responsabilidade é fulcral, a minha prestação durante os períodos de estágio pautou-se pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade.

Julgo que as ações desenvolvidas e os momentos de reflexão durante os três estágios possibilitaram desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, solidificar as bases e a tomada de decisão.

- **Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

A competência no domínio da melhoria contínua da qualidade refere-se à capacidade de identificar problemas de aprimoramento, implementar melhorias efetivas e monitorizar os resultados. Isto reflete a relevância dos padrões de qualidade, bem como os parâmetros definidos pela OE, desta forma vão influenciara a melhoria ou não dos cuidados de enfermagem.

A qualidade na saúde é um pilar primordial, uma vez que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p. 6).

Ao longo da minha experiência profissional enquanto enfermeiro e durante os estágios estive sempre presente a importância dos padrões de qualidade, e dos parâmetros definidos pela OE, refletem a qualidade dos cuidados prestados de enfermagem.

Como aluna de mestrado, tive a facilidade de desempenhar competências do enfermeiro especialista. Tem que se ser vigilante para analisar e consagrar o tempo a programas, ou intervenções que melhorem a gestão da qualidade, nomeadamente concretizei a verificação de carros de emergência, da sala de emergência bem como todo o plano de catástrofe.

Nos campos onde realizei os estágios, os protocolos e normas fomentavam a analogia no cuidar, a distribuição de funções, a verificação de todo o material refletindo-se na organização do serviço, no cuidado e reduzindo o erro e cooperando para a qualidade. Durante o estágio foi o momento de analisar e empregar protocolos, uns específicos de cada serviço.

O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015), diz que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental de qualquer cidadão, reconhecendo toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados prestados.

Ao longo dos estágios, a minha atuação foi sempre com base na fundamentação teórica e científica baseada na evidência. O doente crítico, devido à sua instabilidade necessita de cuidados imediatos e de uma vigilância intensiva.

As normas de controlo de infeção estiveram sempre presentes em todos os campos de estágio. Desde as medidas básicas como a lavagem das mãos à administração de profilaxia antimicrobiana protocolada.

O *sClinico* presente nos 2 estágios, no SU e SMI este sistema informático faz parte do meu dia a a dia pois está implementado em todos os serviços da ULS, sendo útil e um meio facilitador para a prestação de cuidados, promovendo o planeamento dos cuidados, intervenções e registo dos mesmos bem como intercorrências que possam surgir com o doente.

Julgo ter conseguido competências no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade através da colaboração e gestão de programas de melhoria na qualidade mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

- **Competências no Domínio da Gestão de Cuidados**

O enfermeiro responsável deve implementar e promover uso dos recursos e a redução dos desperdícios, sem colocar em risco a segurança do doente dando sempre ênfase à segurança do doente.

O Enfermeiro Especialista tem funções a nível da gestão dos recursos, refletindo a qualidade

dos cuidados prestados no serviço.

Em todos os campos de estágios colaborei sempre que possível nos pedidos de stocks de material. Particpei no processo de gestão dos recursos, no SMI e SUMC onde as minhas orientadoras tinham o papel de responsável na elaboração do plano de trabalho e atualização em função da dinâmica do serviço.

Tive sempre em consideração nos três estágios as normas e protocolos institucionais.

O contexto pandémico ainda exigiu mais o controlo de infeção como a higienização das mãos, como o recurso ao uso de Equipamentos de Proteção Individual em situações de isolamento de contacto e em situações de isolamento respiratório.

- **Competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Aprender está implícito no ser humano.

A minha experiência no SUMC e na Cirurgia e formação académica, capacitou-me de competências necessárias para prestar este tipo de cuidados específicos, permitiu-me aprofundar e relembrar alguns conhecimentos e adquirir outros.

Presenciei momentos de emergências médicas e traumáticas e tive oportunidade de poder contribuir com a minha experiência e conhecimento assim como adquirir muitos outros conhecimentos e competências para um melhor cuidar.

Face à competência do domínio das aprendizagens profissionais julgo que cresci e melhorei a minha resposta de desenvolvimento do autoconhecimento e da reflexão crítica, o que contribuiu para atingir os objetivos. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais promove práticas seguras, de qualidade e contribui para um desenvolvimento profissional e pessoal.

- **Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica**

A panóplia existente de doenças graves com início súbito e de doenças crónicas que agudizam, como os acidentes, as catástrofes encaminham à deterioração rápida e gradual das funções vitais de um órgão emergindo para cuidados de qualidade eficazes e eficientes. Então é fundamental que os enfermeiros detenham competências/capacidades para colmatar este tipo de acontecimentos. Face a isto, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-

Cirúrgica exalou padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que

...são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, maximizando a recuperação da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”. (OE, 2011, p. 3)

Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Prestar cuidados à pessoa que apresenta alterações no seu processo de transição saúde/doença é o foco primordial da intervenção do enfermeiro. No cuidado à Pessoa em Situação Crítica, a avaliação diagnóstica e monitorização são contínuas e são de essenciais, sendo uma das competências específicas do EEEMC. Ao longo do estágio desenvolvi de competências no cuidar da pessoa em estado crítico.

Findo o estágio sinto-me capacitada quanto à observação e antecipação de alguma instabilidade por parte do doente, no que respeita à compreensão das necessidades dos doentes, estando mais desperta para alguns sinais que manifestam as necessidades do doente.

Consegui corresponder às competências referentes à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família, bem como no estabelecimento de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica. A assertividade e a empatia têm que estar presentes no cuidar em enfermagem. Cuidar de pessoas em situação crítica é um desafio e uma realidade única no cuidar em enfermagem e exige aos profissionais que aí exercem a sua prestação de cuidados conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas.

Ao longo do estágio, as minhas intervenções, atividades desenvolvidas e as reflexões foram ao encontro do meu objetivo onde a satisfação do doente era o máximo das minhas intervenções, aperfeiçoando as competências no domínio da prestação de cuidados especializados.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

O EEEMC, na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, segundo a OE (2010), intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Perante a complexidade decorrente da existência de multivítimas em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial.

A prestação de cuidados no SU implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a necessidade de intervenção numa situação catástrofe. Os principais obstáculos são os recursos disponíveis não serem suficientes para cobrir as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá dificultar a prestação de cuidados com a conseqüente perda de vidas ou amplificação das incapacidades dos sobreviventes.

A ULS-NE tem um Plano de Emergência Externa que integra todas os serviços de todas as Unidades Hospitalares. Este plano de catástrofe eleva a interligação com entidades exteriores favorecendo a articulação na resposta rápida à situação de catástrofe. Este Plano de Emergência foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, sendo também responsável pela sua atualização. No SUMC da Unidade de Bragança onde realizei o estágio, existe um armário de catástrofe que tive oportunidade de conhecer com a orientadora, situado perto da sala de enfermagem, onde estão guardados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação para uma provável situação de catástrofe ou de exceção.

Tive oportunidade de participar num simulacro de incêndio que promove o treino e reforço da aquisição de capacidades em relação à triagem de catástrofe e a diferenciação na atuação correspondente à prioridade de urgência visando sistematizar as ações a priorizar neste tipo de acontecimento. A adequada formação do curso de Triagem de Prioridades de Manchester mune os profissionais do SUMC desta competência.

O Enfermeiro-chefe do SUMC prima para que os enfermeiros comportem a sua prestação num modelo de atuação atualizado pondo em prática o conhecimento do Plano de Emergência e Catástrofe existente no serviço agindo em conformidade.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O enfermeiro especialista, patente na OE (2010), deve objetar criteriosamente na prevenção e controlo de infeção nos vários contextos de atuação, a cada dificuldade de cada situação e à diferenciação dos cuidados impostos por cada recurso a vastas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, fomentando a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A DGS preconiza a constituição e a operacionalização dos Programas Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do programa:

- Vigilância epidemiológica;
- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boaspráticas;
- Formação dos profissionais.

Nos campos de estágio consultei a existência de protocolos, normas e plano de prevenção e controlo da infeção, colmatando as necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, dominando o plano nacional de controlo de infeção e das diretivas das comissões de infeção da Nordial, ULS-NE, facilitando identificar as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo da infeção.

Monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas conseguirei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em estado crítico.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O tempo urge e com ele se encerram capítulos. Este estágio culmina, deixando um misto de sentimentos; sentimentos de saudade, tristeza e alegria. A Enfermagem é uma arte e uma ciência onde o Saber Ser, o Saber Estar e o Saber Fazer se impõem como imperativos sem os quais não tem qualquer valor o exercer desta profissão.

A realização deste relatório permitiu-me fazer uma análise global de todo o meu percurso, durante o período de estágio, por isso, tornou-se imprescindível a discussão de competências do enfermeiro especialista e a este é-lhe exigido um aperfeiçoar de competências ao nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. A pessoa em situação crítica impõe cuidados rápidos, específicos, contínuos e especializados, levando à necessidade de adquirir competências específicas.

As competências desenvolvidas ao longo do estágio foram:

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica;
- Por em prática o plano de catástrofe;
- Promoção das medidas de controlo de infeção;
- Exercer com ética profissional;
- Vocacionar a minha prática no respeito do ser humano;
- Melhoria continua da qualidade na prática dos cuidados;
- Privilegiar sempre ambientes terapêuticos seguros;
- Fomentar autoconhecimento e a assertividade;
- Direcionar a prática clínica em orientações fundamentadas

Tive sempre em conta um pensamento crítico-reflexivo, baseado na evidência científica e experiência profissional, com vista a uma tomada de decisão consciente e fomentando a qualidade dos cuidados do doente crítico.

Face ao exposto os objetivos estabelecidos foram todos eles atingidos e as experiências possibilitaram estar preparada para o atendimento do doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carlotto, M. S. (2012). Síndrome burnout. In M. C. Carlotto, *Síndrome de burnout em professores: Avaliação, fatores associados e intervenção* (pp. 23-38). Livpsic.
- Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência*. Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Lima da Silva, J. L., Campos Dias, A., & Reis Teixeira, L. (2012). Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan*, 12(2), 144-159. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103006.pdf>
- Merck Sharp & Dohme. (2008). *Manual Merck de Informação Médica*. Oceano.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Pereira, R. C. (1995). Reflectir e escrever sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In V. R. Waldow, M. J. Lopes & D. E. Meyer, *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Artes Médicas.
- Pires, A. L. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10.
- Regulamento 429/2018, de 16 de julho*. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na

área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 135. Série II.

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 35. Série II.

Terra, F. B. (2007). *Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crónico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário* (Dissertação de mestrado, Universidade José do Rosário Vellano).

ANEXO I - Cronograma do estágio



5º CURSO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
2º ANO 1º SEMESTRE
CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS 2020-2021

Meses		outubro					novembro					dezembro				janeiro				fevereiro				março
Número de semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	17	18	19	20	21		
Dia da semana		28	6	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	4	11	18	25	1	8	15	22	1		
Dia da semana		2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	8	15	22	29	5	12	19	26	5		
Nº	Nome dos Alunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
45174	Ana Júlia Colaço Gabriel	SU Penafiel					UCIP Penafiel					BO Penafiel												
45091	Ariana de Espírito Santo Ramos da Costa	BO Bragança					SU Bragança					UCIP Bragança												
45168	Bernardete da Conceição Teixeira Martinho Ferro	SU Bragança					Hemodiálise Nordial					Hemodiálise Nordial												
28390	Carla Alexandra Ferreira Neves	UCIP Bragança					SU Vila Real					BO Vila Real												
42058	Estela Sofia Mairós da Rocha	SU - ULS Litoral Alentejano					UCIP - ULS Litoral Alentejo					BO - ULS Litoral Alentejano												
28087	João Paulo Barreira Pinto	BO Vila Real					UCIP Bragança					SU Vila Real												
28204	Nádia Alexandra Peres Sabino	SU Vila Real					BO Bragança					UCIP Penafiel												
45180	Lisa Vânia Vaz Escobar Fernandes	BO Bragança					UCIP Bragança					SU Vila Real												
15431	Luís Carlos Ribeiro	SU Penafiel					BO Penafiel					UCIP Penafiel												
45170	Maria Emília da Cruz Gomes	SU Vila Real					Nordial					UCIP Braga												
3256	Mário José Medeiros Vilarinho	SU Aveiro					UCIP Aveiro					BO Aveiro												
28213	Patrícia Filipa Salazar Alves	BO Bragança					UCIP Bragança					SU Bragança												
43866	Stefania Russo																							

A Diretora do Curso



Assinado por: Matilde Delmina da Silva Martins
Identificação: 807698706
Data: 2020-10-26 às 11:51:11

Matilde Delmina da Silva Martins

Apêndice II - Guião da entrevista

Guião de entrevista

O presente guião de entrevista será aplicado a enfermeiros com experiência profissional igualou superior a 2 anos do Serviço de Urgência da ULS-NE da Unidade de Mirandela.

1. Caracterização sociodemográfica

1.1 Sexo

1.2 Idade

1.3 Estado civil

1.4 Habitações Literárias

1.5 Tempo de Serviço

1.6 Tem formação em Cuidados Paliativos

2. O que entende por Pessoa em fim de vida?

3. O que entende por Cuidados Paliativos?

4. Considera possível prestar cuidados paliativos à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência?

5. Quais são as suas intervenções quando tem um doente em fim de vida?

6. Quais as dificuldades e necessidades quando presta cuidados à Pessoa em fim de vida?

7. Quais as razões que por vezes levam os enfermeiros, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo?

8. O que considera relevante existir no SU de forma a garantir dignidade a pessoa que se encontra em fim de vida?

9. Na sua opinião, considera que a Pessoa em fim de vida no SU tem um processo de morrer digno?

10. Na sua opinião, o que pode ser melhorado na abordagem no SU ao doente em fase final de vida?

11. Além dessas questões, gostarias de acrescentar algo?

Tema:

Entrevistados

Local: _____ Data: ____/____/____

Hora: _____

Duração Prevista: 85 a 120 minutos

Tabela síntese para reforço ao guião da entrevista

Determinação dos blocos	Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações
Bloco A Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista	- Informar os entrevistados sobre os objetivos do trabalho; - Garantir a confidencialidade dos dados obtidos bem como o anonimato dos participantes -Solicitar a autorização para a gravação áudio da entrevista -Informar sobre a duração do tempo médio da entrevista	Tempo médio: 2 minutos
Bloco B Caracterização sociodemográfica dos entrevistados	Conhecer os dados de identificação pessoal dos participantes. Conhecer a situação profissional (tempo de serviço) dos participantes	Recolha dados sociodemográficos: - Idade, - Estado civil - Sexo - Habilitações académicas - Tempo de serviço Questões de reforço: - Para além do bacharelato e ou licenciatura em enfermagem possui outra formação? Se sim. Em que área?	Tempo médio: 3 minutos
Bloco C Conhecimento dos enfermeiros acerca dos conceitos da Pessoa em Fim de Vida e no âmbito dos Cuidados Paliativos	Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de pessoa em fim de vida e cuidados paliativos	Solicitar aos participantes que enunciem as ideias, que lhe ocorrem no que concerne aos conceitos pessoa em fim de vida e cuidados paliativos. Questões de reforço: - No âmbito da sua atividade profissional, quando pensa em pessoa em fim de vida e Cuidados Paliativos, que ideias lhe ocorrem? -O doente em fim de vida tem várias fases. Quais São?	Tempo médio: 10 minutos
Bloco D Conhecimentos sobre se é possível prestar cuidados paliativos à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência?	Entender se é possível prestar cuidados paliativos à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência	Como prestam cuidados paliativos à pessoa em fim de vida em contexto de urgências? Solicitar aos enfermeiros falem dos sentimentos que experimentam no cuidar do doente em fim de vida E como faz para gerir os sentimentos? Questões de reforço: Quais são as suas intervenções quando tem um doente em fim de vida? Destas, quais as que considera serem fundamentais para o cuidar que dignifique a Pessoa em fim de vida?	Tempo médio: 10 minutos
Bloco F Conhecer dificuldades e necessidades quando presta cuidado à Pessoa em fim de vida?	Que as dificuldades e necessidades quando presta cuidados á Pessoa em fim de vida	Quais as dificuldades e necessidades quando presta cuidados á Pessoa em fim de vida? Questões de reforço: E que barreiras em contexto de urgência?	Tempo médio: 10 minutos
Bloco H Conhecer as razões que por vezes levam os enfermeiros, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo?	Que as razões que por vezes levam os enfermeiros, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo	Quais as razões que por vezes levam os enfermeiros, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo? Questões de reforço: Porque centrada no âmbito curativo e não de conforto?	Tempo médio: 10 minutos

<p>Bloco J Considera que a Pessoa em fim de vida no SU tem um processo de morrer digno</p>	<p>Conhecer a opinião do enfermeiro se Pessoa em fim de vida no SU tem um processo de morrer digno</p>	<p>Considera que a Pessoa em fim de vida no SU tem um processo de morrer digno? Questões de reforço: o que falta no SU para garantir um processo digno de morrer?</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>
<p>Bloco L Qual a opinião sobre o que pode ser melhorado na abordagem no SU ao doente em fase final de vida</p>	<p>Conhecer opinião sobre o que pode ser melhorado na abordagem no SU ao doente em fase final de vida</p>	<p>Qual a opinião sobre o que pode ser melhorado na abordagem no SU ao doente em fase final de vida? Questões de reforço: o que falta no SU para garantir dignidade à pessoa que se encontra em fim de vida?</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>

Apêndice III - Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARAPARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica do enfermeiro.

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar no Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, estamos a realizar um estudo/investigação, com o tema acima referido, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Pires Magalhães.

Explicação do estudo: conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelo enfermeiro, perante a pessoa em fase de vida no serviço de urgência? Questões orientadoras, que vão ao encontro do objetivo anteriormente exposto: Qual a perceção dos enfermeiros acerca dos cuidados priorizados à pessoa em fim de vida no SU? Quais as necessidades e as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem da pessoa em fim de vida no SU? Qual a perceção dos enfermeiros, acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida?

Condições e financiamento: A participação no estudo não representa qualquer tipo de riscos e não há nenhum valor económico a receber ou a pagar. A participação é voluntária, e se não quiser participar, ou se quiser desistir em qualquer momento, existe absoluta liberdade para o fazer, sem qualquer tipo de prejuízo ou cobrança.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão de uso exclusivo para o presente estudo e a privacidade será respeitada em todas as fases do estudo, ou seja, o nome ou qualquer outro dado que possa permitir a identificação pessoal, será sempre mantido em sigilo usando um nome ou código fictício.

Todas as hesitações em relação ao estudo poderão ser clarificadas pela investigadora Bernardete Martinho Ferro, através do número de telemóvel +351 918618900 (Wsp) ou através do endereço de correio eletrónico: bernardetemartinho@gmail.com

Assinatura/s do (s) investigador:

Afirmo ter lido e percebido este documento, e as informações que nele constam que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.. Foi-me assegurada a alternativa de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de efeitos. Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária faculto, acreditando que serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do participante:

Data: / /

ANEXOS

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética

IdeN.º 15/2023

Parecer da Comissão de Ética

Reapreciação do estudo:

A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: Abordagem terapêutica do enfermeiro

Parecer da Comissão de Ética

Em reunião extraordinária de 17/03/2023 a CE considera nada ter a por ao presente estudo, sugerindo-se no entanto a revisão das considerações éticas.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Ana Catarina Fernandes Pires
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Evangelina da Natividade Camelo Bonifácio Correia da Silva

Reunião CA 22.03.2023
2 pontos
anque parecer de
Comissão de Ética

Presidente da Comissão de Ética



Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do Conselho de Administração

Unidade Local Saúde Nordeste
COMISSÃO DE ÉTICA

M

Anexo II - Comprovativo de submissão do artigo de investigação



Submissões

Submissões

Minha Fila 1

Arquivos

Ajuda

Minhas Designações



Pesquisar

Nova Submissão

33827

Martinho

A Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem Terapêutica do Enfermeiro

Submissão

