



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

José Carlos Carvalho Osório



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

**José Carlos Carvalho Osório**  
**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

# **CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Mara Rocha

Junho de 2023

## AGRADECIMENTOS

*Este trabalho só foi possível graças ao contributo:*

*- da minha esposa, Carla, por todo o apoio, carinho e compreensão ao longo de todo o percurso. Este trabalho também é teu, obrigado!*

*- do meu filho, Guilherme, pelos seus abraços e brincadeiras, essenciais para manter o equilíbrio e a motivação;*

*- da minha família, pelo apoio de sempre;*

*-da Professora Mara Rocha, pelo incentivo e orientação ao longo deste percurso;*

*- do Enfermeiro Gestor José David Ferreira, por ter possibilitado a realização no estágio no SMIP do CHEDV e ter apoiado este projeto;*

*- do Enfermeiro Especialista Pedro Castro, pelo acompanhamento, partilha e orientação ao longo do estágio;*

*- dos meus amigos, pelo companheirismo e incentivo;*

*- dos meus colegas de turma, por todo o apoio e partilha ao longo desta caminhada;*

*- de todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se realizasse.*

*“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die”.*

Cicely Saunders

## RESUMO

A Medicina Intensiva apresenta um desenvolvimento marcante nas últimas décadas. Atualmente, vive-se mais tempo, sendo esta longevidade acompanhada de morbilidades que aumentam o número de internamentos hospitalares, particularmente em Serviço de Medicina Intensiva. Estes dois aspetos, além da natureza crítica da própria doença, levam a que os Serviços de Medicina Intensiva a nível mundial apresentem taxas de mortalidade elevadas. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica procuram cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica, nomeadamente nas perturbações emocionais daí resultantes, tais como a dignificação da morte e os processos de luto.

No âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizou-se o Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, no período compreendido entre 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023.

Este estágio revelou-se uma oportunidade para desenvolver diversas atividades, principalmente: no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família; da gestão e supervisão dos cuidados, adequação dos recursos humanos e materiais através do acompanhamento e colaboração do enfermeiro tutor; no diagnóstico de necessidades de formação e intervenção enquanto formador, através da elaboração de um póster sobre a (não) utilização de heparina na manutenção do cateter venoso central, contribuindo para a inovação da prática clínica; e no desenvolvimento de um estudo de investigação com base nas necessidades do serviço.

O trabalho de investigação realizado procurou conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço acerca dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. Para tal, realizou-se um estudo qualitativo descritivo e exploratório, com recurso à entrevista semiestruturada a 10 enfermeiros deste serviço, cuja análise de conteúdo foi realizada segundo o referencial de Bardin. O desenvolvimento deste trabalho permitiu efetuar um diagnóstico de situação e identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros neste contexto, aspetos facilitadores e dificultadores na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e família e identificar os contributos para a melhoria no atendimento. A prestação de cuidados de conforto, assente numa comunicação eficaz, controlo adequado de

sintomas e trabalho em equipa, foram considerados fundamentais na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e família. Os enfermeiros consideraram ainda que a prestação de cuidados pode ser otimizada, com a implementação de várias medidas, nomeadamente a tomada de decisão em equipa, a abordagem da temática dos cuidados em fim de vida nas discussões de equipa, envolvimento do psicólogo na equipa multidisciplinar e formação na área. Assim, considera-se que este estudo pode servir como um ponto de partida para a melhoria progressiva da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família no Serviço de Medicina Intensiva.

A realização do estágio permitiu o desenvolvimento de dois níveis de competências: Competências comuns, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e Competências específicas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica e família e na maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Todo este desenvolvimento foi sustentado na observação, na prática baseada na evidência mais recente, na partilha de experiências e no aperfeiçoar do pensamento crítico-reflexivo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados de Fim de Vida; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **ABSTRACT**

Intensive Care Medicine has undergone remarkable development in recent decades. Currently, people are living longer and this lifespan is accompanied by morbidities that increase the number of hospital admissions, particularly in Intensive Care Units. In addition to the critical nature of the disease, these two aspects lead to high mortality rates in Intensive Care Units worldwide. The specialist nurses in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing the Person in Critical Condition, seek to care for the person/family experiencing complex processes of critical illness, namely in the resulting emotional disturbances, such as the dignification of death and mourning processes.

Within the scope of the VIII Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing of the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, a Professional Training Course was carried out at the Polyvalent Intensive Care Unit of the Entre o Douro e Vouga Hospital Centre between October 3, 2022 and March 31, 2023.

This internship proved to be an opportunity to develop several activities, mainly: the provision of care to critically-ill patients and their families; the management and supervision of care, and the suitability of human and material resources through the monitoring and collaboration of the nurse tutor; the diagnosis of training needs and intervention in the role of trainer through the development of a poster on the (non-)use of heparin in the maintenance of the central venous catheter, thus contributing to the innovation of clinical practice; and the development of a research study based on the service needs.

The research study aimed to identify the nurses' opinion about the care provided to the person at the end-of-life in the Polyvalent Intensive Care Unit. To this end, a qualitative descriptive and exploratory study was conducted using semi-structured interviews with 10 nurses of this service, whose content analysis was performed according to Bardin's framework. The development of this study allowed diagnosing the situation and identifying the interventions performed by nurses in this context, facilitating and hindering aspects in the provision of care to the person at the end-of-life and the family, as well as identifying the contributions to improved care. The provision of comfort care, supported on effective communication, adequate symptom control and teamwork were considered essential in the provision of care to the end-of-life person and family. Nurses also considered that the provision of care can be optimised with the implementation of various measures, namely team decision-making, addressing the topic of end-of-life care in team discussions, involving the psychologist in the multidisciplinary team, and training in this

area. Therefore, it is considered that this study may serve as a starting point for the progressive improvement of the quality of care provided to the end-of-life patient and family in the Intensive Care Unit.

Carrying out the internship allowed the development of two levels of skills: Common skills, namely in the field of professional, ethical and legal responsibility, in the field of continuous quality improvement, in the field of care management and in the field of developing professional learning; and Specific skills based on caring for people in critical situations and their families and maximizing prevention, intervention and infection control.

All this development was based on observation, practice based on the latest evidence, sharing of experiences and improvement of critical-reflective thinking.

Keywords: Palliative Care; Terminal Care; Intensive Care Unit; Medical-Surgical Nursing



## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

BPS – Behavioral Pain Scale

CFU – Consulta de Follow-up

CHEDV – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

CP – Cuidados Paliativos

CVC – Cateter Venoso Central

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESS – Escola Superior de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MFR – Medicina Física e Reabilitação

NPT – Nutrição Parentérica Total

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SF – Soro Fisiológico

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	II
PENSAMENTO.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT .....	VI
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	VIII
SUMÁRIO.....	IX
ÍNDICE DE QUADROS.....	XI
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES REALIZADAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE.....</b>	<b>17</b>
<b>2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>18</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	<b>22</b>
3.1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA .....	23
3.2. MAXIMIZAR A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO .....	31
<b>PARTE II – CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....</b>	<b>37</b>
<b>4. CUIDAR EM FIM DE VIDA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....</b>	<b>38</b>
4.1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	39
4.2. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: A PESSOA EM FIM DE VIDA .....	40
4.3. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: A FAMÍLIA DA PESSOA EM FIM DE VIDA .....	42
4.4. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS.....	43
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
5.1. TIPO DE ESTUDO .....	49
5.2. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	50
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
5.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	53
5.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....	54
5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
<b>6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
6.1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA.....	58
6.2. FATORES FACILITADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA.....	63
6.3. FATORES DIFICULTADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA.....	70
6.4. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA.....	84
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>89</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
Anexo I - Certificado de Participação no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade .....	104
Anexo II - Comunicação livre “Utilização de heparina na permeabilização do CVC: adequada ou desatualizada?” .....	106
Anexo III – Certificado de Participação nas 2.ªs Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica.....	108
Anexo IV - Curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos – nível A.....	110
Anexo V – Certificado de Participação no 4.º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção.....	112
Anexo VI – Parecer do Conselho de Administração do CHEDV .....	114
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>116</b>
Apêndice I – Póster intitulado “Utilização de heparina na permeabilização do CVC: adequada ou desatualizada?” .....	117
Apêndice II – Guião da Entrevista.....	119
Apêndice III – Declaração de Consentimento Informado .....	122
Apêndice IV – Aprovação do Diretor do SMIP para a realização do estudo .....	124
Apêndice V – Aprovação do Enfermeiro Gestor do SMIP para a realização do estudo .....	126

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de resultados.....	35
Quadro 2 - Caracterização socioprofissional dos participantes no estudo .....	52
Quadro 3 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo.....	57
Quadro 4 - Área Temática: Intervenções de Enfermagem junto da pessoa em fim de vida e família .....	58
Quadro 5 - Achados das entrevistas referentes a cuidados de conforto.....	59
Quadro 6 - Achados das entrevistas referentes a cuidados dirigidos ao alívio da dor .	60
Quadro 7 - Achados das entrevistas referentes a cuidado espiritual.....	60
Quadro 8 - Achados das entrevistas referentes a Informação à pessoa/família sobre o estado de saúde .....	61
Quadro 9 - Achados das entrevistas referentes a respeito pela vontade da pessoa ...	61
Quadro 10 - Achados das entrevistas referentes à promoção da resolução de assuntos pendentes.....	62
Quadro 11 - Área Temática: Fatores facilitadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família .....	63
Quadro 12 - Achados das entrevistas referentes a preparação da família .....	63
Quadro 13 - Achados das entrevistas referentes à satisfação das necessidades da família .	64
Quadro 14 - Achados das entrevistas referentes ao envolvimento da família nos cuidados ...	65
Quadro 15 - Achados das entrevistas referentes à Relação empática com a família ..	65
Quadro 16 - Achados das entrevistas referentes à Tomada de decisão em equipa....	66
Quadro 17 - Achados das entrevistas referentes à coesão na equipa .....	67
Quadro 18 - Achados das entrevistas referentes à comunicação interdisciplinar .....	68
Quadro 19 - Achados das entrevistas referentes à experiência profissional .....	68
Quadro 20 - Achados das entrevistas referentes ao Serviço de Medicina Intensiva como local de fim de vida .....	69
Quadro 21 - Área Temática: Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família .....	70
Quadro 22 - Achados das entrevistas referentes à obstinação terapêutica.....	71
Quadro 23 - Achados das entrevistas referentes à antiguidade/rotatividade das equipas..	71
Quadro 24 - Achados das entrevistas referentes à articulação entre a equipa.....	72
Quadro 25 - Achados das entrevistas referentes à visão dos cuidados pelas outras valências .	73
Quadro 26 - Achados das entrevistas referentes ao desconhecimento da vontade da pessoa em fim de vida .....	74

Quadro 27 - Achados das entrevistas referentes ao envolver-se com a pessoa/família ...	74
Quadro 28 - Achados das entrevistas referentes ao falar sobre a morte.....	75
Quadro 29 - Achados das entrevistas referentes à falta de interesse pela área.....	76
Quadro 30 - Achados das entrevistas referentes à falta de apoio emocional aos profissionais de saúde .....	77
Quadro 31 - Achados das entrevistas referentes à estrutura física .....	78
Quadro 32 - Achados das entrevistas referentes ao ruído .....	78
Quadro 33 - Achados das entrevistas referentes à sobrecarga de trabalho .....	79
Quadro 34 - Achados das entrevistas referentes à presença da família.....	80
Quadro 35 - Achados das entrevistas referentes ao contexto hospitalar/cuidados intensivos.	80
Quadro 36 - Achados das entrevistas referentes ao estado de consciência da pessoa ...	81
Quadro 37 - Achados das entrevistas referentes à Idade da pessoa em fim de vida ..	82
Quadro 38 - Achados das entrevistas referentes ao tempo de internamento .....	83
Quadro 39 - Achados das entrevistas referentes ao conhecimento sobre CP.....	83
Quadro 40 - Área Temática: Contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família .....	84
Quadro 41 - Achados das entrevistas referentes ao Envolvimento de psicólogos na equipa..	84
Quadro 42 - Achados das entrevistas referentes à consulta de <i>follow-up</i> .....	85
Quadro 43 - Achados das entrevistas referentes à comunicação na equipa e com a família..	86
Quadro 44 - Achados das entrevistas referentes aos Cuidados Paliativos.....	86
Quadro 45 - Achados das entrevistas referentes à gestão da analgesia.....	87
Quadro 46 - Achados das entrevistas referentes ao horário de visitas ilimitado.....	87

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Medicina Intensiva, área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, tem sido marcante nas últimas décadas (Portugal, 2003b). Fruto do desenvolvimento na área da fisiologia, patologia e terapêutica, o ser humano vive mais tempo, embora seja acompanhado com o aumento de comorbilidades associadas.

Com o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida assiste-se a uma mudança na população internada nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI), bem como a uma solicitação de execução de técnicas e procedimentos mais complexos a uma população com várias patologias associadas, exigindo uma vigilância e cuidado acrescido. Tal facto, tornam os SMI mais exigentes para os profissionais de saúde, devendo ser dotados de recursos humanos qualificados e treinados e com formação na área (Portugal, 2003b).

De facto, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) são considerados como “elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 11). Portanto, a realização da especialidade tornou-se, mais do que recomendado, uma necessidade para fazer face aos desafios que emergem na prática clínica.

A experiência e o juízo crítico desenvolvido e aprimorado decorrente do contacto com a PSC nos últimos anos motivou-me a aprofundar uma temática que já provocava inquietação anteriormente: o cuidar a pessoa/família em fim de vida no SMI. Ademais, os SMI são os serviços hospitalares com o maior número de óbitos (Velarde-Garcia et al., 2017). Portanto, a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida são parte integrante da realidade dos SMI, exigindo conhecimento e competências específicas nesta área (Pachchigar et al., 2022). De acordo com o artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o objetivo dos cuidados passa por proporcionar a melhor qualidade de vida à pessoa em fim de vida e família, assente nos princípios éticos, salvaguardando o respeito pela dignidade humana. Porém, nem sempre é fácil diferenciar a pessoa gravemente doente com potencial de recuperação e a pessoa sem perspectiva de cura, exigindo um aprofundar da temática (Urden et al., 2008).

Uma vez que os cuidados de Enfermagem à PSC são cuidados especializados prestados de forma sistemática e contínua, cuidar da pessoa e família a vivenciar

processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, concretamente assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, é uma competência específica do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC (regulamento 429/2018, 2018).

No culminar do percurso realizado no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), surge o Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório final, correspondendo a 390 horas de contacto, distribuídas de 03 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023. O ENP decorreu no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), tratando-se de uma unidade de excelência capaz de proporcionar as condições necessárias de modo a assegurar a concretização dos objetivos previamente definidos.

A definição dos objetivos principais do estágio tem por base o Regulamento n.º 140/2019 (2019) e o Regulamento n.º 429/2018 (2018) estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tratando-se, assim, de desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competência específicas do EE em Enfermagem à PSC, bem como as competências inerentes ao grau de mestre, previstas no Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018).

Para tal, tornou-se necessário definir os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas em EMC no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área da PSC;
- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais no seio da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências na gestão e supervisão de cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente no diagnóstico de necessidades de formação e intervenção enquanto formador;
- Contribuir para a inovação da prática clínica através da implementação de novas dinâmicas de intervenção baseada na evidência;
- Desenvolver competências de investigação em Enfermagem.

O presente relatório procura ser um reflexo de todo o percurso do estágio, com a descrição das reflexões, aprendizagens e atividades desenvolvidas no sentido de dar resposta aos objetivos supramencionados. Para tal, encontra-se dividido em duas

partes: Parte I – Estágio de Natureza Profissional: das Atividades Realizadas ao Desenvolvimento de Competências e Parte II – Cuidar a Pessoa em Fim de Vida e Família no Serviço de Medicina Intensiva, culminando com a apresentação das considerações finais, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

A Parte I procura descrever o percurso percorrido para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC na área da Enfermagem à PSC, e encontra-se subdividida em três capítulos: caracterização do SMIP, desenvolvimento de competências comuns do EE e desenvolvimento de competências específicas do EEEMC na área da Enfermagem à PSC.

No que concerne à Parte II, apresenta-se a componente de investigação realizada com vista a efetuar um diagnóstico de situação sobre os cuidados prestados à pessoa em fim de vida no SMIP. Esta divide-se em quatro capítulos: enquadramento teórico da temática em estudo no contexto do SMIP; apresentação do desenho de investigação, onde se dá a conhecer o tipo de estudo, da problemática aos objetivos, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimento de análise dos dados e as considerações éticas subjacentes; apresentação, análise e discussão dos resultados, agrupados nas áreas temáticas identificadas, comparando-os com a evidência científica; por fim, apresenta-se a conclusão do trabalho de investigação.

A experiência de formação adquirida no âmbito do estágio permite agir segundo uma perspetiva crítico-reflexiva, desenvolver atividades e intervenções fundamentadas e assertivas, proporcionar a aquisição de conhecimentos segundo uma perspetiva avançada, culminando no desenvolvimento de competências que potenciam a melhoria dos cuidados (Coelho et al., 2014).



**PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES  
REALIZADAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE**

O CHEDV, criado em 2009 pela junção de 3 hospitais, é responsável pela prestação de cuidados à população da zona norte do distrito de Aveiro, englobando os concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Vale de Cambra, Oliveira de Azeméis, Ovar e algumas freguesias de Castelo de Paiva, que ronda os 330.000 habitantes (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022a).

O SMIP, localizado no hospital de São Sebastião, encontra-se no piso 3, em contíguo com o Bloco Operatório. Apresenta uma lotação de 12 camas, 2 das quais são unidades de isolamento, com adufa e capacidade para ficar com pressão negativa ou positiva interna. Cada unidade dispõe dos recursos materiais e equipamentos necessários para a prestação de cuidados a doentes de nível II e III.

Além das unidades, o serviço dispõe de um balcão central de registo e monitorização, possibilitando a visualização e deteção precoce de eventuais eventos perigosos, diferentes áreas de serviços como a sala de sujos, sala de limpos, armazém, copa, vestiário e secretariado, bem como de biblioteca/sala de reuniões, gabinetes médicos e gabinete do enfermeiro gestor.

A equipa multidisciplinar do SMIP é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e uma administrativa. Relativamente à equipa de Enfermagem, esta é composta por 38 enfermeiros distribuídos do seguinte modo: um enfermeiro gestor, nove EEEMC, dois EE em Enfermagem Comunitária, três EE em Enfermagem de Reabilitação, um EE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e vinte e dois enfermeiros de Cuidados Gerais. Está preconizada a dotação mínima de seis enfermeiros por turno, com um rácio enfermeiro/doente de 1:2. No turno da manhã, durante a semana, integra ainda a equipa um EE em Enfermagem de Reabilitação e um fisioterapeuta. Apresenta também um quadro médico próprio com formação em medicina intensiva, presente 24 horas por dia, bem como assistentes operacionais com formação e treino, permitindo que o serviço seja certificado com a Norma ISO 9001 pela sua qualidade.

O SMIP assegura a prestação de cuidados à PSC decorrentes essencialmente de patologia traumática grave, diversas patologias do foro respiratório e cardíaco, pós-cirúrgicos com disfunção multiorgânica e diversos tipos de choque. Uma vez que o hospital não dispõe de todas as valências, existem programas de cooperação com centros de referências nas áreas da Cirurgia Cardiotorácica e Vasculiar, Neurocirurgia e ECMO.

## **2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

As competências comuns do EE, descritas no Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, envolvem as dimensões relacionadas com os processos de aprendizagem, a liderança e a gestão de recursos, a dinamização da investigação, entre outras. Foi com base nestes pressupostos e nos objetivos traçados inicialmente que procurei desenvolver a minha prática no contexto do estágio de Enfermagem à PSC.

O EE desenvolve uma prática segura, profissional e ética, assente num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação contínua das melhores práticas e na análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No SMI, os enfermeiros deparam-se com inúmeros casos dramáticos, de resolução complexa e discutível, que necessitam de reflexão ética, pois esta é a ciência dos comportamentos, sendo merecedora de especial atenção daqueles que tem responsabilidade sobre a vida humana (Neves & Pacheco, 2004). Procurei desenvolver a minha prática sustentada no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), assegurando o respeito pelos princípios éticos na prestação de cuidados, nomeadamente os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência e da justiça, bem como o direito à privacidade, à veracidade e à confidencialidade.

É um facto que nem sempre é fácil tomar decisões, mas a complexidade de situações vivenciadas no SMI exige sempre uma tomada de decisão em equipa, ponderada e refletida, na qual o respeito pela dignidade humana seja um valor norteador dos cuidados prestados, especialmente em tal situação de vulnerabilidade da vida humana. Tive oportunidade de participar e vivenciar tais decisões no seio da equipa, através de discussões saudáveis, tendo a pessoa e família no centro da atenção da equipa, procurando um cuidar humanizado e, no limite, assegurar uma morte digna. Cabe-nos a nós, particularmente ao EEEMC, orientar o sentido e a oportunidade dos cuidados. Sendo a relação interpessoal o nosso principal instrumento, há que ter em conta a pessoa como única, com o seu projeto de saúde e inserida em determinado contexto, pois só assim podemos cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o presente estágio coincidiu com a transição de aplicativo informático, passando do *BICU* para o *PatientCare*. Naturalmente que esta mudança exige uma adaptação e reconhecimento do novo aplicativo. Foi exatamente nesta transição que o EEEMC teve um papel fundamental para que tal ocorresse da forma mais harmoniosa possível. Além do enfermeiro gestor, responsável máximo pela implementação e acompanhamento da implementação do sistema, recaiu também sobre a enfermeira de referência do serviço, EEEMC, a responsabilidade de recolher e ouvir as opiniões e sugestões dos restantes enfermeiros de modo a tirar o máximo proveito desta ferramenta. Tive a oportunidade de participar ativamente neste processo, sugerindo alterações, refletindo em conjunto sobre a eficácia do aplicativo e pude acompanhar de perto o papel da enfermeira de referência do serviço na análise das várias sugestões recolhidas e exploração das mesmas no aplicativo, culminando num documento final com todas as alterações sugeridas do aplicativo. Sendo a partilha adequada de informação de enfermagem fundamental para a melhoria da continuidade dos cuidados, “não é de estranhar uma preocupação crescente com o desenvolvimento de Sistemas de Informação eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (Sousa et al., 2005, p. 369). Uma das suas funcionalidades consiste na recolha de dados estatísticos relativamente a inúmeros aspetos, nomeadamente taxa de quedas, taxa de mortalidade no SMIP, tempo médio de internamento no SMIP, tempo médio de ventilação invasiva e proporção de doentes submetidos a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) e a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), fundamental para avaliar os indicadores de qualidade e favorecedor da elaboração de trabalhos de investigação (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022b).

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei inteirar-me rapidamente dos protocolos, normas e regulamentos do serviço, de modo a cumprir com as boas práticas da instituição, constatando que os mesmos foram realizados maioritariamente por EE. De facto, esta participação ativa na conceção e operacionalização de projetos fornecem um cunho dinâmico ao papel do EE nos serviços.

O EE desenvolve também funções no domínio da gestão dos cuidados. No turno da manhã, nos dias úteis, essa também é uma função exercida pelo enfermeiro gestor, até porque a gestão de cuidados está ligada à gestão de recursos, sobretudo humanos, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e potenciando a melhor resposta da equipa, tal como referido no regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE. Além disso, o enfermeiro gestor utiliza os momentos de passagem de turno para colocar a equipa informada e envolvida nos acontecimentos a decorrer durante o turno, o que

motiva a equipa para um desempenho diferenciado e fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. Na sua ausência, está definido que essas funções são assumidas pelo responsável de turno, maioritariamente EE, função também desempenhada pelo enfermeiro tutor. Sendo frequentemente responsável de turno, permitiu-me acompanhar de perto, observar e refletir sobre a importância do EE na gestão e liderança do serviço, adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades dos cuidados, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o facto de nos últimos 10 anos ter desenvolvido a minha atividade em SMI num hospital central permitiu, por um lado, uma adaptação rápida e harmoniosa ao serviço e, por outro, comparar práticas diferentes em relação ao meu contexto de trabalho. Essa diferença desencadeou em mim a reflexão, a curiosidade e a procura da evidência científica mais atualizada. Tal como irei desenvolver *a posteriori*, é prática do serviço a utilização de solução heparinizada na manutenção do Cateter Venoso Central (CVC). Com base na evidência recente, o risco benefício da heparina não justifica a sua utilização, sendo o Soro Fisiológico (SF) suficiente para manter a permeabilidade do CVC. Sendo este um conhecimento válido, atual e pertinente, procurei atuar como formador em contexto de trabalho com a realização de um póster que ficou exposto no serviço, além de aproveitar momentos de reunião da equipa, como as passagens de turno, para apresentar e expor o mesmo (Apêndice I). Esta divulgação dos resultados dos estudos consultados foi mais abrangente, pois participei no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade (Anexo I), onde apresentei a comunicação livre “Utilização de heparina na permeabilização do CVC: adequada ou desatualizada?” (Anexo II), de modo a divulgar os resultados pela comunidade científica.

Como futuro EEEMC é exigido que “desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação” (regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360). Esta premissa faz com que tenha a responsabilidade e assumo um papel ativo na procura da evidência mais atual.

Posto isto, outro dos aspetos sobre o qual recaiu a minha atenção foi a não utilização do filtro na Nutrição Parentérica Total (NPT) na PSC. Apesar da sua utilização ser recomendada por várias organizações e fabricantes, a sua utilização permanece controversa. De facto, esta continua a não ser uma prática padronizada nas instituições de saúde e, dentro da mesma instituição, existem práticas distintas.

Recentemente, a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, referência mundial nesta área, assumiu a sua posição sobre este tema (Worthington et al., 2021). Realizaram uma revisão da literatura existente, uma análise histórica, assim como de todas as *guidelines* publicadas até ao momento por outras sociedades. Com base nessa análise, recomendam a utilização de filtro de 1.2 microns na administração de toda a NPT. Os efeitos dos precipitados e partículas não filtradas nos doentes é mais pronunciado e relevante em determinadas populações, com especial enfoque nos doentes críticos, doentes com danos por trauma, sépsis e submetidos a cirurgia, ou seja, rapidamente se percebe que engloba os doentes do SMIP. Tratando-se de uma intervenção simples, de baixo custo, sem acréscimo da carga de trabalho, com potencial de reduzir eventos adversos, complicações e potencialmente infeções por *Candida Albicans*, partilhei esta evidência com enfermeiros do serviço e propus ao enfermeiro gestor do SMIP a sua utilização na prática clínica, encontrando-se em processo de análise. De referir também que, em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emanou a Norma nº 017/2020 relativa à implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta, que faz referência à utilização do filtro de 1.2 microns para bolsas parentéricas tri compartimentadas ou misturas nutritivas com lípidos (Portugal, 2020).

Assim, considero que também desenvolvi competências no domínio das aprendizagens profissionais, tendo atuado como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo na área da investigação conforme preconizado no Regulamento das Competências Comuns do EE da OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

### **3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são locais qualificados que assumem a responsabilidade integral pelos doentes no suporte, prevenção e reversão de falência de órgãos com implicações vitais, exigindo uma equipa qualificada e treinada no domínio de atuação desta área científica (Portugal, 2003b). Esta crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estas unidades justificam a necessidade de formação específica e especializada dos enfermeiros, do qual

“o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da Pessoa em Situação Crítica, em contexto como a Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 3).

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada pela falência (...) ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência dependente dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362). Neste âmbito, as competências específicas definidas pela OE para o EEEMC são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Estas competências serão abordadas no subcapítulo que se segue. Apesar da terceira competência não ter sido plenamente desenvolvida, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência institucional. Esta consulta permitiu compreender a organização e atuação das estruturas internas e externas, bem como as funções dos órgãos de coordenação e metodologias de atuação.

### 3.1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA

Na procura de intervir de forma precisa, eficiente e antecipada e de detetar precocemente focos de instabilidade, procurei mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a prestar cuidados holísticos e de qualidade conforme preconizado no referido regulamento.

Foram vários os momentos de aprendizagem em que tive a oportunidade de mobilizar conhecimentos e técnicas, e gerir protocolos complexos. Tive a oportunidade de colaborar na montagem e testagem de ventiladores, prestar cuidados ao doente sob VMI e VMNI, gerir medicação complexa, colaborar na colocação de CVC e Linha Arterial e assegurar a manutenção segura dos mesmos, colaborar no transporte do doente crítico, entre outras. Consciente de que a avaliação diagnóstica e a monitorização são de importância máxima na identificação precoce de focos de instabilidade e rápida atuação, procurei aprofundar conhecimentos nesta área. Contudo, a minha intervenção como futuro EE não se deve cingir apenas ao conhecimento dos dispositivos e de diferentes parâmetros, pelo que procurei ir mais além. Por exemplo, relativamente à ventilação, foi alvo dos meus cuidados a avaliação rigorosa do conforto e adaptabilidade do doente à VMI e VMNI, pois a deteção precoce de instabilidade ventilatória permite o ajuste do modo ventilatório se for adequado e alertar a equipa médica para uma eventual mudança de estratégia.

Dias antes do início do estágio participei nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica (Anexo III), importante para consolidar conhecimentos sobre diversas áreas, como o Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) e o Transporte do doente crítico, que irei abordar de seguida.

Na abordagem ao doente crítico é frequente a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, pelo que tive oportunidade de colaborar no transporte do doente crítico para realização de TAC. Durante o transporte, procurei seguir as recomendações emitidas pela Ordem dos Médicos em parceria com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), recomendações essas atualizadas a 19 de abril deste ano, assegurando que o nível de cuidados, durante o transporte, não fosse inferior ao nível de cuidados no SMIP (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).



Sendo o cuidar a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica uma competência das competências clínicas especializadas do EEEMC, não poderia deixar de abordar a gestão diferenciada da dor.

Desde 2003 que a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital, preconizando que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente diagnosticadas, avaliadas e registadas, como norma de uma prática altamente humanizante (Portugal, 2003a). Contudo, segundo o Plano Nacional de Avaliação da Dor da SPCI (Pinho et al., [2012]), a dor no doente crítico é comum, sendo frequentemente subestimada pelos profissionais de saúde. Este facto é também realçado no parecer emitido pela OE em 2021, referindo que, sobretudo por motivos culturais, “a dor é por vezes subestimada, escondida, negada e, conseqüentemente, negligenciada, tanto pela pessoa como pelos profissionais de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 5).

Considero que tal situação não se verifica no SMIP, pois a dor, como sinal vital que é, não é descurada, existindo um protocolo instituído de avaliação e registo da intensidade da dor. Está preconizado que os resultados das escalas de avaliação da dor sejam registados no sistema informático pelo enfermeiro responsável do doente de 8 em 8 horas, antes e após procedimentos potencialmente dolorosos, e antes e após implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A melhor maneira de avaliar a dor é a comunicação da dor pela própria pessoa, contudo a incapacidade de comunicar não nega a existência de dor nem impede a sua gestão adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Deste modo, no SMIP são utilizadas as seguintes escalas validadas internacionalmente: escala numérica da dor para os doentes acordados e com capacidade de comunicar, e a escala comportamental da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS) para os doentes sedados ou não colaborantes. Segundo dados estatísticos do SMIP de 2022, retirados do aplicativo informático *BICU*, cerca de 40% dos doentes apresentam VMI, implicando o conhecimento e utilização da escala BPS corretamente (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022b). Esta escala inclui 3 itens comportamentais: expressão fácil, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória do doente, indo de um *score* final de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima), permitindo também identificar fatores causadores de dor. Paralelamente à mensuração da escala, estava desperto a possíveis sinais de dor, tal como a taquicardia, hipertensão e hipersudorese, exigindo a rápida intervenção através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor.

De facto, no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica, torna-se fulcral que o enfermeiro faça a gestão diferenciada da dor, utilizando

medidas farmacológicas e não farmacológicas. Concomitantemente ao ajuste da terapêutica a cada situação específica e antecipação de procedimentos previsivelmente dolorosos (como a aspiração endotraqueal, realização de tratamento de feridas, entre outras), coloquei em prática medidas não farmacológicas no alívio da dor e desconforto. Estas medidas são, “de forma consistente, seguras para o doente e têm o potencial de contribuir para a redução da dor e melhorarem a funcionalidade, bem-estar psíquico e social e qualidade de vida” (Abejas & Duarte, 2021, p. 52). Constatei que medidas como o posicionamento, massagem, gestão do ambiente físico através do controlo do ruído, luminosidade e temperatura, crioterapia e comunicação eficaz com a pessoa/família são eficazes no alívio da dor.

Os avanços científico-tecnológicos nas últimas décadas contribuíram para a diminuição da mortalidade do doente internado em Medicina Intensiva. Contudo, muitos desses sobreviventes não retornam aos níveis funcionais prévios ao seu internamento, devido a comorbilidades relacionadas com a doença crítica e a natureza do tratamento intensivo (Mikkelsen et al., [2020]). Essas alterações biopsicossociais resultantes da passagem pelo SMI tem um impacto significativo na diminuição da qualidade de vida da pessoa e seus familiares, podendo persistir durante meses ou anos após a alta hospitalar (Eaton et al., 2019). Além disso, vários estudos referem um elevado número de reinternamentos e mortalidade aos 5 anos após a alta hospitalar (Hill et al., 2016).

Nos últimos 20 anos, o aumento do conhecimento e consciencialização deste facto fez emergir um novo paradigma conceptual, com pressupostos e intervenções fomentadas na literatura científica, surgindo o termo SPICI (Mikkelsen et al., [2020]). O SPICI é a designação atribuída ao conjunto de complicações e sequelas sejam elas de nível físico, psicológico ou cognitivo, que surgem após a doença crítica e que persistem durante meses ou anos no pós-internamento em Cuidados Intensivos, afetando a qualidade de vida dos doentes e seus familiares (Robinson et al., 2019).

Conscientes desta problemática, existe uma tentativa de o prevenir durante o internamento no SMIP, sendo importante conhecer os fatores de risco e os sinais e sintomas identificativos do seu desenvolvimento. São potenciadores de SPICI as comorbilidades prévias à doença crítica, complicações da doença crítica aguda, terapêutica utilizada como a sedação, tratamento de suporte ventilatório (VMI/VMNI) e renal (diálise), falta de suporte social, incapacidades pós-internamento e alterações da imagem corporal, podendo contribuir para a diminuição da capacidade física, depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático (Azoulay et al., 2017). Torna-se perceptível que um elevado número de doentes internados no SMIP apresentam risco de

desenvolver SPICI. Após a identificação desse risco, existem um conjunto de protocolos e boas práticas implementadas no serviço que possibilitam diminuir o risco de sequelas. A sedação por objetivos, evitando o uso de benzodiazepinas, a interrupção diária da sedação, a prevenção do *delirium*, a mobilização precoce e a existência de consulta de *follow-up* (CFU) são alguns desses exemplos, indo de encontro ao referido por Pandharipande et al. (2010). Este conhecimento e reflexão permitiu-me agir precocemente e de forma eficaz, consciente das possíveis sequelas resultantes do internamento no SMIP, de forma a prestar cuidados holísticos e de qualidade.

Conhecedor da importância da utilização do diário no SMI e, tendo já experiência prévia da sua utilização, procurei refletir e alertar junto de enfermeiros do serviço da sua pertinência. De facto, a utilização de diários em cuidados intensivos são uma ferramenta importante na prevenção do *stress* pós-traumático, criando memórias de factos e evitando memórias delirantes, ajustando as expectativas de recuperação (Eaton et al., 2019). Por outro lado, são também importantes para as famílias, reforçando o seu papel na comunicação com o doente nas situações em que este está sedado (Geense et al., 2021). Pela minha experiência profissional, e tendo já utilizado diários no contexto de cuidados intensivos, a sua utilização facilita o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa e família, aumenta a consciência ética e a satisfação no trabalho. Apesar de não se encontrar implementada a sua utilização no serviço, acredito que tal irá ocorrer a curto prazo, dado o interesse e motivação dos enfermeiros com os quais abordei esta temática.

Tal como referi anteriormente, nos doentes em que é identificado o risco de SPICI, é dado o seu seguimento em CFU, tendo tido a oportunidade de acompanhar alguns desses momentos. Implementada no SMIP do CHEDV desde dezembro de 2017, a CFU procura conhecer a prevalência de SPICI da instituição, bem como identificar precocemente o risco de desenvolvimento de SPICI, dando o devido encaminhamento e seguimento por uma rede multidisciplinar intra-hospitalar. Constituída por dois médicos intensivistas e por quatro EE, colaboram com uma rede multidisciplinar de referenciação intra-hospitalar, nomeadamente psicólogos, psiquiatras, neurologistas e elementos da Medicina Física e Reabilitação (MFR), tendo a MFR uma atuação precoce no início do processo de recuperação funcional, que dão continuidade *a posteriori* em ambiente de consulta externa.

A referenciação para a CFU obedece aos seguintes critérios: internamento no SMIP maior ou igual a 48 horas com VMI ou VMNI, pessoas sujeitas a sedação e analgesia por um mesmo período de tempo e que desenvolveram componentes do SPICI,

permitindo depreender que abrange uma elevada percentagem de doentes e respetivas famílias. De facto, segundo dados estatísticos retirados do aplicativo informático *BICU*, no ano 2022, 40.9% dos doentes foram submetidos a VMI, com um tempo médio de 3 dias e 45.38% a VMNI (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022b).

A participação nestas consultas permitiu-me desenvolver competências comunicacionais, através da escuta ativa, estabelecimento de uma relação de confiança e intencional, com o propósito de serem definidas estratégias que proporcionem ganhos em saúde e potenciem a sua recuperação. Além disso, o trabalho interdisciplinar permite que, nas situações detetadas que são do domínio de outras disciplinas, sinalizar e encaminhar para a especialidade respetiva.

O facto de acompanhar um EEEMC permitiu-me perceber que a sua experiência, sensibilidade, visão abrangente e conhecimento torna-o um agente facilitador do processo de transição da pessoa em situação crítica e família.

A Comunicação é definida como um “Comportamento Interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2020, p. 30). Godinho et al. (2018) acrescentam que “a comunicação efetiva é uma das bases da prática profissional de enfermagem e é parte integrante da arte de prover cuidado holístico aos pacientes” (p. 111). Desta forma, a comunicação tem assumido uma importância cada vez mais relevante na área da Enfermagem, sendo expectável que o EE na área do doente crítico seja capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a PSC e sua família (regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao longo do estágio, procurei desenvolver uma comunicação efetiva, de confiança, ajudar a PSC e família a gerir sentimentos de angústia e ansiedade, através da escuta ativa e de um cuidado personalizado e humanizado. Consciente da existência de barreiras à comunicação com a PSC, seja por presença de prótese ventilatória, seja por alteração do estado de consciência induzido pela sedação, procurei demonstrar disponibilidade, empatia e compreensão. Nestas situações, desenvolvi a análise e interpretação da comunicação não verbal, nomeadamente a linguagem gestual e a interpretação das expressões faciais. Não obstante, procurei adequar a linguagem e usar uma comunicação não verbal concordante com a comunicação verbal, nomeadamente a minha postura, o contacto visual e atitudes corporais, pois a comunicação não verbal tem um impacto poderoso, permite a expressão de emoções e

sentimentos, confirmação e reforço das palavras e a criação de laços afetivos com a PSC e família (Borges, 2015).

Portanto, torna-se claro que não podemos falar de cuidar em Enfermagem sem nos reportarmos à comunicação, pois sendo um tema transversal em saúde, os enfermeiros “são os profissionais que mais precisam ter, além do conhecimento científico, um conhecimento íntegro sobre a comunicação interpessoal e a sua relevância no processo de transição saúde-doença” (Pereira et al., 2019, p. 236). Este conhecimento conceptual do processo de transição, mais propriamente da Teoria das Transições de Afaf Meleis, permitiu-me compreender a complexidade das transições e a importância de englobar a família como alvo dos cuidados, pois só assim podemos prestar cuidados verdadeiramente holísticos e de qualidade.

A admissão no SMI é, habitualmente, inesperada e súbita, ocorre sem que a PSC e a família tenham tempo de se adaptar à situação, desencadeando sentimentos negativos, tais como choque, ansiedade e descrença (Rodríguez-Huerta et al., 2019). Segundo Meleis (2010), a transição saúde-doença e situacional experienciada pela PSC e família podem causar mudanças profundas na saúde e bem-estar da PSC, bem como dos seus familiares. O reconhecimento das transições e o seu impacto na relação terapêutica são competências reconhecidas ao EE na área da PSC. No sentido de as desenvolver, procurei ter uma visão ampla, sensibilidade e comunicação adequada alicerçada na Teoria das Transições de forma a intervir como facilitador no processo de transição.

A comunicação é transversal a todo o ato de cuidar, do qual o cuidado à pessoa em fim de vida e família não é exceção. A comunicação adequada é “uma potente arma terapêutica para reduzir o sofrimento” (Abejas & Duarte, 2021, p. 6). A boa comunicação necessita de estudo, prática e aperfeiçoamento. A boa comunicação em Cuidados Paliativos (CP) permite discutir questões relacionadas com a evolução da doença, tomar decisões fundamentadas, bem como melhorar o controlo sintomático e a qualidade assistencial, sendo também uma demonstração de apoio e compreensão aos doentes e suas famílias. Estas são razões suficientes para os profissionais de saúde concluírem que a desumanização de se afastar da pessoa e/ou família ou de o abandonar não são toleráveis, algo que, por vezes, ainda se verifica nos contextos clínicos (Abejas & Duarte, 2021). Não obstante, a comunicação com a pessoa em fim de vida e família no SMI é fundamental, sendo expectável que o EE na área da PSC tenha a competência de gerir a comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à vivência de processos complexos de doença crítica ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Reconheço que esta é uma área desafiante para mim e sobre a qual me sentia mais desconfortável, tendo tido a necessidade de aprofundar e consolidar conhecimentos para desenvolver a competência de assistir a PSC e família nas perturbações emocionais resultantes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. Para tal, concluí com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos – nível A (Anexo IV) ministrado pela OE, assim como desenvolvi o trabalho de investigação nesta área que será abordado na segunda parte deste relatório.

De facto, tornou-se deveras importante na promoção da consciencialização sobre a temática, “área técnica e científica dos cuidados de saúde com especialização para a intervenção no sofrimento e como tal promotora da qualidade de vida” (Capelas et al., 2017a, p.10). Os CP têm evoluído com o evoluir da realidade social, das necessidades dos doentes e respetivas famílias. Esta evolução faz com que, a nível organizacional, se transite de uma dicotomia CP ou cuidados curativos para cuidados sincronizados e combinados. Além disso, ao nível do planeamento, hoje preconiza-se a prestação de CP em todos os serviços e em todos os níveis de cuidados do sistema de saúde, em oposição à prestação de cuidados em serviços especializados que se verificava. (Capelas et al., 2017a). Deste modo, a formação em CP deve “ser componente integral da formação pré-graduada da formação médica e de enfermagem, de outros profissionais de saúde e de todos os prestadores de cuidados primários de saúde” (Capelas et al., 2017a, p. 17).

Importa, portanto, definir o que são CP. Os CP foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, sendo posteriormente reformulada para a definição atual, tratando-se de uma abordagem que visa

“melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamentos rigorosos dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais” (Capelas et al., 2017b, p. 22).

A ideia incorreta de que referenciar para CP significa que o doente está a morrer faz com que, em muitas pessoas com doenças graves e irreversíveis, seja protelada a referenciação atempada para este tipo de cuidados. Os CP podem e devem dar o seu contributo simultâneo com outras especialidades para cuidar melhor o doente (Neto, 2020). De referir um estudo interessante realizado por Temel et al. (2010) com 151 doentes, com o objetivo de examinar os *outcomes* de introduzir os CP precocemente, logo após o diagnóstico, resultando numa melhoria significativa tanto na qualidade de

vida como no humor; foram submetidos a tratamentos menos agressivos no final de vida e apresentaram um maior tempo de vida em média. Certo que a amostra é composta por doentes em ambulatório com diagnóstico recente de carcinoma do pulmão metastizado, mas fica patente a importância da introdução dos CP precocemente. Outro estudo realizado por Radwin et al. (2011) demonstra que uma comunicação precoce entre profissional de saúde/pessoa em fim de vida/família tem impacto na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na diminuição dos custos associados ao internamento no SMI.

Tem-se vindo a assistir a uma forte evolução que procura o atingimento de um modelo integrado de CP. A abordagem paliativa deve acompanhar a prestação de cuidados à pessoa desde o momento em que a equipa de saúde está mais focada no tratamento e suporte, podendo englobar intervenção de outras especialidades, aumentando a sua intervenção à medida que a possibilidade de sobrevida se vai esgotando (Gómez-Batiste & Connor, 2017).

É indiscutível a importância do cuidar, em particular na fase final da vida, estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com o doente e família, de forma a possibilitar-lhe o máximo de bem-estar e plenitude no tempo que lhe resta de vida (Moura, 2011). Recordo particularmente uma pessoa em fim de vida, em que consciente e capaz de tomar decisões livremente, decidiu que não queria prolongar e escalar medidas curativas e fúteis, mas morrer de forma digna e junto da sua família. Tendo o doente manifestado essa vontade, houve por parte da equipa uma serenidade e humanismo louvável. Foi proporcionado o máximo de bem-estar e conforto à pessoa e família, a pessoa teve oportunidade de se despedir dos seus familiares e foi permitida a presença da família de forma ilimitada e a sua participação nos cuidados. Esta dignificação da morte foi extremamente enriquecedora e marcante, ficando vincado o papel do EE como facilitador de uma “boa morte”. Para muitos, uma “boa morte” envolve ser tratado como um ser individual, com dignidade e respeito, sem dor ou outros sintomas e estar na companhia da família. Portanto, passa pelo controlo de sintomas, estado psicológico e cognitivo, comunicação, conhecimento e respeito das suas preferências/desejos relativos aos cuidados, bem como o cuidado da família e acompanhamento no processo de luto (Capelas et al., 2017b).

### 3.2. MAXIMIZAR A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) refere que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos são problemas à escala mundial, tendo impacto direto no aumento da morbilidade e mortalidade, prolongamento dos internamentos e, conseqüentemente, dos custos em saúde (Portugal, 2018). Sabendo que a admissão no SMI representa na PSC uma alteração significativa na diminuição das suas defesas, estando sujeito a realização de vários procedimentos invasivos e terapêutica agressiva, ficando particularmente vulneráveis e com risco aumentado de adquirirem uma IACS. Como tal, o EEEMC na área da Enfermagem à PSC surge como o elemento mais diferenciado neste âmbito pelo conjunto de competências adquiridas, assumindo um papel preponderante na orientação e educação dos seus pares e na monitorização e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas.

Existe no SMIP um grupo de trabalho constituído por dois enfermeiros, um EEEMC e um enfermeiro de cuidados gerais com vasta experiência, que são os elementos de ligação com o grupo PPCIRA hospitalar, sendo responsáveis pela identificação e comunicação de problemas detetados na unidade, bem como pela avaliação de procedimentos estabelecidos e formação à equipa no âmbito da prevenção e controlo de infeção. No sentido de consolidar e atualizar conhecimentos sobre a temática, participei no 4.º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção (Anexo V), revelando-se como um momento enriquecedor e gratificante.

Com base na evidência científica mais atualizada, a higiene adequada das mãos é a ação mais eficaz para impedir a propagação da infeção, evitando até 50% das IACS (Portugal, 2017). De modo a facilitar a adesão e sensibilização dos profissionais de saúde, encontram-se disponíveis de forma estratégica solução antisséptica de base alcoólica, assim como equipamento de proteção individual adequado para a prestação de cuidados, o que considero ser uma estratégia eficaz.

Em ambiente de cuidados intensivos, as IACS estão frequentemente relacionadas com a infeção associada ao cateter urinário, pneumonia associada à intubação (PAI) e ao CVC. Destas, a mais frequente é a PAI, relacionada com a diminuição significativa das defesas associadas à intubação orotraqueal e, por conseguinte, à VMI (Portugal, 2022a). De referir que, segundo dados referentes ao ano 2022, 40.9% dos doentes internados no SMIP do CHEDV foram sujeitos a VMI, com um tempo médio de 3.38 dias



(Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022b). Consciente da importância da aplicação do “feixe de intervenções” como medida preditora de sucesso na sua prevenção, procurei cumprir com rigor essas medidas. Fazem parte destas intervenções: titular a sedação ao mínimo necessário (sedação ligeira), de preferência baseada na analgesia; realizar diariamente provas de ventilação espontânea a potenciais candidatos a extubação; manter a cabeceira do leito num ângulo aproximadamente de 30°; manter a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O; substituir os circuitos ventilatórios apenas quando sujos ou não funcionantes e a realização da higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes (Portugal, 2022a). De forma a assegurar que o “feixe de intervenções” emanado pela DGS é cumprido, são realizadas auditorias internas frequentes, constituindo-se como uma forma de verificação criteriosa das atividades desenvolvidas no serviço. Tendo sido um dos elementos dinamizadores do mesmo grupo de trabalho noutra SMIP, foi com particular interesse que pude analisar as práticas da equipa e refletir sobre elas, partilhando essa reflexão com o enfermeiro tutor e elemento dinamizador do grupo, constituindo-se como momentos enriquecedores e de consolidação conhecimentos. Tendo como base que o EE “interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), procurei refletir sobre a utilização da cloro-hexidina na realização da higiene oral.

De acordo com Collins et al. (2021), o uso de cloro-hexidina não deve ser feito de forma rotineira nem como a única forma de realização da higiene oral, devendo-se intercalar com a escovagem dos dentes. Referem ainda que os benefícios da sua utilização são questionáveis, pois demonstrou ser eficaz em UCI cardiotorácicas, presumindo-se que relacionada com o habitual período de intubação curto. Ademais, mencionam alguns estudos que referem mesmo que aumenta o risco de mortalidade, corroborando o estudo de Deschepper et al. (2018). Chick e Wynne (2020) sugerem que a combinação de forma alternada entre o uso de cloro-hexidina, escovagem dos dentes com dentífrico, colutório de peróxido de hidrogénio e esponjas impregnadas de bicarbonato de sódio são essenciais na higiene oral. Existem alguns autores que sugerem alternativas à utilização de cloro-hexidina, como a utilização de equinácea, demonstrando ser mais eficiente na desinfeção e redução da flora microbiana (Safarabadi et al., 2017). Acresce referir que na atualização da norma da prevenção da PAI emanada pela DGS no final de 2022, a utilização de gluconato de cloro-hexidina a 0.2% já não é recomendada (Portugal, 2022a). Contudo, esta continua a ser prática comum, seja por falta de conhecimento da atualização da norma ou por falta de alternativa à cloro-hexidina, daí

que considere importante a reflexão e procura da evidência mais recente, pois só assim existe evolução e atualização de conhecimentos e práticas.

Relativamente ao CVC, faz parte da norma do serviço a utilização de solução heparinizada na sua manutenção, que não consta na norma n.º 022/2015 atualizada em agosto de 2022 sobre o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central, nem na sua versão anterior de 2015 (Portugal, 2022b). Esta prática instigou-me a realizar uma análise aprofundada em busca da evidência mais recente que descrevo de seguida, culminando na participação no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade (Anexo I), onde apresentei a comunicação livre “Utilização de heparina na permeabilização do CVC: adequada ou desatualizada?” (Anexo II) e na elaboração de um póster apresentado ao serviço (Apêndice I).

Quando a condição clínica do doente assim o exige, a inserção do CVC pode ser necessária, pois possibilita a administração de fluidos, fármacos, hemoderivados, nutrição parenteral, hemodiálise e a monitorização de parâmetros hemodinâmicos (Santos et al., 2015). Como tal, é plausível que sejam amplamente utilizados na prática clínica, sobretudo em SMI (Zhong et al., 2017). Contudo, a sua utilização apresenta riscos associados, nomeadamente a infeção e obstrução do CVC, contribuindo para o aumento do tempo de internamento e comorbilidades (Santos et al., 2015). Segundo López-Briz et al. (2018), dos possíveis eventos adversos, 5% a 26% correspondem a complicações infecciosas e 2% a 26% a trombose. Os mesmos autores acrescentam ainda que, além dos riscos inerentes à trombose relacionada com o CVC, esta cria um meio propício à proliferação bacteriana que promove a infeção.

A utilização de heparina remonta à década de 70, tornando-se o método mais utilizado na permeabilização do CVC. Contudo, a sua utilização frequente, mesmo em dosagens pequenas na otimização do CVC, camufla os efeitos iatrogénicos do fármaco, como a trombocitopenia e a hemorragia (Santos et al., 2015). Assim, a sua utilização encontra-se envolta em alguma controvérsia, pois além dos possíveis efeitos secundários, não existe evidência da diluição ideal para que seja terapêutica, mas que não exacerbe os seus efeitos indesejáveis. Outras desvantagens da utilização da heparina estão relacionadas com o facto de não ser um agente trombolítico, apresentar uma semivida muito curta (60 a 90 minutos), estar associada a erros de medicação na preparação da diluição e apresentar um custo acrescido para as instituições de saúde (Santos et al., 2015).

São vários os estudos que tem sido desenvolvidos ao longo dos últimos anos que procuraram comparar os efeitos do SF e da heparina/solução heparinizada, nomeadamente revisões sistemáticas da literatura com meta análise. Segundo Zhong et al. (2017), dos estudos que relataram efeitos secundários (oclusão do CVC, trombose, trombocitopenia associada à heparina, hemorragia e infeção associada ao CVC), a solução heparinizada não demonstrou ser superior na prevenção desses mesmos efeitos em relação ao SF simples. Frykholm et al. (2014) acrescentam que doentes imunodeprimidos podem beneficiar da instilação de heparina, não referindo em que medida. Outros estudos procuraram perceber se diferentes concentrações de heparina apresentavam eficácia na manutenção da permeabilidade do CVC, concluindo que não apresentavam nenhum efeito (López-Briz et al., 2018). Assim, grande parte dos estudos apontam para que o SF seja suficiente para manter a permeabilidade do CVC quando comparado com soluções heparinizadas, prevenindo também os riscos associados à utilização da heparina (Santos et al., 2015). Além disso, concluem que a obstrução do CVC se encontra associada a múltiplos fatores, como a condição do doente, posição e diâmetro da ponta do cateter, técnica de inserção e precipitação de fármacos, sugerindo a lavagem e bloqueio do CVC como intervenção primária na redução do refluxo sanguíneo para o lúmen (Zhong et al., 2017).

Todavia, continuam a existir diferentes práticas no contexto clínico, portanto, permanecem dúvidas na comunidade científica sobre qual a solução a utilizar para manter a permeabilidade do CVC, nomeadamente o SF e a heparina/solução fisiológica heparinizada. Um estudo de Sona (2012) citado por López-Briz et al. (2018) realizado em UCI nos Estados Unidos da América (EUA) demonstrou que 64,6% dos entrevistados usa SF e 31% usa heparina. Refere ainda que a não utilização de heparina teria um impacto importante do ponto de vista económico, estimando-se uma poupança significativa. Esta premissa juntamente com a prática no serviço lançou o mote para a realização deste estudo, tendo como objetivo:

- Avaliar a segurança para o doente da prática de utilização da heparina na permeabilização do CVC.

Trata-se de uma revisão da literatura, cuja pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2022. Na revisão da literatura utilizaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH): “*Heparin*” e “*Central Venous Catheter*”, e o operador booleano “*and*”.

Nesta revisão foram incluídos os artigos científicos pesquisados nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *MEDLINE*, *ScienceDirect* e *Directory of Open Access Journals*, do

qual resultaram 1576 artigos. Posteriormente, foi delineado como período de publicação apenas o ano de 2022, pois apesar das revisões realizadas até então apontarem para a não utilização da heparina na manutenção do CVC, continua a ser prática em alguns contextos, logo pretende-se saber se surgiu alguma orientação no presente ano, resumindo-se a 116 artigos. Foram também definidos os critérios de inclusão, restringindo-se a artigos que abordam a utilização de heparina no CVC, e os critérios de exclusão, que correspondem a artigos relacionados com pediatria, CVC de inserção periférica, CVC totalmente implantado e CVC de diálise, excluindo-se 59 artigos, resultando em 57 artigos selecionáveis. Destes, após leitura do título e resumo, restaram 3 artigos, sendo que apenas 2 são de 2022, cuja análise encontra-se explícita no quadro 1.

**Quadro 1 – Síntese de resultados**

	Autor, ano. Título, País.	Tipo de estudo/ instrumento de colheita de dados	População/ amostra	Objetivo geral
Artigo 1	Ziyaeifard, M. et al. (2022). Comparison of the Effect of Heparinized Normal Saline Solution Versus Saline Solutions in Arterial and Central Venous Catheters on Complete Blood Count After Cardiac Surgery. <i>Anesth Pain Med.</i> (Irão)	Estudo controlado randomizado duplo cego. Definidos 2 grupos de intervenção, um em que foi utilizada solução salina heparinizada e outro em que foi utilizada solução salina sem heparina, tendo os doentes sido distribuídos aleatoriamente.	100 doentes submetidos a cirurgia cardíaca num hospital em Teerão, Irão.	Investigar o efeito da utilização de soluções heparinizadas e soluções salinas nos CVC e cateteres arteriais no hemograma de doentes submetidos a cirurgia cardíaca.
Principais conclusões	Não houve diferença significativa entre os hemogramas dos dois grupos no que diz respeito ao número de glóbulos brancos, tempo de protrombina e a PTT. Contudo, foram observadas diferenças significativas na hemoglobina, hematócrito, glóbulos rubros e, sobretudo, na contagem de plaquetas. Assim, conclui-se que a utilização de solução salina pode ser um substituto adequado da utilização de heparina no CVC, pois apresenta menos efeitos colaterais.			
Artigo 2	Santomauro, I. et al. (2022). Heparin versus normal saline locking for prevention of occlusion, catheter related infections and thrombosis in central venous catheter in adults: Overview of systematic reviews. <i>The Journal of Vascular Access</i>	Revisões sistemáticas com meta-análise sobre heparina vs solução salina na irrigação/ bloqueio de CVC em adultos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline, Embase, Cochrane Library e CINAHL.	7 revisões sistemáticas, sendo que, de um modo geral, os participantes incluídos em cada uma variou de 1323 e 7875 adultos.	Resumir as evidências de revisões sistemáticas sobre os efeitos da utilização de heparina na prevenção de oclusões, infeções e trombose relacionadas com o CVC em doentes adultos
Principais conclusões	Todas as revisões sistemáticas avaliaram o efeito da heparina em diferentes concentrações com a solução salina, sendo que, relativamente ao risco de oclusão, não houve diferença significativa entre ambas, exceto numa revisão sistemática, que demonstrou que a utilização de heparina diminui o risco de oclusão do CVC em 30%. No que diz respeito ao risco de infeção ou trombose, não houve evidência do diferencial entre a utilização de heparina e a solução salina. Assim, concluem que não há evidências de que a heparina seja mais eficaz que a solução salina na diminuição do risco de oclusão, infeção e trombose do CVC.			

O estudo realizado por Ziyaeifard et al. (2022) demonstra que a utilização de heparina no CVC leva a alterações do hemograma dos doentes, sobretudo da contagem de plaquetas. De acordo com Santos et al. (2015) “a trombocitopenia associada à administração de heparina desenvolve-se em cerca de 1-5% da população exposta” (p. 1000), acrescentando ainda que existe risco de trombocitopenia mesmo quando a exposição é mínima. Portanto, apesar de existirem contextos da prática clínica em que se utiliza a heparina para manter a permeabilidade do CVC, esta prática poderá ter impacto no hemograma dos doentes.

Relativamente ao artigo de Santomauro et al. (2022), as revisões sistemáticas analisadas demonstram que a heparina não é mais eficaz que a solução salina na manutenção da permeabilidade do CVC, assim como na diminuição do risco de infeção e trombose. Esta conclusão vai de encontro às *guidelines* da Sociedade Francesa de Cuidados Intensivos, referindo que o risco de trombose ou oclusão não são estatisticamente significativos que justifiquem a utilização de heparina (Timsit et al., 2020).

Esta revisão da literatura evidencia que, no presente ano, a solução a utilizar no CVC continua a merecer o enfoque da comunidade científica. Esta inquietação dos profissionais de saúde deve-se ao facto de uma complicação associada ao CVC implicar riscos para o doente e custos associados.

Apesar da utilização de heparina na manutenção da permeabilidade do CVC ter sido uma prática comum nas últimas décadas, a sua utilização é cada vez mais questionável. Indo ao encontro do que tem sido descrito nos últimos anos, os dois artigos analisados abordam e apresentam os efeitos colaterais da heparina, com particular destaque para a trombocitopenia. Além disso, evidenciam que o uso de SF evita a exposição a complicações decorrentes do uso da heparina, sendo igualmente eficaz na prevenção da oclusão, hemorragia e infeções relacionadas com o CVC.

Considerando estas evidências, o risco benefício da heparina não justifica a sua utilização, sendo o SF suficiente para manter a permeabilidade do CVC. Como tal, sugeri uma atualização do protocolo do serviço relacionado com o tema, que obteve a concordância do enfermeiro gestor, permitindo a sua implementação.

Assim, considero ter adquirido competências específicas do EE na área da PSC, nomeadamente no cuidar da pessoa em situação crítica e família e na maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção.



#### 4. CUIDAR EM FIM DE VIDA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A medicina intensiva, área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas, sofreu exponencial desenvolvimento nas últimas décadas na sua capacidade de diagnóstico e no potencial de prevenção, tratamento e cura de doenças consideradas fatais até há pouco tempo (Portugal, 2003b). Como tal, apresenta como objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para o tratamento de situações de doença aguda ou grave potencialmente reversível e, conseqüentemente, proporcionar oportunidade de uma vida futura com qualidade (Portugal, 2003b).

Os vários desenvolvimentos tecnológicos associados aos novos conhecimentos produzidos na área da fisiologia, da patologia e da terapêutica levam a que o ser humano consiga atingir idades mais avançadas, assim como o aumento da população com múltiplas comorbilidades associadas (Capelas et al., 2017a). Estes dois aspetos, além da natureza crítica da própria doença, leva a que muitos doentes acabem por morrer nos SMI. De facto, inúmeros estudos realizados em diferentes países no Mundo demonstram taxas de mortalidade em SMI elevadas.

Segundo Brooks, Manias e Nicholson (2017), a taxa de mortalidade em UCI é de cerca de 13% na Austrália e 12.8% na Nova Zelândia e aproximadamente 22% nos EUA. Aliás, num artigo realizado por Mularski (2006), num levantamento epidemiológico em sete estados dos EUA, esta percentagem corresponde a meio milhão de óbitos nas UCI por ano. Em alguns países, nomeadamente na China, a morte nas UCI é cada vez mais frequente, com uma variação de 26% a 45.6%, de 2005 a 2016 (Xu et al, 2022). Estes mesmos autores referem que um estudo realizado em 84 países mostrou que as taxas de mortalidade na UCI variaram de 9,3 a 26,2%. Velarde-García et al. (2017) acrescentam que as UCI são o serviço nos hospitais com o maior número de óbitos. Desses óbitos, 35% a 95% das pessoas morrem precedidas por algum tipo de limitação ou suspensão dos cuidados de manutenção de vida (Jensen et al., 2011). Dos que sobrevivem e recebem alta da UCI, um número significativo não sobreviverá mais de 6 meses (Mirel & Hartjes, 2013). No SMIP do CHEDV a taxa de mortalidade em 2022 encontra-se dentro dos valores referidos, com uma percentagem de 14.37% (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2022b).

Posto isto, os cuidados de fim de vida emergem como uma parte integrante da prática nos serviços de Medicina Intensiva, exigindo o mesmo alto nível de conhecimento e competência que todas as outras áreas e, conseqüentemente, prestação de cuidados de qualidade (Pachchigar et al., 2022; Truog et al., 2008).

Contudo, a ideia incorreta de que referenciar para CP significa que o doente está a morrer faz com que, em muitas pessoas com doenças graves e irreversíveis, seja protelada a referência atempada para este tipo de cuidados. Os CP podem e devem dar o seu contributo simultâneo com outras especialidades para cuidar melhor o doente (Neto, 2020).

#### 4.1. CUIDADOS PALIATIVOS

No seguimento do capítulo anterior e com base na definição de CP já apresentada anteriormente, importa aprofundar a temática.

Silva et al. (2021) referem que os CP não devem antecipar nem prolongar o processo de morte, devem ter em conta as preferências e valores dos doentes e famílias, sustentada numa abordagem de cuidados nos princípios da compaixão, humildade e honestidade. A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos acrescenta que “devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana” (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5120). Segundo o artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o objetivo dos cuidados é preservar a dignidade humana, assegurar que cada pessoa age livremente e tem a possibilidade de se autodeterminar.

Em Portugal, estima-se que 81.553 a 96.918 da população adulta necessitam de CP. Segundo Silva et al. (2021), “verifica-se um aumento ligeiro relativamente aos biénios anteriores, que é consistente com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa, independentemente até do aumento paralelo da doença crónica” (p.17).

Na referida Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, encontram-se explícitos os princípios pelos quais se regem os CP:

- “a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;



- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença” (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5120).

#### 4.2. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: A PESSOA EM FIM DE VIDA

Na sociedade atual verifica-se uma tendência cada vez maior das pessoas pensarem em como viver no final da sua vida, havendo uma mudança de paradigma, preferindo viver os seus últimos dias com dignidade, em vez de um tratamento prolongado (Yamamoto et al., 2021). Isso faz com que muitos doentes admitidos nos SMI, sobretudo com patologia crónica, tenham manifestado antecipadamente a sua vontade aos seus familiares ou elaborada a diretiva antecipada de vontade (DAV). A DAV, válida durante 5 anos, é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, onde manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, na hipotética situação em que se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente (Capelas et al., 2017b). A DAV permite a proteção do direito à autonomia, constitui uma extensão do processo de consentimento informado nas situações em que o doente não apresenta essa capacidade, permitindo também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde (Monzon Marin et al., 2008). Em Portugal, a equipa de saúde poderá consultar este documento usando o Registo Nacional do Testamento Vital ou Registo de Saúde Eletrónico (Área Profissional) (Portugal, 2022c). Se, por um lado, esta informação clarifica a tomada de decisão de acordo com os desejos do doente, por outro alivia a pressão e carga psicológica dos familiares (Monzon Marin et al., 2008).

Contudo, na maioria das situações, não existe DAV ou a situação é tão grave que não existe tempo para averiguar se esta existe, exigindo uma tomada de decisão imediata. Aliás, muitos doentes encontram-se sedados e/ou curarizados, impedindo a comunicação verbal da sua vontade (Coelho et al., 2014). Além disso, muitos doentes podem não ter discutido com os seus familiares sobre os cuidados em fim de vida e, muitas vezes, não foram capazes de tomar decisões sobre o seu tratamento devido à gravidade da doença (Brooks, Manias & Nicholson, 2017). Nesse caso, a equipa de saúde deve agir de acordo com o melhor interesse, tendo como base os princípios éticos da beneficência e não maleficência (Monzon Marin et al., 2008).

Esta prestação de cuidados em fim de vida com base nas preferências e vontade do doente implica uma avaliação apropriada das necessidades físicas, psicológicas e espirituais (Baid et al., 2016).

A perspetiva física pode abranger a avaliação e gestão: controlo da dor eficaz; promoção de conforto; náuseas e vômitos; dispneia; controlo de secreções; incontinência e retenção urinária; agitação e confusão; hidratação; nutrição; necessidades de cuidados pessoais.

Por sua vez, a perspetiva psicológica pode abranger a avaliação e gestão de: stress; ansiedade; medo; ambiente apropriado; suspensão de intervenções desnecessárias.

Por fim, a perspetiva espiritual pode abranger a avaliação e gestão de: necessidades e crenças espirituais; sistema de apoio disponível; perspetivas e crenças religiosas (Baid et al., 2016).

Como tal, o cuidar do doente em fim de vida deve ser individualizado e reavaliado constantemente. Durante a estadia no SMI, o conforto é um dos focos do cuidar, com avaliação frequente dos sintomas como sede, dor, dispneia, náusea e agitação, de forma a ajustar o tratamento adaptado à pessoa (Jensen et al., 2020). Segundo Stokes et al. (2019), a elaboração de um protocolo de cuidados de conforto fornece os parâmetros para gerir a analgesia, sedação e suspender tratamentos que não sejam consistentes com os objetivos definidos, sendo importante que seja devidamente documentado. Além disso, medidas não farmacológicas, como a higiene oral e o posicionamento, podem proporcionar conforto ao doente.

Para garantir o conforto e diminuir a ansiedade do doente, o uso de musicoterapia e o toque terapêutico podem também assumir a sua importância. A presença da família e o incentivo à comunicação com o doente fazem-no sentir amado e seguro, proporcionando conforto (Jensen et al., 2020).

O conceito de conforto é individual e subjetivo, mas importa defini-lo. Segundo Kolcaba (2003), cuidados de conforto visam satisfazer as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro dimensões: físico, psicoespiritual, social e ambiental. É mais abrangente que apenas a dimensão física, o alívio da dor, é um conceito complexo que contribui para a humanização dos cuidados, surgindo os enfermeiros como facilitadores na promoção de conforto.

Com a passagem do doente para CP, existem três princípios éticos que norteiam a suspensão de tratamento que sustem a vida: A retenção e a suspensão do tratamento que suporta a vida são equivalentes; há uma distinção importante entre matar e deixar

morrer; existe uma justificação ética para o possível “duplo efeito” do tratamento utilizado no alívio da dor e outros sintomas, mesmo que possa ter como consequência prevista (mas não pretendida) de acelerar a morte (Truog et al., 2008). Os mesmos autores referem também que os profissionais de saúde se sentem psicologicamente mais confortáveis retendo tratamentos do que retirá-los, provavelmente porque a retenção é passiva e a suspensão é ativa, estando esta última associada a um maior senso de responsabilidade moral.

#### 4.3. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: A FAMÍLIA DA PESSOA EM FIM DE VIDA

O foco principal dos cuidados em fim de vida de qualidade é a pessoa, mas a família não pode ser descurada. O seu envolvimento na tomada de decisão, bem como o seu envolvimento contínuo na avaliação da condição do doente é importante para garantir que eles entendam o que está a acontecer e que a morte é o provável desfecho (Jensen et al., 2020). Portanto, o reconhecimento da importância de uma comunicação eficaz e clara com os membros da família e a avaliação das necessidades individualizadas promovem cuidados de qualidade centrados na família (Baid et al., 2016).

O cuidado centrado na família é baseado nos valores, objetivos e necessidades do doente e da família, incluindo a sua compreensão da doença, prognóstico, opções de tratamento e suas expectativas e a tomada de decisão (Truog et al., 2008). Segundo Xu et al. (2022), os fatores relacionados com a família que interferem na qualidade dos cuidados de fim de vida são o acompanhamento do doente em fim de vida e a aceitação da morte iminente do doente.

A morte de um familiar em UCI pode desencadear um luto complicado, ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Jensen et al., 2020). Esse impacto pode ser minimizado através da criação de um espaço íntimo e personalizado para a família, de modo a proporcionar conforto e paz e a promover a construção de uma memória positiva, remoção de equipamentos e tecnologia desnecessária, estar presente para a família, abrindo espaço para que estas se exprimam (Stokes et al., 2019; Jensen et al., 2020). Além disso, apesar das UCI apresentarem horários de visita restritos, estes devem ser alargados e aumentado o número de visitas, independentemente da hora do dia, de modo a que o doente possa estar acompanhado na fase terminal da sua vida (Xu et al., 2022). Por vezes, pode ser necessário manter ou atrasar temporariamente a

suspensão de determinado tratamento ou medicamento para possibilitar que os familiares se possam despedir do seu ente querido (Stokes et al., 2019).

Os enfermeiros são considerados pelos familiares dos doentes como um “abraço reconfortante”, pois além de lhes informar sobre o que pode acontecer e quais os sintomas que o doente pode apresentar (descoloração da pele, frieza, etc), a sua compaixão, presença, sensibilidade e honestidade proporcionam o apoio emocional que lhes permitem vivenciar a situação da melhor forma (Jensen et al., 2020). Por vezes, a família pode preferir um ambiente privado e íntimo na hora de dizer adeus, contudo, cabe ao enfermeiro garantir à família que se encontra disponível para o que precisarem (Jensen et al., 2020). Além da informação e apoio emocional, os familiares podem precisar de apoio espiritual. Providenciar o apoio do capelão do hospital ou outro líder espiritual são frequentemente agentes de apoio importantes para o doente, família e profissional de saúde durante o processo de morte (Jensen et al., 2020).

Quando a morte acontece, esta é uma experiência que a família tem de conviver com todas as suas dimensões, portanto, o cuidado com a família após a morte do doente deve ser priorizado (Jensen et al., 2020). Proporcionar tempo e espaço, assim como um ambiente reservado e silencioso para que a família possa expressar as suas emoções e manifestações de luto, é fundamental (Xu et al., 2022). Estudos sugerem que a utilização de um diário do doente mantido durante o tempo de internamento na UCI apresenta vantagens na vivência do luto por parte da família. Além disso, a existência de CFU reduz o luto prolongado e o risco de *stress* pós-traumático na família (Jensen et al., 2020).

Estudos recentes recomendam que todas as UCI utilizem protocolos de cuidados em fim de vida, de forma a satisfazer as necessidades do doente e família e a potenciar a qualidade de cuidados. Contudo, importa ressaltar que as diretrizes não impedem a prestação de cuidados individualizados por parte dos enfermeiros, devendo haver um julgamento clínico e moral, apoiado nas suas experiências anteriores e de outros enfermeiros para atender às necessidades do doente e da família (Stokes et al., 2019).

#### 4.4. CUIDAR EM FIM DE VIDA NO SMI: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

A abordagem ao doente em fim de vida em cuidados intensivos exige uma contextualização mais cuidada, uma vez que é muito ténue a diferença entre o doente crítico, gravemente doente, mas com potencial recuperação com determinadas medidas e intervenções, e o doente sem perspetiva de cura ou paliativo (Urden et al., 2008).

Como tal, CP e cuidados intensivos não são opções mutuamente exclusivas, devendo, portanto, coexistir, exigindo aos profissionais de saúde a prestação de cuidados que aliviem o sofrimento, seja ele de origem física, emocional, social ou espiritual (Monzon Marin et al., 2008). Neste contexto, importa referir o modelo integrado de CP sugerido por Gómez-Batiste e Connor (2017), no qual a abordagem paliativa acompanha a prestação de cuidados à pessoa desde o diagnóstico, ao longo da trajetória da doença e culminando no apoio no luto. Este *continuum* de cuidados permite que, à medida que os tratamentos e cuidados de suporte diminuem a sua eficácia, a abordagem paliativa aumente a sua intervenção, permitindo prestação de cuidados mais humanizada. Esta formalização do “processo de morrer” em UCI muitas vezes torna-se claro quando:

- O doente não irá recuperar da sua doença;
- As medidas e intervenções muitas vezes agressivas e invasivas não são mais benéficas para a sua recuperação;
- Os objetivos dos cuidados são reavaliados e reajustados por meio do diálogo entre a equipa de saúde e a pessoa em fim de vida/família, respeitando a sua vontade (Bach et al., 2009; Coombs et al., 2012 citados por Stokes et al., 2019).

Esta mudança dos objetivos dos cuidados deve ter como finalidade proporcionar uma “boa morte”, livre de mal-estar e sofrimento evitável a doentes, familiares e cuidadores, suportada pelos seus desejos e no respeito pela dignidade humana (Monzon Marin et al., 2008). Vários estudos demonstram que os cuidados em fim de vida podem melhorar a qualidade da morte, diminuir o tempo de internamento e reduzir os respetivos custos associados (Xu et al., 2022). Para tal, torna-se evidente que os cuidados devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar com formação e experiência adequadas, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/religiosos e todos os profissionais de saúde aliados (Silva et al., 2021). Desta equipa de profissionais de saúde, importa realçar os enfermeiros dada a posição privilegiada na relação com o doente e família, pois são eles que estão presentes 24 horas por dia.

Independentemente da categoria profissional, é recomendado que todos os profissionais tenham formação específica contínua sobre atuação em CP, de modo a intervir adequadamente e dar resposta às necessidades da pessoa em fim de vida e família (Abejas & Duarte, 2021). Esta premissa já se encontrava patente no Programa Nacional de Cuidados Paliativos de 2005 (Portugal, 2005). Também o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 salienta a importância da inclusão de conteúdos formativos de CP nos cursos pré-graduados na área da saúde

(Silva et al., 2021). Além disso, acrescenta que, independentemente do local onde exercem funções, a abordagem paliativa, básica ou generalista, é universal a todos os profissionais, implicando a obtenção do nível de formação básico nesta área (nível A).

Um estudo realizado por Stokes et al. (2019), conclui que, para se proporcionar uma “boa morte”, é necessário: proporcionar conforto e respeito pela dignidade, gerindo adequadamente a dor e outros sintomas através de meios farmacológicos e não farmacológicos; estabelecer boa relação com a família; gerir o espaço físico para a família, minimizando equipamento e tecnologia desnecessária; providenciar apoio espiritual/religioso; respeito pelos desejos e vontade do doente e família; estar presente, substituir a família quando esta não está presente. É indiscutível a importância do cuidar, em particular na fase final da vida, e estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com o doente e família, de forma a possibilitar-lhe o máximo de bem-estar e plenitude no tempo que lhe resta de vida (Moura, 2011).

Outros autores identificaram sete domínios fundamentais a ter em conta na prestação de cuidados em fim de vida no SMI: tomada de decisão centrada na pessoa em fim de vida e família; comunicação eficaz dentro da equipa multidisciplinar e desta com a pessoa/familiares; continuidade de cuidados; promoção de suporte emocional para a pessoa e família; controlo de sintomas e cuidados de conforto; apoio espiritual e, por último, suporte emocional e organizacional para a equipa multidisciplinar (Clarke et al., 2004; Truog et al., 2008).

Ao longo dos anos, vários autores se tem dedicado a perceber quais os desafios que os enfermeiros em SMI enfrentam a prestar CP de qualidade. Stokes et al. (2019) chegaram à conclusão que existem os seguintes desafios:

- Má comunicação entre os profissionais de saúde e destes com os familiares, o que pode fazer com que não sejam respeitados os desejos ou objetivos de cuidados do doente em fim de vida;
- Falta de tempo para se envolver com os familiares, o que pode dificultar a relação enfermeiro-família;
- Falta de formação e experiência em cuidar de doentes em fim de vida;
- Falta de suporte estruturado para lidar com situações angustiantes por meio de *debriefing* com a equipa multidisciplinar;
- Os cuidados centrados no cuidado curativo, com foco em tratamentos que podem causar desconforto, sofrimento prolongado, não proporcionando uma morte digna.

Velarde-Garcia et al. (2017) acrescentam ao supramencionado as dificuldades estruturais e arquitetónicas, relacionadas com a falta de espaço e intimidade para o doente e a família, as dificuldades psicoemocionais, relacionadas com o distanciamento emocional como estratégia de defesa dos profissionais de saúde, incapacidade de reconhecer situações de fim de vida e a presença de diferentes culturas, crenças e valores em relação aos cuidados em fim de vida que dificultam a sua aceitação por estes profissionais e/ou família.

Relativamente aos cuidados centrados na procura da cura e no tentar evitar a morte a todo o custo, assiste-se “a uma valorização do tratar em relação ao cuidar, dando-se mais atenção ao corpo doente do que à pessoa que sofre” (Moura, 2011, p. 159), correndo-se o risco de cair em situações de obstinação terapêutica, prolongando a agonia e o sofrimento.

Num artigo publicado em 2022, Benbenishty e seus colaboradores procuraram comparar o envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão entre 1999 e 2006. Neste sentido, realizaram um estudo entre 01/01/1999 e 30/06/2000 em 37 UCI europeias (ETHICUS I) incluindo Portugal, repetido em 2015-2016 em 22 das UCI originais (ETHICUS II), chegando a achados interessantes. No primeiro estudo, os médicos consideravam os enfermeiros como envolvidos em 78,3% dos cuidados em fim de vida, havendo alguma forma de desacordo entre médicos e enfermeiros na tomada de decisão em apenas 0,6% dos casos. Contudo, um estudo americano de Buchman et al. (2002) citado por Benbenishty et al. (2022) constatou que os enfermeiros eram vistos pelos médicos como mediadores e corretores de informação, raramente incluídos na tomada de decisão, embora os médicos acreditassem que as suas decisões de fim de vida eram tomadas em colaboração com os enfermeiros. Um estudo francês de 2003 reforçou isso mesmo, pois uma grande maioria dos médicos e enfermeiros (91 e 80% respetivamente) considerou que a tomada de decisão deve ser conjunta, mas apenas 27% dos enfermeiros e 50% dos médicos relataram tal colaboração na prática real. Isto faz com que os enfermeiros se sintam desvalorizados no processo de tomada de decisão, estando em discordância com a equipa médica em vários aspetos: o momento de início da tomada de decisão, a liderança médica e não evitar decisões de fim de vida. Estes desentendimentos e incertezas foram referidos pelos enfermeiros como dificuldades em: proporcionar uma boa morte, sofrimento moral, conflitos entre os profissionais e evitamento do contacto com os familiares.

Esta parca participação dos enfermeiros na tomada de decisão também foi analisada tendo em conta a sua causa, chegando à conclusão que os enfermeiros apresentavam

conhecimento, educação e envolvimento inadequados nos cuidados de fim de vida. Brooks et al. (2019) citado por Benbenishty et al. (2022) acrescentam que os enfermeiros carecem de conhecimento suficiente para estabelecer uma interação efetiva com as famílias no fim de vida.

Em contraste, no segundo estudo, registou-se um nível significativamente mais alto de envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão, sendo que, em muitas dessas discussões, partiu do enfermeiro essa avaliação. Uma das explicações é que o envolvimento na tomada de decisão pode refletir o estar presente quando as decisões são tomadas, isto é, em muitos SMI a visita médica é realizada com a presença dos enfermeiros, e muitas decisões são tomadas nesse momento. Além disso, a evidência científica tem demonstrado que, para garantir cuidados de qualidade no final de vida, deve existir uma comunicação eficaz e trabalho de parceria entre os médicos, enfermeiros, doentes e familiares (Brooks, Manias & Nicholson, 2017).

À medida que mais SMI praticam cuidados em fim de vida com base em recomendações acordadas e discussões abertas na tomada de decisão, existe menos ambiguidade, dilemas e conflitos. Este envolvimento dos enfermeiros no processo de tomada de decisão é fundamental tendo em conta o seu papel: como mediador de informação entre a equipa de saúde e a família e vice-versa, coordenando as discussões de fim de vida; como suporte familiar, construindo uma relação de confiança e empática; como defensores na tomada de decisão com médicos e familiares, desafiando a perceção destes, ajudando todas as partes a ver o quadro geral. Por fim, este envolvimento confere maior satisfação e confiança aos familiares na aceitação e tomada de decisão (Benbenishty et al., 2022).

O envolvimento dos enfermeiros com os doentes e família em fim de vida podem levar a uma sobrecarga física e emocional significativa que afete-a sua vida profissional e emocional, levando, no limite, ao esgotamento e depressão (Pachchigar et al., 2022). De igual modo, o sofrimento moral pode-se desenvolver se os enfermeiros não agirem da maneira que consideram ser a mais correta devido a fatores que não controlam ou não puderem cumprir o que consideram ser as suas obrigações morais para com o doente/família (Jensen et al., 2020). Entre outras intervenções, a melhoria da comunicação interdisciplinar reduz a sobrecarga dos enfermeiros (Pachchigar et al., 2022). Salazar et al. (2017) identificaram fatores protetores de *burnout* nos profissionais de saúde, sendo eles: formação em CP; disponibilidade para o doente e família; comunicação efetiva; estratégias de *coping* face à morte da pessoa doente; atribuir um significado para a morte; estratégias de prevenção individuais e/ou de equipa;



desenvolvimento pessoal (por exemplo, a nível religioso); gratificação, satisfação pessoal e profissional. Importa também salientar, que relativamente a estratégias de prevenção de equipa, sugere-se a realização de reuniões frequentes, criando espaço para ventilar emoções, exprimir vivências e sentimentos (Abiven, 2001). O mesmo autor recomenda a existência de psicólogo no seio da equipa, de forma a que os profissionais de saúde possam exprimir o seu sofrimento, quer seja relacionado com problemas na equipa ou à carga emocional associada à morte de um doente.

## 5. METODOLOGIA

A investigação científica configura-se como o método por excelência para a aquisição de novos conhecimentos, permitindo o desenvolvimento das disciplinas nas suas diversas áreas do saber, do qual a Enfermagem não é exceção (Fortin, 2009). Trata-se de um processo sistemático que permite encontrar respostas para questões precisas, assente na colheita de dados, de forma a “descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos” (Fortin, 2009, p. 4).

Neste capítulo é dado enfoque ao percurso metodológico realizado, com abordagem do tipo de estudo, da problemática aos objetivos do estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimento de análise de dados e, por fim, as considerações éticas.

### 5.1. TIPO DE ESTUDO

Na primeira etapa do percurso metodológico o investigador deve traçar um plano lógico que varia segundo os objetivos e a orientação pretendida para o mesmo e as questões de investigação, ou seja, define o desenho de investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, o presente estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, pois a preocupação do investigador centra-se nas vivências dos participantes tal como foram sentidas e experimentadas. Tratam-se de descrições “detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações, condutas observadas e suas manifestações” (Hernández Sampieri et al., 2016, p. 8). A abordagem qualitativa procura compreender o fenómeno em estudo no seu ambiente natural e permite uma análise profunda e holística, centrada no entendimento do significado das ações dos sujeitos em estudo.

Tendo em conta a temática em estudo e os objetivos delineados, optou-se por um estudo descritivo e exploratório. Descritivo, pois é o tipo de desenho de investigação “apropriado quando o objetivo perseguido é descrever um fenómeno ainda mal conhecido” (Fortin, 2009, p. 215), ou seja, determina-se os conceitos relacionados com o fenómeno em estudo, define-se e operacionaliza-se as variáveis, permitindo a ligação entre os conceitos e as descrições que lhe são dadas (Fortin, 2009). Esta procura da compreensão absoluta e profunda do fenómeno em estudo, desenvolvida em meio natural é vista como uma “extensão da capacidade do investigador em dar um sentido

ao fenómeno” (Freixo, 2011, p. 146). É também um estudo exploratório, pois pretende-se examinar um tema pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas, permitindo a familiarização com o fenómeno, munir de ferramentas que permitam levar a cabo investigações mais completas num determinado contexto, identificar conceitos e estabelecer prioridades para investigações futuras (Hernández Sampieri et al., 2006).

## 5.2. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Como afirma Fortin (2009), a investigação desenvolve-se sobre um domínio que preocupe o investigador e que tenha importância para a disciplina. Acrescenta ainda que, normalmente, esse domínio emerge naturalmente da nossa experiência e atividade profissional.

Tendo já uma longa experiência em cuidados intensivos, a problemática da prestação de cuidados ao doente em fim de vida é uma realidade à qual ninguém deve ficar alheio. Consciente da importância dos enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade ao doente em fim de vida, decidiu-se aprofundar a temática em contexto do estágio realizado no SMIP do CHEDV.

Efetuiu-se uma revisão da literatura no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e no motor de busca *B-On*, utilizando os descritores: *“Palliative Care”*, *“Terminal Care”*, *“Intensive Care Units”* e *“Nurses”*. Além disso, estendeu-se a pesquisa a livros publicados por autores de referência nesta temática.

A definição do objetivo “deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin, 2009, p. 160), destacando-se a importância da seleção do verbo, pois espelha qual o nível de investigação ou de conhecimento prévio.

Fruto do interesse e sensibilidade pelo tema, a experiência profissional em cuidados intensivos e da consciência e pertinência desta realidade, definiu-se como objetivo geral:

- Conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP do CHEDV acerca dos cuidados à pessoa em fim de vida no SMIP.

E como objetivos específicos:

- Descrever as intervenções realizadas pelos enfermeiros junto da pessoa em fim de vida e família;
- Identificar os fatores facilitadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família;

- Identificar os fatores dificultadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família;
- Identificar os contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família.

### 5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Definida a problemática, bem como os objetivos do estudo, é necessário a definição da população e amostra que participa no mesmo. Segundo Fortin (2009), “a população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão” (p. 55). Deste modo, a população alvo do estudo são a equipa de Enfermagem do SMIP do CHEDV, correspondendo a 38 enfermeiros.

Uma vez que é quase impossível estudar toda a população, constitui-se uma amostra, isto é, uma fração da população alvo do estudo (Fortin, 2009). Na investigação qualitativa, recorre-se maioritariamente a uma amostra não probabilística acidental ou de conveniência, pois é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e correspondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009). Não tendo como finalidade a generalização de resultados, através de uma cuidadosa e profunda imersão no campo, podem ser selecionadas pessoas que interessem ao investigador e que enriqueçam a colheita e análise dos dados (Hernández Sampieri et al., 2006).

Definiu-se como único critério de inclusão da amostra ser enfermeiro no SMIP há mais de 3 anos.

O tamanho da amostra afeta a qualidade e credibilidade da análise dos dados. Contudo, não existe uma fórmula simples para determinar o seu tamanho, tendo este sido determinado pela saturação dos dados, isto é, “uma situação na qual estes já não trazem novas informações” (Fortin, 2009, p. 299). A mesma autora acrescenta que “se o objetivo do estudo consiste em explorar e em descrever fenómenos, a amostra será de pequeno tamanho” (Fortin, 2009, p. 327). Posto isto, foram realizadas entrevistas a 10 enfermeiros que constituem a amostra do estudo.

**Quadro 2 - Caracterização socioprofissional dos participantes no estudo**

<b>Gênero</b>	<b>Experiência Profissional (em anos)</b>	<b>Experiência Profissional no SMIP (em anos)</b>	<b>Habilitações acadêmicas e Profissionais</b>
Feminino	17	12	Especialidade EMC/ Pós-graduação em Emergência Médica e Catástrofe
Feminino	13	7	Licenciatura
Feminino	20	11	Licenciatura
Masculino	27	27	Especialidade em Saúde Comunitária
Feminino	25	17	Especialidade de Reabilitação
Feminino	17	17	Especialidade Comunitária
Feminino	25	25	Especialidade EMC/Pós-graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem
Feminino	19	19	Especialidade EMC
Masculino	9	4	Licenciatura/Pós-graduação em Cuidados Intensivos e Emergência e Enfermagem do Trabalho
Masculino	15	10	Especialidade EMC/Pós-graduação em Emergência Médica e Catástrofe e Gestão dos Serviços de Enfermagem

Como se pode constatar, a maioria dos participantes é do sexo feminino, que corresponde a 7 enfermeiras, enquanto que do sexo masculino participaram 3 enfermeiros, indo de encontro às características da própria equipa, maioritariamente composta por elementos do sexo feminino. O tempo de exercício de Enfermagem varia entre os 9 e 27 anos, sendo a média de 18,7 anos. Relativamente ao tempo de experiência no SMIP varia entre os 4 e 27 anos, com uma média de 14,9 anos. Quanto às habilitações académicas e profissionais, 3 enfermeiros são licenciados, 7 enfermeiros possuem uma especialidade em Enfermagem nas seguintes áreas: 4 em Médico-Cirúrgica, 2 em Saúde Comunitária e 1 em Reabilitação; 4 enfermeiros são detentores de cursos de pós-graduação: em Emergência Médica e Catástrofe (2), em Gestão de Serviços de Saúde (2), em Cuidados Intensivos e Emergência (1) e em Enfermagem do Trabalho (1). Nenhum dos participantes tem formação pós-graduada ou graduada em CP.

#### 5.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nos estudos de natureza qualitativa, para melhor compreender o fenómeno do estudo, várias técnicas podem ser utilizadas na recolha de informação, mas “a entrevista é o principal método de colheita de dados” (Fortin, 2009, p. 375), surgindo como o instrumento de eleição.

Neste estudo específico, de entre os diferentes tipos de entrevistas, a que melhor responde aos objetivos definidos é a entrevista semiestruturada, pois é uma técnica que permite ao investigador compreender a significação de um fenómeno na perspetiva dos participantes (Fortin, 2009). Este tipo de entrevista assemelha-se a uma conversa informal, permitindo ao investigador flexibilidade na colocação das questões e liberdade de intervir para clarificar conceitos ou temas desejados, salvaguardando que todos os temas que fazem parte do guião da entrevista sejam abordados. Após ter determinado uma lista de temas a abordar, foram formuladas questões respeitantes a estes temas que se encontram explanadas no guião da entrevista (apêndice II).

Previamente à realização da entrevista, foi realizada uma entrevista pré-teste dirigida a um enfermeiro do SMIP que correspondia aos critérios de inclusão definidos, mas que não fez parte da amostra, no sentido de confirmar a pertinência e compreensão das questões, a sua relação com os objetivos do estudo, permitindo também o treino do investigador na condução da entrevista. Segundo Fortin (2009), a aplicação da entrevista pré-teste permite ao investigador escrutinar defeitos e implementar as respetivas correções, melhorando a qualidade do seu estudo.

Foi fundamental a criação de um clima de empatia e confiança entre entrevistador e entrevistado de modo a garantir o sucesso deste processo, evitando interrupções, barulhos, toque de telemóveis ou quaisquer outras distrações (Hernández Sampieri et al., 2006). Estes foram os motivos pela escolha do turno da noite ou final da tarde para a realização das entrevistas, normalmente com menos distrações e maior disponibilidade dos enfermeiros da equipa, promovendo um ambiente mais relaxado e natural.

As entrevistas foram precedidas com a apresentação de um breve resumo a cada entrevistado, nomeadamente dos objetivos do estudo, pertinência do mesmo, metodologia utilizada, bem como um pedido de autorização para gravação áudio. Foi dado consentimento para realização da entrevista e assinatura da declaração de consentimento informado (apêndice III). As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 01/02/2023 e 28/02/2023 a um total de 10 enfermeiros, sendo posteriormente codificadas de forma a facilitar a análise de dados, assegurando o anonimato.

## 5.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na investigação qualitativa revela-se um grande desafio, dado o extenso volume de dados recolhidos das entrevistas. Pode haver a tentação de redução desses mesmos dados, contudo é importante haver um cuidado acrescido para que tal não aconteça (Hernández Sampieri et al., 2006).

Segundo Bardin (2011), a categorização é fundamental na análise de dados na investigação qualitativa, implicando a organização e classificação dos mesmos, ter rápido acesso à informação relevante evitando a leitura extensa de todo o conjunto de dados, permitindo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2011, p. 147).

Desta forma, optou-se pela análise de conteúdo no tratamento dos dados, tratando-se “de medir a frequência, a ordem, ou a intensidade de certas palavras, frases ou expressões” (Fortin, 2009, p. 379). A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseada na sistematização de procedimentos e objetivos de exposição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2011). Aliás, a análise de conteúdo é o “método mais comumente adotado no tratamento de dados das investigações qualitativas” (Vilelas, 2020, p. 432).

Na organização dessa análise procedeu-se a uma análise de conteúdo clássica, com grelha de análise categorial, pois “já deu provas e permite percorrer ao nível manifesto todas as entrevistas” (Bardin, 2011, p. 91). De modo a identificar as categorias e respetivas subcategorias, foi necessária uma análise prévia e aprofundada das entrevistas realizadas, permitindo a constituição do *corpus* de análise. Segundo Bardin (2011), a sua constituição deve obedecer a um conjunto de regras, sendo as principais: a exaustividade: não rejeitar dados de forma injustificável no plano do rigor; homogeneidade: os documentos analisados devem obedecer a critérios precisos de escolha; pertinência: os documentos analisados devem corresponder aos objetivos do estudo. Deste modo, procedeu-se à transcrição das entrevistas, estabelecendo-se um contacto com os documentos a analisar e conhecendo-se o seu texto, transformando os dados a analisar através da atribuição de um código de identificação. De seguida, foi possível estabelecer unidades de análise que, pela partilha de características comuns, foram alocadas às respetivas categorias e subcategorias, permitindo a organização e redução dos dados.

Para Freixo (2011) este tipo de organização apresenta um conjunto de vantagens para o investigador, pois permite uma representação dos dados num espaço visual restrito, ajuda na planificação de outros estudos, facilita a comparação de dados e, por fim, possibilita a sua utilização direta no relatório final.

Todo o processo metodológico foi construído no sentido de obter resultados o mais objetivos possível, mas tendo plena consciência que a investigação é influenciada pela subjetividade do investigador, sendo a meta a objetividade processual (Streubert & Carpenter, 2013).

## 5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação é fundamental para o aumento e consolidação do conhecimento das várias disciplinas, permitindo o seu desenvolvimento como ciências. No domínio da saúde, desde o momento que a investigação começa a ser considerada, simultaneamente emergem as considerações éticas, pois o próprio propósito da investigação é o benefício do ser humano. Segundo Fortin (2009), os princípios éticos acompanham todo o processo de investigação, desde a escolha do tema, metodologia e desenho do estudo, seleção dos participantes e recolha e análise de dados.

Neste contexto, tendo em conta que o presente estudo envolve seres humanos, houve a preocupação de respeitar as recomendações do Código de Nuremberga e da Declaração de Helsínquia sobre os princípios éticos relacionados com os participantes, com o meio onde se desenvolveu o estudo e com a confidencialidade dos dados.

Relativamente aos participantes, considerou-se fundamental o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o que implicou dotar o sujeito de toda a informação essencial, assegurar que a compreendeu e que pode cessar a sua participação a qualquer momento, sem risco de incorrer qualquer pena ou prejuízo (Fortin, 2009). Como tal, foi elaborado um documento de Consentimento Informado de modo a formalizar a participação esclarecida e voluntária dos participantes no estudo. Quanto ao meio onde se desenvolveu o estudo, tendo em conta que os enfermeiros que constituíram a amostra pertencem a determinada organização de saúde, foi formalizado por escrito um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da instituição em questão, cuja autorização se encontra no Anexo VI, após este ter obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a realização do estudo. O estudo foi também sujeito a aprovação do Diretor do SMIP (apêndice IV) e do Enfermeiro Gestor



do Serviço (apêndice V). Por fim, quanto à confidencialidade dos dados, careceu de especial cuidado o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais, que envolveu “o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade” (Fortin, 2009, p. 190). Este princípio foi assegurado através da codificação das entrevistas de E1 a E10 de acordo com a sua ordem cronológica, sendo arquivadas sem o registo da identificação dos participantes. A transcrição das entrevistas foi pautada pelo rigor, honestidade e autenticidade da informação. Na extração e publicação dos resultados manteve-se a preocupação da não identificação dos participantes envolvidos.

## 6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresentam-se os resultados agrupados por quatro áreas temáticas de acordo com os objetivos definidos: Intervenções de Enfermagem junto da pessoa em fim de vida e família; Fatores facilitadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família; Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família; Contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família. Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, em cada área temática emergiram categorias e subcategorias que se encontram explícitas no Quadro 3. Simultaneamente à apresentação dos resultados efetuou-se a análise e discussão dos mesmos, com base na fundamentação teórica.

**Quadro 3 - Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias emergentes da análise de conteúdo**

Área temática	Categoria	Subcategoria
Intervenções de Enfermagem junto da pessoa em fim de vida e família	Cuidados de conforto	
	Cuidados dirigidos ao alívio da dor	
	Cuidado espiritual	
	Informação à pessoa/família sobre o estado de saúde	
	Respeito pela vontade da pessoa	
	Promoção da resolução de assuntos pendentes	
Fatores facilitadores	Interação com a família	Preparação da família
		Satisfação das necessidades da família
		Envolvimento da família nos cuidados
		Relação empática com a família
	Interação com a equipa multidisciplinar	Tomada de decisão em equipa
		Coesão na equipa
		Comunicação interdisciplinar
Experiência profissional		
O Serviço de Medicina Intensiva como local de fim de vida		
Fatores dificultadores	Dificuldade na tomada de decisão	Obstinação terapêutica
		Antiguidade/ rotatividade das equipas
		Articulação entre a equipa
		Visão dos cuidados pelas outras valências
		Desconhecimento da vontade da pessoa em fim de vida
	Evitamento dos profissionais de saúde	Envolver-se com a pessoa em fim de vida /família
		Falar sobre a morte

	Falta de interesse pela área	
	Falta de apoio emocional aos profissionais de saúde	
	Condições estruturais do SMI	Estrutura física
		Ruído
	Sobrecarga de trabalho	
	Presença da Família	
	O Contexto Hospitalar/Cuidados Intensivos	
	Gestão emocional dos profissionais de saúde	Estado de consciência da pessoa
		Idade da pessoa em fim de vida
		Tempo de internamento
Conhecimento sobre CP		
Contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família	Envolvimento de psicólogos na equipa	
	Consulta de <i>follow-up</i>	
	Formação em Serviço	Comunicação na equipa e com a família
		Cuidados Paliativos
		Gestão da analgesia
Horário de visitas ilimitado		

## 6.1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA

Resultante da análise dos discursos dos entrevistados foram identificadas seis categorias, dentro desta área temática, tal como se encontra explícito no quadro 4.

**Quadro 4 - Área Temática: Intervenções de Enfermagem junto da pessoa em fim de vida e família**

Área temática	Categoria
Intervenções de Enfermagem junto da pessoa em fim de vida e família	Cuidados de conforto
	Cuidados dirigidos ao alívio da dor
	Cuidado espiritual
	Informação à pessoa/família sobre o estado de saúde
	Respeito pela vontade da pessoa
	Promoção da resolução de assuntos pendentes

As unidades de registo referentes a cada categoria encontram-se expressas nos quadros que se seguem (do quadro 5 ao quadro 10):

**Quadro 5 - Achados das entrevistas referentes a cuidados de conforto**

Categoria	Unidade de Registo
Cuidados de Conforto	<p>A nível físico colocar o doente mais confortável possível (...) retiramos tudo aquilo que seja desconfortável para ele e não fazemos intervenções que sejam desconfortáveis (...) posicionamos o doente quando assim é preciso. E1</p> <p>Otimizar o conforto do doente obviamente que é das coisas mais importantes deste processo. (...) É o conforto acima de tudo, eles estão entubados 99% das vezes, portanto é o conforto (...) Ir lá posicioná-lo, otimizá-lo que ele estava todo transpirado. E2</p> <p>Para o doente principalmente conforto. E3</p> <p>Estamos atentos a alertas que o doente mesmo assim nos possa dar, algum desconforto, acho que funcionamos bem. Mas uma coisa que me alerta sempre é o conforto, se tem dor, etc. E4</p> <p>Promover o conforto do doente, o não sofrimento (...) Quando o doente já está inconsciente (...) pressupõe-se que está confortável, já foram instituídas as medidas de conforto com a terapêutica. E5</p> <p>Deixar o doente partir com conforto (...) A maior parte das vezes está inconsciente, por isso o meu cuidado passa por deixá-lo confortável (...) Se tiver em sofrimento, damos um bolus de medicação. E6</p> <p>Aquilo que a gente lhe pode dar de melhor é conforto (...) Proporcionar cuidados de conforto até ao fim. E7</p> <p>Habitualmente cá, os doentes em fim de vida são doentes sedados e analgesiados, e nesse caso acaba-se sempre por privilegiar o conforto do doente (...) porque nós em termos de conforto, nós damos tudo (...) pegar numa compressa, embeber num bocadinho de água e passar na boca da pessoa. E8</p> <p>Em primeiro lugar é compreender até que ponto a pessoa está confortável. E9</p>

É praticamente transversal a todos os entrevistados a preocupação em prestar cuidados de conforto. Segundo Kolcaba (2003), cuidados de conforto visam satisfazer as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro dimensões: físico, psicoespiritual, social e ambiental, tornando este conceito como individual e subjetivo.

Portanto, está englobado nos cuidados de conforto dar *“um bolus de medicação”*, tal como nos refere o Enfermeiro E6, ou *“pegar numa compressa, embeber num bocadinho de água e passar na boca da pessoa”* (E8) ou ir *“lá posicioná-lo, otimizá-lo que ele estava todo transpirado”*, como refere o Enfermeiro E2.

No estudo de Stokes et al. (2019), os enfermeiros consideram o proporcionar conforto como essencial para proporcionar uma *“boa morte”* à pessoa em fim de vida e familiares. Essa prestação de cuidados inclui a gestão da dor e outros sintomas através de meios farmacológicos e não farmacológicos, como a música e o toque, bem como o envolvimento da família nos cuidados, pois permitem que o doente se sinta seguro, amado e cuidado ao ouvir as suas vozes (Jensen et al., 2020).

O conforto também é assegurado pela remoção de tecnologia desnecessária (Stokes et al., 2019), tal como no excerto E1: *“retiramos tudo aquilo que seja desconfortável para*

*ele e não fazemos intervenções que sejam desconfortáveis*". Truog et al. (2008) pormenoriza, ao referir que devem ser interrompidos exames complementares de diagnóstico, colheitas de sangue, administração de antibióticos, drogas vasoativas e técnicas de substituição renal, pois não proporcionam conforto.

**Quadro 6 - Achados das entrevistas referentes a cuidados dirigidos ao alívio da dor**

Categoria	Unidade de Registo
Cuidados dirigidos ao alívio da dor	<p>Tudo o que seja fazer algum procedimento ao doente que possa provocar algum tipo de dor ou desconforto e que é inútil deixamos de fazer, não vemos pesquisas de glicemia, não andamos a picar. E1</p> <p>É uma morte boa, sem dor, inconsciente. E3</p> <p>Mas uma coisa que me alerta sempre é (...) se tem dor. E4</p> <p>(...) antes de um posicionamento que sabes que vai causar dor podes perfeitamente fazer o SOS. E7</p> <p>Nós aqui temos muito a sedação e analgesia contínua e tentar perceber se essa parte está otimizada, tendo em vista o conforto do doente. E9</p> <p>Uma coisa que eu tento sempre fazer é minimizar a dor do doente, ter a certeza que o doente não tem dor. E10</p>

Na perspetiva de Abejas e Duarte (2021) “a monitorização e a avaliação do controlo sintomático deverão ser realizadas de forma regular e os efeitos adversos antecipados” (p. 62). Isso implica que minimizar ou eliminar fontes iatrogénicas da dor devem fazer parte do plano de alívio da dor. Truog (2008) acrescenta que mais de 50% dos doentes em estado grave relatam algum nível de dor. O mesmo autor refere que, nos SMI, a dor está frequentemente relacionada com causas, procedimentos e intervenções iatrogénicas, tais como: a aspiração de secreções, posicionamentos e inserção de cateteres, devendo os mesmos ser minimizados. Tais argumentos servem de fundamentação à preocupação dos enfermeiros no SMI relativamente aos cuidados dirigidos ao alívio da dor, como por exemplo *“tudo o que seja fazer algum procedimento ao doente que possa provocar algum tipo de dor ou desconforto e que é inútil deixamos de fazer”* (E1) e *“antes de um posicionamento que sabes que vai causar dor podes perfeitamente fazer o SOS”* (E7).

**Quadro 7 - Achados das entrevistas referentes a cuidado espiritual**

Categoria	Unidade de Registo
Cuidado espiritual	<p>(...) até no apoio religioso que a gente facilita. E3</p> <p>Se for necessário apoio espiritual (...) ainda no sábado o senhor X pediu-nos que queria falar com o padre e imediatamente ligou-se ao padre (...) não há problema nenhum em vir o padre, o pastor, o quer for. E7</p>

O fim de vida é um tempo em que a pessoa procura encontrar um sentido e significado para a sua vida (Jensen et al., 2020). É nesta procura das “melhores respostas para que os dias finais da existência possam ser vividos em plenitude” que a dimensão espiritual se assume como uma força estruturante, pois aporta significado ao que a pessoa e família possam estar a vivenciar naquele momento da sua existência (Abejas & Duarte, 2021, p. 139). Pelos relatos recolhidos assume-se que esta dimensão do cuidar é tida em conta, sendo realizados todos os esforços para que esta necessidade seja satisfeita, tal como se encontra patente nos discursos “(...) até no apoio religioso que a gente facilita” (E3) e “(...) não há problema nenhum em vir o padre, o pastor, o que for” (E7).

**Quadro 8 - Achados das entrevistas referentes a Informação à pessoa/família sobre o estado de saúde**

Categoria	Unidade de Registo
Informação à pessoa/família sobre o estado de saúde	<p>A família é informada logo que possível que a situação é aquela, que o desfecho é aquele, e a partir desse momento damos a liberdade da família estar presente. (...) Às vezes somos diretos e dizemos assim: “quer estar até ao fim ou quando as coisas estiverem para acontecer querem sair?” uma parte deles diz que sim, que quer ficar até ao momento final, então ficam e deixamos que tudo aconteça até ao momento final. Outros dizem que não querem. E1</p> <p>Se o doente estiver consciente, informar o doente, informar a família, dar conhecimento do que vai acontecer e do que nós vamos fazer, sobretudo isso. E6</p>

Nos cuidados ao doente em fim de vida e família, estes devem ser envolvidos e participar ativamente, ser informados sobre o seu real estado de saúde para que possam expressar os seus sentimentos, preparar-se para acolher os factos e enfrentar ocorrências negativas, inclusivamente a morte (Moura, 2011). A informação à pessoa em fim de vida e família constitui assim uma preocupação visível nos relatos dos enfermeiros “A família é informada logo que possível que a situação é aquela, que o desfecho é aquele” (E1) e “(...) informar o doente, informar a família, dar conhecimento do que vai acontecer” (E6).

**Quadro 9 - Achados das entrevistas referentes a respeito pela vontade da pessoa**

Categoria	Unidade de Registo
Respeito pela vontade da pessoa	<p>(...) tivemos uma doente em específico que sabia exatamente em que ponto é que estávamos e o que é que ia acontecer a partir daí, pediu que chamássemos os filhos e o marido, falou com toda a gente. E1</p> <p>O testamento vital é algo a ter em conta, sem dúvida. Mas já tivemos alguns problemas aqui, a tua opinião pode mudar. Podes ter uma coisa no testamento vital e naquele momento decidir outra coisa, por isso é que apanhar o timing dos doentes conscientes é muito importante. E3</p> <p>Ele teve voto na matéria, disse que compreendia, falou com a família toda, despediu-se de toda a gente e morreu da forma que queria. E7</p>

Para muitos, uma “boa morte” envolve ser tratado como um ser individual, com dignidade e respeito, sem dor ou outros sintomas e estar na companhia da família. (Capelas et al., 2017b).

Portanto, torna-se fundamental discutir as opções terapêuticas, partilhando as suas preferências e desejos, no sentido de evitar a medicalização da morte (Velarde-Garcia et al., 2017), tal como se encontra explícito no achado *“Ele teve voto na matéria (...) e morreu da forma que queria”* (E7).

A autonomia do doente deve ser respeitada, formalizada através do consentimento informado ou da DAV, atribuindo ao doente a capacidade de decidir sobre a sua própria vida, assegurando o respeito pela sua autodeterminação (Capelas et al., 2017b). Contudo, como menciona o Enfermeiro E3 *“a tua opinião pode mudar. Podes ter uma coisa no testamento vital e naquele momento decidir outra coisa, por isso é que apanhar o timing dos doentes conscientes é muito importante”*, indo de encontro ao referido por Brooks, Manias e Nicholson (2017) que enfatizam que os desejos de fim de vida devem ser discutidos no momento da admissão do doente, antes de uma possível deterioração do seu estado de consciência.

**Quadro 10 - Achados das entrevistas referentes à promoção da resolução de assuntos pendentes**

Categoria	Unidade de Registo
Promoção da resolução de assuntos pendentes	<p>Eles querem resolver imensa coisa. Já vi a ligarem à mulher a dizer que falta pagar aquela conta, tenho que pagar isto ou aquilo à pessoa y ou z. Ao resolverem os seus assuntos pode fazer com que morram melhor. E3</p> <p>(...) na altura perguntei-lhe se precisava de alguma coisa, resolver algum assunto. E5</p> <p>(...) podemos estar com pessoas que (...) tem necessidade de saber que vão morrer, que já não vão voltar para casa, porque as pessoas podem ter assuntos por resolver (...) pode ser uma necessidade urgente daquele doente e nós temos que criar meios para dar resposta a isso para que ele possa partir com essa necessidade resolvida. E8</p>

Ajudar a pessoa e a família a lidarem com a morte iminente implica o proporcionar a resolução de tarefas importantes na vida (Truog et al., 2008). Torna-se importante que os enfermeiros demonstrem essa disponibilidade como descrito nos seguintes discursos: *“perguntei-lhe se precisava de alguma coisa”* E5 e *“nós temos que criar meios para dar resposta a isso”* E8, pois segundo Abejas e Duarte (2021) é o tempo da integração da vida ou da recusa de tudo o quanto aconteceu no seu trajeto, e a resolução de assuntos pendentes *“pode fazer com que morram melhor”* (E3).

## 6.2. FATORES FACILITADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA

Decorrente da análise das entrevistas foram definidas quatro categorias e sete subcategorias referentes a esta área temática, explanadas no Quadro 11.

**Quadro 11 - Área Temática: Fatores facilitadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família**

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Fatores facilitadores	Interação com a família	Preparação da família
		Satisfação das necessidades da família
		Envolvimento da família nos cuidados
		Relação empática com a família
	Interação com a equipa multidisciplinar	Tomada de decisão em equipa
		Coesão na equipa
		Comunicação interdisciplinar
Experiência profissional		
O Serviço de Medicina Intensiva como local de fim de vida		

Os discursos dos entrevistados referentes a estas categorias e subcategorias encontram-se descritos nos quadros seguintes (do quadro 12 ao quadro 20):

**Quadro 12 - Achados das entrevistas referentes a preparação da família**

Categoria: Interação com a família	
Subcategoria	Unidade de Registo
Preparação da família	<p>A presença da família nós facilitamos sempre, mas nem todos querem, e isso não se pode julgar. E3</p> <p>A maioria de nós [enfermeiros] até fala bastante com as famílias (...) para não chegar ao dia, as coisas acontecerem e ser um choque. Claro que há situações em que é repentino, estou a pensar em situações mais prolongadas, mais previsíveis. E5</p> <p>Em situações de final de vida, se são pessoas que vêm todos os dias e apercebem-se da deterioração do doente, é mais fácil explicar-lhes, todos os dias vivenciam aquela situação, pelo contrário se vêm um dia e lhes dizemos que não há mais nada a fazer, as pessoas não compreendem, como é lógico. É mais fácil eles já irem interiorizando esse processo. E7</p> <p>Também depende um bocadinho se é uma família, se vêm cá diariamente, então já se começa a preparar a família. E9</p> <p>Mas também acho que quando se chega a este tipo de situações prolongadas, que não tem nada a ver com algo súbito, que são muito mais difíceis de gerir, nem dá tempo de instituir cuidados em fim de vida, mas nas outras situações, acho que as famílias, de uma forma gradual, vão sendo preparadas para isto. E10</p>



Pelos achados supramencionados, verifica-se que a presença da família facilita a aceitação da morte e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de fim de vida, tal como ilustrado nos discursos “*A presença da família nós facilitamos sempre*” (E3) e “*(...) as famílias, de uma forma gradual, vão sendo preparadas para isto*” (E10). Estes discursos vão de encontro ao estudo apresentado por Xu et al. (2022) ao referir que, dos fatores relacionados com a família, os enfermeiros dos SMI consideram que o acompanhamento da pessoa que está a morrer e a aceitação da morte são os principais fatores que interferem na qualidade de cuidados à pessoa em fim de vida.

**Quadro 13 - Achados das entrevistas referentes à satisfação das necessidades da família**

Categoria: Interação com a família	
Subcategoria	Unidade de Registo
Satisfação das necessidades da família	(...) supostamente estariam duas, mas permitimos que estejam 4 ou 5 visitas (...) e vão estando até ao momento em que morre. E1 Há muita flexibilidade em relação ao número de pessoas, o horário que possam vir. E5 Se a família quiser estar a gente permite que estejam, não há essa barreira, a gente abre essa porta. E6 Entram os familiares que acharem por bem vir, á hora que for, seja de dia seja de noite, nem acho que tenha havido entraves com ninguém. Acho que está mais do que na hora do hospital abrir a visita como nós tínhamos, que éramos das unidades que tinham uma visita mais longa até do que o resto do hospital. E7 É fundamental permitir a presença da família, aliás, satisfazer todas as necessidades da família dentro do possível, como as necessidades da própria pessoa. E8

A presença da família é um aspeto importante na prestação de cuidados de fim de vida no SMI, pois dá uma sensação de satisfação, proximidade e segurança à pessoa em fim de vida (Xu et al., 2022). Aliás, deve ser envolvida e ver as suas necessidades satisfeitas, pois este envolvimento contínuo da condição do seu ente querido é importante para garantir que compreendem o que está a acontecer e que a morte será o desfecho (Jensen et al., 2020). Ao “*satisfazer todas as necessidades da família*” (E8), sustentada numa comunicação oportuna e honesta, minimiza o risco de luto complicado e stress pós-traumático nos familiares (Jensen et al., 2020). Promover o envolvimento da família só é possível com o alargamento do horário das visitas, tal como expresso no discurso dos entrevistados “*Há muita flexibilidade em relação ao número de pessoas, o horário que possam vir*” (E5) e “*Entram os familiares que acharem por bem vir, á hora que for, seja de dia seja de noite*” (E7). Tal facto é corroborado no estudo realizado por Xu et al. (2022) ao mencionarem que os enfermeiros consideram importante haver flexibilidade no horário de visitas, bem como no aumento do número de visitas, em vez de uma limitação do mesmo.

**Quadro 14 - Achados das entrevistas referentes ao envolvimento da família nos cuidados**

Categoria: Interação com a família	
Subcategoria	Unidade de Registo
Envolvimento da família nos cuidados	<p>Presença da família sim, mas participar na promoção do conforto, posicionar. Tê-la ativa na prestação dos cuidados, na prestação do conforto ao doente, tocar, mexer (...) Há pessoas que diziam mesmo que queriam estar presentes, por exemplo na altura em que nós fazíamos a higiene ao doente. E4</p> <p>A família não deve só estar presente, temos pessoas que querem participar nos cuidados. (...) Permitir que as famílias passem um bocado de creme, cortar as unhas. Isso acaba por ser algum conforto, algum apoio, aquela necessidade de presença, de cuidar, acho que faz todo o sentido. E8</p>

A participação nos cuidados permite que a família ganhe competências e aperfeiçoe habilidades no cuidar, desenvolvendo laços mais estreitos nas relações. Pode estar associado a sentimentos de grande recompensa, gratidão, realização pessoal e sentido de utilidade (Abejas & Duarte, 2021), pelo que este envolvimento *“acaba por ser algum conforto, algum apoio, aquela necessidade de presença, de cuidar”* (E8). Tal como refere o entrevistado E4 *“Presença da família sim, mas participar na promoção do conforto, posicionar (...) estar presentes, por exemplo na altura em que nós fazíamos a higiene ao doente”*, Stokes et al. (2019) dão alguns exemplos dessa participação dos familiares, seja o pentear o cabelo, tocar o familiar e limpar o rosto.

**Quadro 15 - Achados das entrevistas referentes à Relação empática com a família**

Categoria: Interação com a família	
Subcategoria	Unidade de Registo
Relação empática com a família	<p>Acho que passa pela empatia, porque todas as pessoas respondem de maneira diferente ao final de vida de um familiar e o criar empatia e tentar perceber que tipo de emoção está no nosso doente e família para ele fazer o seu processo e fazê-lo entender o porquê da morte do familiar é extremamente importante, porque há pessoas que ouvem “o seu familiar vai morrer”, mas não assimilam a informação. E2</p> <p>(...) falar connosco [enfermeiros], interligar, expor o que as preocupa [famílias], quais as necessidades do momento. E4</p> <p>Tentamos promover a aproximação da família se ela quiser, porque as pessoas não reagem todas da mesma maneira, há pessoas que querem estar até ao fim, há outras que lhes custa muito, depois também tem que se gerir as emoções. Temos que ser sensíveis a todas as formas de estar. E5</p> <p>Às vezes os familiares estão ansiosos, preocupados e nós devemos despende de tempo para a informar, apoiar e que ela transmita mais calma ao doente. E8</p>

A empatia nasce da autoconsciência e é a habilidade de saber como os outros se sentem. Em CP, “o sentimento da pessoa doente é um exercício compreensivo que precisa de tempo para se construir, trata-se de uma dedicação ao momento, à pessoa

na sua unicidade e no seu particular (...) Podemos imaginar o que possa ser esse sentir, mas nunca obter a dimensão plena dessa realidade extrema” (Salazar et al., 2017, p.14). No entanto, o desejo de compreender ajuda a pessoa a expressar, tirando de si parte da angústia, criando o sentimento de partilha, indo de encontro aos discursos dos enfermeiros: *“tentar perceber que tipo de emoção está no nosso doente e família para ele fazer o seu processo”* (E2), *“expor o que as preocupa [famílias]”* (E4) e *“devemos despende de tempo para a informar, apoiar”* (E8).

**Quadro 16 - Achados das entrevistas referentes à Tomada de decisão em equipa**

Categoria: Interação com a equipa multidisciplinar	
Subcategoria	Unidade de Registo
Tomada de decisão em equipa	<p>Em 99% das vezes essa decisão não é tomada sem uma conversa com a equipa de enfermagem. (...) É tomada em equipa. Já aconteceu não estarmos confortáveis e não se avançou. Também transmitimos essa confiança à família e também já nos aconteceu a família não estar confortável com aquela situação e confesso que já adiamos a decisão [suspensão de medidas] por mais umas horas, porque a família também não estaria confortável com ela. E1</p> <p>Acaba por ser uma decisão médica, mas nós acabamos também por opinar, e quando a equipa percebe que nós não estamos muito confortáveis, também nos abordam, não nos pedem propriamente a opinião, mas esses assuntos [suspensão de medidas] muitas vezes são conversados (...) até que toda a gente se sinta confortável. E5</p> <p>Os nossos médicos têm muito em conta a nossa opinião, a equipa funciona um bocadinho nesse sentido de conseguimos ter essa harmonia. Se nós acharmos que a equipa não está confortável, os médicos ponderam um bocadinho. (...) Sim, falamos na visita sobre isso muitas vezes, acho que a maioria deles tem em conta a nossa opinião, nesse aspeto aqui nós estamos bem. E6</p> <p>A maior parte das vezes essa decisão é tomada em equipa sim, mas claro que a última decisão é sempre uma decisão médica. Se o enfermeiro for envolvido nessa tomada de decisão, e por norma é, são tidos em conta. (...) Envolver a família na equipa, se possível, envolver também o doente na própria decisão, se puder dar a sua opinião tanto melhor. E7</p> <p>As famílias acabam por ser envolvidas indiretamente, a tomada de decisão é sempre um ato médico. Claro que somos envolvidos também, é sempre uma decisão conjunta e que é conversada entre equipa. E10</p>

As discussões e decisões sobre os cuidados devem incluir todos os membros da equipa multidisciplinar (Jensen et al., 2020). A presença de dúvidas em algum membro da equipa faz com que a decisão seja protelada até que todos os elementos se sintam confortáveis (Monzón Marín et al., 2008), tal como referido nas entrevistas E1 *“já aconteceu não estarmos confortáveis e não se avançou”* e E6 *“se nós acharmos que a equipa não está confortável, os médicos ponderam um bocadinho”*. Jensen et al. (2020) referem que, pelo maior contacto e proximidade com o doente e respetiva família, os enfermeiros geralmente tem maior conhecimento sobre alguns aspetos, como os desejos e valores do doente, sendo crucial o seu envolvimento nas decisões de fim de vida. Esse envolvimento encontra-se espelhado nos discursos dos entrevistados, sendo

que em dois deles a família é também envolvida na tomada de decisão *“já nos aconteceu a família não estar confortável com aquela situação e confesso que já adiamos a decisão”* (E1) e *“envolver a família na equipa, se possível”* (E7). Para Coelho et al. (2014), favorecer a participação da família na tomada de decisão e nos cuidados é imperativo na prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida.

Assim, à medida que os SMI seguem o exemplo de prestar cuidados em fim de vida com base em recomendações acordadas e discussões abertas na tomada de decisão, existe menos ambiguidade, dilemas e conflitos (Benbenishty et al., 2022).

**Quadro 17 - Achados das entrevistas referentes à coesão na equipa**

Categoria: Interação com a equipa multidisciplinar	
Subcategoria	Unidade de Registo
Coesão na equipa	Quando há uma situação em que também achamos que o doente de facto não tem mais condição de sobreviver, e do ponto de vista médico não há muito mais a oferecer, como todos percebemos isso e estamos dentro dessa decisão acho que isso facilita imenso. E1 Um dos aspetos mais importantes é o consenso da equipa, a maior parte das vezes as pessoas estão mais ou menos no mesmo alinhamento, mas há situações que não são tão consensuais, e quando isso não acontece é problemático. E5 Aproveitar as visitas médicas por exemplo, mesmo os nossos momentos de passagem de turno. É verdade que discutimos, mesmo que tenha sido no dia anterior, se houve algo que tenho mexido com alguém, a gente discute, as pessoas puxam o assunto e fala-se, e faz bem, perceber o porquê de determinada decisão. E7

Para o bom funcionamento da equipa multidisciplinar do SMI é fundamental instituir uma abordagem terapêutica racionalizada para os cuidados de fim de vida, implicando o reconhecimento da equipa, incorporando as equipas médicas externas, de que o processo está em andamento e que estão todos no mesmo alinhamento e na mesma direção (Brooks, Manias & Nicholson, 2017). Tal consenso na equipa está patente nos achados *“como nós todos estamos dentro dessa decisão acho que isso facilita imenso”* (E1) e *“a maior parte das vezes eu acho que as pessoas estão mais ou menos no mesmo alinhamento”* (E5). Além disso, tal como mencionado pelo Enfermeiro E7 *“aproveitar as visitas médicas por exemplo”*, Flannery et al. (2016) citado por Benbenishty et al. (2022) referem que muitas decisões médicas são propícias a serem tomadas durante a visita médica, daí que seja importante que o enfermeiro esteja presente.

**Quadro 18 - Achados das entrevistas referentes à comunicação interdisciplinar**

Categoria: Interação com a equipa multidisciplinar	
Subcategoria	Unidade de Registo
Comunicação interdisciplinar	Comunicação entre a equipa, acho que é fundamental. Toda a gente estar por dentro da situação, estarmos conscientes de qual é a situação real do doente. (...) Se estivermos todos dentro do assunto, temos consciência da limitação para aquele doente, estamos confortáveis com as decisões que forem tomadas. E7 É importante a comunicação na equipa, perceber em que ponto de situação é que estamos para podermos comunicar com o doente e a família da forma mais adequada. E9

O trabalho em equipa implica coordenação, colaboração e complementaridade entre os diferentes profissionais, só possível através de um processo de comunicação sistemático desde o início. Desta forma, surge como um elo fundamental no trabalho multidisciplinar, levando Peduzzi (2001) citado por Abejas e Duarte (2021) a afirmar que “a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe” (p. 132). Particularmente nos SMI, onde a limitação de tratamentos e suspensão de tratamentos de suporte vital é comum, a comunicação eficaz com a pessoa em fim de vida e família e entre os elementos da equipa multidisciplinar é crucial para um cuidar de qualidade (Mularski, 2006). Portanto, os discursos dos Enfermeiros E7 “*se estivermos todos dentro do assunto (...) estamos confortáveis com as decisões que forem tomadas*” e E9 “*É importante a comunicação na equipa, (...) para podermos comunicar com o doente e a família da forma mais adequada*” corroboram o que refere Brooks, Manias e Nicholson (2017), ao considerar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada como aspetos-chave relacionados à transição do tratamento curativo para os cuidados de fim de vida.

**Quadro 19 - Achados das entrevistas referentes à experiência profissional**

Categoria	Unidade de Registo
Experiência profissional	(...) não foi fácil de gerir para mim, retirei-me, pedi a uma colega que tem mais experiência e percebemos que eu não estava confortável e se eu não estava confortável, preferi que ela assumisse a doente porque é um processo tão difícil, tão complicado para mim. E1 Com o tempo vai-se percebendo que se trabalha bem se der conforto ao doente, não é só por fazermos as técnicas bem feitas ou salvar toda a gente que a gente vai ser melhor. (...) Acho que tem muito a ver com o nosso ciclo de aprendizagem, com o tempo vamos conseguindo lidar, ter outro tipo de sensibilidade que tu não tens quando comesças a trabalhar. E7 Quando estamos com a família, muitas vezes há ali alguma recusa da nossa parte, uma dificuldade, mas acho que os anos e a experiência profissional nos vão trazendo este tipo de à vontade. E10

A experiência dos enfermeiros no cuidar a pessoa em fim de vida permite-lhes ter outra capacidade de avaliação da dor e sofrimento do doente (Pachchigar et al., 2022). Jensen et al. (2020) acrescentam que a prestação de cuidados com competência e compaixão em muito se deve à experiência adquirida, o que é corroborado pelo relato do entrevistado E7 *“tem muito a ver com o nosso ciclo de aprendizagem, com o tempo vamos conseguindo lidar, (...) ter outro tipo de sensibilidade que tu não tens quando comesas a trabalhar”*.

Kim et al. (2022) referem que enfermeiros inexperientes em lidar com a morte desenvolvem sentimentos de ansiedade e frustração emocional. Diferentes estudos demonstram que enfermeiros inexperientes e sem formação em CP podem considerar o cuidar em fim de vida como desafiador e difícil, havendo relutância e evitamento a cuidar doentes em fim de vida e seus familiares (Jensen et al., 2020), como é visível nos achados *“retirei-me, pedi a uma colega que tem mais experiência”* (E1) e *“(...) muitas vezes há ali alguma recusa da nossa parte, (...) mas acho que os anos e a experiência profissional nos vão trazendo este tipo de à vontade”* (E10).

**Quadro 20 - Achados das entrevistas referentes ao Serviço de Medicina Intensiva como local de fim de vida**

Categoria	Unidade de Registo
O Serviço de Medicina Intensiva como local de fim de vida	Apesar de já não ter critérios para se manter cá, o doente permanece, acho positivo porque é mais confortável para a família e para o próprio doente. E9 (...) muitas vezes entram doentes em processo paliativo e às vezes morrerem em cuidados intensivos, acaba por ser uma forma boa para os doentes porque morrem de uma forma confortável e digna, porque conseguimos fazer todo o controlo de sintomatologia associado ao processo de fim de vida. E10

Em situações em que o doente se encontre em fase agónica e a morte é iminente, sugere-se que permaneça no SMI (Jensen et al., 2020). Os mesmos autores referem que transformar um ambiente de alta tecnologia num local ideal para morrer é difícil, mas passa pela remoção de equipamento desnecessário e pela adequada gestão de sintomatologia. Dois dos entrevistados referem que *“é mais confortável para a família e para o próprio doente”* (E9) e *“morrem de uma forma confortável e digna, porque conseguimos fazer todo o controlo de sintomatologia”* (E10), indo de encontro ao que refere Monzón Marín et al. (2008), ao referirem que nos doentes cuja morte se prevê muito próxima, a sedação terminal permite aliviar o sofrimento físico e psicológico, quando outras medidas são insuficientes, assumindo o princípio do duplo efeito da medicação.

### 6.3. FATORES DIFICULTADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA

Resultante da análise das entrevistas, nesta área temática emergiram dez categorias e doze subcategorias, conforme demonstra o quadro 21.

**Quadro 21 - Área Temática: Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família**

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Fatores dificultadores	Dificuldade na tomada de decisão	Obstinação terapêutica
		Antiguidade/ rotatividade das equipas
		Articulação entre a equipa
		Visão dos cuidados pelas outras valências
		Desconhecimento da vontade da pessoa em fim de vida
	Evitamento dos profissionais de saúde	Envolver-se com a pessoa em fim de vida /família
		Falar sobre a morte
	Falta de interesse pela temática	
	Falta de apoio emocional aos profissionais de saúde	
	Condições estruturais do SMI	Estrutura física
		Ruído
	Sobrecarga de trabalho	
	Presença da Família	
	O Contexto Hospitalar/Cuidados Intensivos	
Gestão emocional dos profissionais de saúde	Estado de consciência da pessoa	
	Idade da pessoa em fim de vida	
	Tempo de internamento	
Conhecimento sobre CP		

Os achados das entrevistas referentes a estas categorias e subcategorias encontram-se descritos nos quadros que se seguem (do quadro 22 ao quadro 39):

**Quadro 22 - Achados das entrevistas referentes à obstinação terapêutica**

Categoria: Dificuldade na tomada de decisão	
Subcategoria	Unidade de Registo
obstinação terapêutica	O conforto do doente a gente consegue dar (...) Eu não sei qual é bem a função do enfermeiro de paliativos nestes casos específicos porque tem um período muito curto por norma. Depois de iniciar as medidas de conforto, estamos a falar de horas, uma hora ou duas. (...) Às vezes a mudança de paradigma curativo para paliativo é feito de forma tardia, depende do doente. E2 Às vezes acho que a tomada de decisão não é feita atempadamente, às vezes já se chegou a um limite do sofrimento, protela-se um bocado...E5 Os cuidados de saúde estão para tratar, trata-se tudo, mesmo aquilo que não tem tratamento. E6

Tem-se vindo a assistir a uma forte evolução nos cuidados que procura o desenvolvimento de um modelo integrado de CP, ou seja, desde o momento do diagnóstico da doença, ao longo da trajetória da doença ou prognóstico de vida limitado, culminando no apoio no luto. Desta forma, a abordagem paliativa deve acompanhar a prestação de cuidados à pessoa desde o momento em que a equipa de saúde está mais focada no tratamento e suporte, podendo englobar intervenção de outras especialidades, aumentando a sua intervenção à medida que a possibilidade de sobrevida se vai esgotando (Gómez-Batiste & Connor, 2017). Tal abordagem minimiza a ocorrência de situações descritas nos relatos seguintes “às vezes a mudança de paradigma curativo para paliativo é feito de forma tardia” (E2), “protela-se um bocado” (E5) e “trata-se tudo, mesmo aquilo que não tem tratamento” (E6).

Este conceito de *continuum* de cuidados no qual a palição é abordada em conjunto com terapias curativas e de prolongamento da vida é fundamental, aumentando principalmente os cuidados de conforto à medida que as hipóteses de sobrevida diminuem e a morte se aproxima (Mularski, 2006). Monzón Marín et al. (2008) acrescentam que os CP e os cuidados intensivos não são opções exclusivas e independentes, mas que devem coexistir, no âmbito dos quais os profissionais de saúde têm a obrigação de prestar cuidados que aliviem o sofrimento, seja ele físico, emocional, social ou espiritual.

**Quadro 23 - Achados das entrevistas referentes à antiguidade/rotatividade das equipas**

Categoria: Dificuldade na tomada de decisão	
Subcategoria	Unidade de Registo
antiguidade/rotatividade das equipas	Se chega alguém que tem um certo estatuto no hospital, que se fosse outra pessoa dentro da mesma especialidade se calhar o médico que está ao serviço nesse momento aqui na unidade, não aceitaria e tomaria a decisão por ele e acabava, mas muitas vezes é influenciado e o nome pesa um bocado também (...) Depende da equipa de enfermagem que está, eu posso dizer que a minha impressão é que se está uma equipa de enfermagem com elementos mais antigos, há um maior trabalho em equipa



	<p>multidisciplinar. Quando é uma equipa muitas vezes mais jovem é uma decisão unilateral. (...) A decisão no fundo cabe a eles [médicos]. Mas preocupam-se quando tem elementos mais velhos em saber a opinião deles. E4</p> <p>A partir do momento que essas decisões forem tomadas pô-las em prática e não andarmos ali, vem um e protelamos mais um bocadinho, vem outro mais outro bocadinho, às vezes acontece. Eu acho que tem a ver com a própria equipa, não estamos todos no mesmo patamar como é lógico, nem médicos nem enfermeiros. E7</p> <p>Eu que trabalho cá há muitos anos sinto-me à vontade para chegar junto do médico e dizer que não estou confortável com esta situação, tanto é que já o fiz. Era para suspender completamente e, após a minha intervenção, acabou-se por dar mais um tempo. Neste serviço há abertura para o fazermos, este à vontade eu sinto porque já tenho muitos anos de experiência, se calhar uma pessoa que está aqui há 2 ou 3 anos não tem esse à vontade. E8</p> <p>(...) uns dias vem uma equipa médica e estipulam uma coisa e no dia seguinte ou no próprio dia na mudança de turno, vem outro médico e as ideias já mudam. Torna-se um bocado frustrante para nós também. E9</p>
--	---

Segundo (Abiven, 2001) “A qualidade da relação com o doente é indissociável da qualidade relacional no seio da equipa de cuidados” (p. 158). Neste sentido, para que uma equipa pluridisciplinar seja unida e colabore de forma eficaz, deve ter consciência dos conflitos e tensões existentes que obstruam a comunicação. As reuniões de equipa devem servir para trocar e confrontar pontos de vista, permitir uma reflexão conjunta sobre as atitudes da equipa, e não um monólogo onde os elementos se sentem ameaçados e se sobressai a rivalidade entre profissionais (Abiven, 2001). Esta postura e abordagem permite minimizar situações como as referidas pelos entrevistados: “*vem um e protela mais um bocadinho, vem outro mais outro bocadinho*” (E7); “*uns dias vem uma equipa médica e estipulam uma coisa e no dia seguinte (...) as ideias já mudam*” (E9).

Tal como referido anteriormente na categoria “experiência profissional”, profissionais de saúde mais experientes tornam-se mais competentes, mais assertivos, corroborando os achados apresentados “*(...) se está uma equipa de enfermagem com elementos mais antigos, há um maior trabalho em equipa multidisciplinar*” (E4) e “*(...) este à vontade eu sinto porque já tenho muitos anos de experiência*” (E8).

**Quadro 24 - Achados das entrevistas referentes à articulação entre a equipa**

Categoria: Dificuldade na tomada de decisão	
Subcategoria	Unidade de Registo
Articulação entre a equipa	Se juntarmos a equipa de trabalho, médico e enfermeiro responsável pelo doente naquele dia (...) acho importante nós estarmos articulados para sabermos o que é que o médico disse, da forma como disse e que reação é que os familiares tiveram para nos conseguirmos adequar a ela. Às vezes quando a gente fala parece que estão a ouvir a primeira vez. (...) haver articulação entre a equipa, quando fosse comunicado comunicar com os dois profissionais, isso era um bom ponto de partida para melhorarmos a comunicação entre todos. E2

	<p>Muitas vezes os médicos fazem as reuniões de serviço, e acho que da nossa parte devia de haver mais envolvimento, porque a maior parte dessas decisões são tomadas por eles, e nós, basicamente, só ficamos com esse conhecimento. Pelo menos nunca foi pedido o meu envolvimento nessa tomada de decisão de um doente meu. Se por exemplo o [enfermeiro] chefe participa nessas reuniões de serviço onde às vezes se tomam essas decisões, não sei. E9</p> <p>As equipas discutirem abertamente as situações, toda a gente estar confortável, porque às vezes há pessoas que não estão confortáveis com o não prolongar de medidas de suporte vital, e isso é uma das lacunas que deve ser trabalhada, haver maior comunicação entre as equipas. E10</p>
--	--

Uma das dificuldades identificadas pelos profissionais de saúde incluem habilidades comunicacionais e falta de articulação na equipa multidisciplinar (Monzón Marín et al., 2008). Esta articulação ineficaz na equipa encontra-se patente nos achados das entrevistas explícitos no quadro 24, como por exemplo nos discursos “(...) *os médicos fazem as reuniões de serviço, e acho que da nossa parte devia de haver mais envolvimento*” (E9) e “(...) *é uma das lacunas que deve ser trabalhada, haver maior comunicação entre as equipas*” (E10). Além disso, o Enfermeiro E2 sugere que deve “(...) *haver articulação entre a equipa, quando fosse comunicado comunicar com os dois profissionais*”, indo de encontro ao referido no estudo realizado por Brooks, Manias e Nicholson (2017), sugerindo o envolvimento da equipa multidisciplinar na discussão e comunicação de más notícias, evitando o desconforto dos elementos diretamente envolvidos na prestação de cuidados.

**Quadro 25 - Achados das entrevistas referentes à visão dos cuidados pelas outras valências**

Categoria: Dificuldade na tomada de decisão	
Subcategoria	Unidade de Registo
Visão dos cuidados pelas outras valências	<p>A maior dificuldade é exatamente essa, quando achamos que já não há mais nada a fazer, e existe alguém, nomeadamente uma especialidade ou outra que não está confortável com aquela situação e quer continuar. (...) às vezes este impasse acaba por durar dias, semanas, até que as coisas se resolvam. E1</p> <p>(...) assiste-se a situações, e não são poucas, que deviam ser tomadas as decisões um bocadinho mais cedo. Às vezes tem muito a ver com as especialidades também, algumas mais do que outras, por exemplo cirurgia, neurologia, e acabam por influenciar muitas vezes aqui no serviço. Às vezes as coisas ficam ali um bocado a arrastar. E4</p> <p>Acho que a equipa de paliativos não ia ajudar muito porque o arrastar tem a ver com outras especialidades como cirurgia por exemplo, porque tem soluções ainda para ser feitas (...) porque o doente é cirúrgico. E6</p>

A implementação de cuidados em fim de vida é afetada por vários fatores, entre os quais a incerteza médica e divergências entre os PS (Xu et al., 2022). Este “impasse” ou “arrastar” referido nas entrevistas deve-se a expectativas pouco realistas da equipa médica sobre o prognóstico ou eficácia do tratamento curativo (Monzón Marín et al., 2008). A este propósito é dado especial destaque à valência de Cirurgia: “(...) *algumas mais do que outras, por exemplo a cirurgia*” (E4) e “(...) *o arrastar tem a ver com outras especialidades*

como *cirurgia*” (E6). Tradicionalmente, a cultura cirúrgica é direcionada para o procedimento curativo e a morte é, muitas vezes, vista como um fracasso. Isso faz com que a abertura a um modelo colaborativo de CP seja desencorajada (Mirel & Hartjes, 2013).

**Quadro 26 - Achados das entrevistas referentes ao desconhecimento da vontade da pessoa em fim de vida**

Categoria: Dificuldade na tomada de decisão	
Subcategoria	Unidade de Registo
Desconhecimento da vontade da pessoa em fim de vida	Muitas vezes a gente não diz isto aos doentes, (...) se fosse eu queria (...) que me avisassem que eu posso não acordar. Às vezes não é o momento da morte, mas o momento prévio a eles perderem a consciência. Depois de perderem a consciência, psicologicamente o que é que aquela pessoa queria? Depois tu não sabes. Há um timing para isso. Não é depois: este doente está em medidas de conforto, o que é que eu faço? Em cuidados intensivos cada vez mais temos que pensar nisto, não só depois lembrar-nos quando ela está a morrer. (...) O momento em que apanhamos a pessoa consciente é muito importante. (...) Em 99 % dos casos os doentes estão inconscientes. E3  Por vezes temos doentes acordados que são envolvidos nos cuidados, tem voto na matéria (...) Claro que não é possível fazer isso quando já estão inconscientes. E7

O internamento no SMI é um acontecimento difícil e significativo onde, com frequência, devido à gravidade do estado de saúde, o doente não tem a capacidade de tomar decisões e de participar no seu plano terapêutico. Na verdade, o facto de estarem sedados ou curarizados não lhes permite comunicarem verbalmente os seus sintomas, receios e angústias (Coelho et al., 2014). Portanto, *“o momento em que apanhamos a pessoa consciente é muito importante”* (E3), pois só atendendo às necessidades individuais dos doentes se possibilita a humanização e personalização dos cuidados (Coelho et al., 2014). Truog (2008) acrescenta que esta situação é problemática, pois até 95% dos doentes podem não ser capazes de tomar decisões por si mesmos devido à doença ou sedação, o que vai de encontro ao expresso na entrevista E3 *“Em 99% dos casos os doentes estão inconscientes”*.

**Quadro 27 - Achados das entrevistas referentes ao envolver-se com a pessoa/família**

Categoria: Evitamento dos profissionais de saúde	
Subcategoria	Unidade de Registo
Envolver-se com a pessoa/família	Acho que dificulta a nossa postura perante a morte enquanto profissionais de saúde que às vezes relativizamos de mais. (...) termos cuidado com aquilo que dizemos (...) a gente às vezes tenta-se defender tanto daquilo que está a acontecer que banalizamos demais aquele ambiente. Acho que devemos ser um bocadinho mais sensíveis. E2  A maioria das vezes, quase todas as vezes, chamamos a família, fechamos as cortinas, ficamos lá com o doente dentro e nós acabamos por desviar, por “fugir”. Não considero que isso seja correto. E4  Diálogo, apoio, às vezes não falar, ficar ali, só. (...) Acho que nós, enfermeiros, por uma questão cultural ou de formação, não temos por perfil fazer isso, deixámo-los sozinhos, afastámo-nos. E6

Numa revisão sistemática da literatura apresentada por Brooks et al. (2019) citado por Benbenishty et al. (2022), constatou-se que os enfermeiros de vários países carecem de conhecimento suficiente para estabelecer uma interação efetiva com as famílias no fim de vida. Tal facto faz com que, na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e família, os enfermeiros frequentemente adotem um certo distanciamento emocional ou evitamento como estratégias de *coping* (Velarde-Garcia et al., 2017), como nos refere o Enfermeiro E4 “(...) nós acabamos por desviar, por “fugir””. Este distanciamento pode provocar uma despersonalização do doente, que se manifesta no evitar conhecer qualquer tipo de informação da pessoa e da família e considerar a pessoa como um instrumento do seu trabalho (Velarde-Garcia et al., 2017).

A despersonalização trata-se de uma das dimensões do *burnout*, com a construção de relações distantes, sem sensibilidade e com atitudes impróprias. Torna-se importante que existam estratégias protetoras dos profissionais de saúde, nomeadamente: comunicação efetiva que permita ventilar sentimentos, reuniões regulares, desenvolvimento de uma filosofia própria sobre doença, morte e vida, formação específica em CP, construção de um sentido para a morte e gratificação, satisfação pessoal e profissional (Salazar et al., 2017). Essa despersonalização por parte dos enfermeiros encontra-se manifesta no achado “(...) a gente às vezes tenta-se defender tanto daquilo que está a acontecer que banalizamos demais aquele ambiente” (E2).

Nesta fase é esperado que estes profissionais possam “dar apoio, esclarecer e orientar, estar ao lado e não desertar” (Neto, 2021, p. 103), em oposição ao referido no achado E6 “(...) deixámo-los sozinhos, afastámo-nos”, pois a ajuda às famílias passa pela gestão das suas expectativas face à evolução da doença.

**Quadro 28 - Achados das entrevistas referentes ao falar sobre a morte**

Categoria: Evitamento dos profissionais de saúde	
Subcategoria	Unidade de Registo
Falar sobre a morte	A equipa, não estou a dizer em geral, mas há pessoas que têm dificuldade em falar na morte e no morrer, dizer que o familiar vai morrer, tentam desviar o assunto porque eles próprios, (...) não é um assunto que é confortável. E5 Fazemos isso por falta de formação cultural, a morte na nossa cultura ainda é uma coisa tabu, e quanto menos a gente falar dela melhor. E6 Isto da morte é sempre um mito, por muito que se queira falar abertamente na questão, quando somos envolvidos nela, muitas vezes tentamos fugir um bocadinho da situação. E10

A diminuição da familiarização e contacto com a morte faz com que a morte não seja vista pela sociedade como uma componente natural da vida, mas sim como o resultado

de uma luta contra a doença, incrementando o sobretratamento, futilidade e obstinação terapêutica. Esta agressividade dos cuidados, aliada a ausência de comunicação sobre a morte, revelada pelo medo das pessoas do processo de morrer, falta de conhecimento dos desejos da pessoa em fim de vida e acompanhamento no luto inadequado tem grande impacto pessoal, familiar e social (Capelas et al., 2017b). Torna-se claro que os argumentos apresentados se encontram espelhados nos relatos dos entrevistados *“há pessoas que tem dificuldade em falar na morte e no morrer”* (E5) e *“a morte na nossa cultura ainda é uma coisa tabu, e quanto menos a gente fala dela melhor”* (E6).

Ter de aceitar que nem sempre é possível curar, lidar com o sofrimento do doente e da família, pode fazer com que os profissionais de saúde se sintam incapazes, impotentes, incompetentes e, *“quando somos envolvidos nela, muitas vezes tentamos fugir um bocadinho da situação”* (E10). Como afirmam Abejas e Duarte (2021) *“O profissional é pessoa e, como tal, lida também com a sua própria finitude e fragilidade, com a fragilidade dos seus familiares, dos seus filhos, e tem de gerir a ansiedade, o medo, a dúvida”* (p. 121).

**Quadro 29 - Achados das entrevistas referentes à falta de interesse pela área**

Categoria	Unidade de Registo
Falta de interesse pela área	<p>(...) não conheço, como nunca trabalho com paliativos não consigo ter uma conversa direcionada nesse sentido. Também não é uma área que me tivesse despoletado uma grande curiosidade, também não fui procurar, mas não sei se acrescentaria mais alguma coisa, não sei se a formação mudaria alguma coisa, porque eu não sei qual é a ação do enfermeiro num doente assim. E2</p> <p>(...) a gente tem batalhado, mas a última [formação] que fizemos, e a verdade é que não aparece toda a gente. Se a gente quer discutir, propor, envolver todas as pessoas e eles não vem, é porque acham que não é importante. (...) Deve haver momentos de partilha, mas nós não temos reuniões de serviço para falar sobre estas coisas. E7</p> <p>Muitas vezes não é um tema também de muito interesse, por mim falo, não é uma coisa que tente explorar muito, muitas vezes nós enfermeiros fugimos a esta temática ou não estamos muito absorvidos para isto. E10</p>

Os CP são uma combinação entre ciência e humanismo, exigindo uma preparação técnico-científica rigorosa em diferentes âmbitos. Contudo, por profundo desconhecimento, ainda se diz que os CP intervêm quando os doentes precisam de “afeto” ou que “não há que investir” *“(como se “investir num doente” fosse apenas sinónimo de utilizar medidas mais invasivas)”* (Neto citado Abejas & Duarte, 2021, p. 5). Desta forma, associa-se a ideia que os CP são cuidados menores e cuidados de saúde de segunda, desvalorizando a sua importância e campo de atuação tão vasto, tal como nos relatos *“não é um tema também de muito interesse, por mim falo”* (E10) ou *“não é uma área que me tivesse despoletado uma grande curiosidade”* (E2), o que faz com que

“*não aparece toda a gente [nas formações]*” (E7). Esta visão associada a uma perspetiva tecnicista e curativa dos SMI, fazem com que alguns enfermeiros não valorizem a importância dos cuidados em fim de vida nos SMI, apesar do impacto que os CP têm em ambiente de Medicina Intensiva, observando-se melhores resultados numa ampla variedade de fatores, incluindo a comunicação, satisfação da pessoa em fim de vida e família e coesão na equipa (Mirel & Hartjes, 2013).

**Quadro 30 - Achados das entrevistas referentes à Falta de apoio emocional aos profissionais de saúde**

Categoria	Unidade de Registo
Falta de apoio emocional aos Profissionais de Saúde	<p>(...) essa é uma sugestão se calhar, como fazer a gestão das emoções, porque ninguém nos ensina isto. E1</p> <p>Acho que todos nós devemos ter acompanhamento psicológico e isso não acontece. Independentemente das circunstâncias, ninguém nos dá apoio nesse sentido. E2</p> <p>Nós devíamos ter um apoio direto com um psicólogo (...) para a equipa se houvesse essa necessidade. E6</p>

Segundo Abiven (2001), pioneiro e referência na área dos CP, o apoio a estes profissionais organiza-se em dois planos: institucional e pessoal, não invalidando uma inevitável socialização da morte. Reuniões frequentes na equipa são fundamentais para partilhar decisões, interrogações e ventilar emoções, através da expressão de vivências e sentimentos no acompanhamento de tal doente. Sugere também reunião com psicólogo/psiquiatra para que estes profissionais possam exprimir o seu sofrimento, quer seja em relação à morte de um doente, às dificuldades do trabalho em equipa ou aos problemas relacionais existentes, indo de encontro à opinião dos enfermeiros nos discursos “*Todos nós devemos ter acompanhamento psicológico*” (E2) e “*nós devíamos ter um apoio direto com um psicólogo*” (E6). Além de exprimir as suas emoções, os profissionais de saúde precisam de instrumentos para refletir as suas práticas, para adotar a distância necessária nessas práticas, algo que só se consegue com formação, o que leva o enfermeiro E1 a referir “*(...) como fazer a gestão de emoções, porque ninguém nos ensina isto*”. A nível pessoal, é da responsabilidade de cada profissional tomar conta de si próprio, desenvolver a sua capacidade de ser, preservar a sua qualidade de vida e renovar forças. De igual modo, o valor atribuído ao seu trabalho, o sentido que lhe reconhece e o reconhecimento obtido pelos doentes e famílias são também elementos de apoio. Ter uma equipa de profissionais conscientes da sua própria mortalidade e prontos a participar nas trocas que exige a morte permitem a socialização da morte, pois o facto de não se viver a morte como um desaparecimento e sem significado, mas ser falada, simbolizada, permite uma comunicação mais autêntica.

**Quadro 31 - Achados das entrevistas referentes à estrutura física**

Categoria: Condições estruturais do SMI	
Subcategoria	Unidade de Registo
estrutura física	<p>(...) nenhuma UCI é propícia para isto [morrer]. Não tens a devida privacidade, apesar da gente fechar as cortinas, mas não tens aqui e não tens num outro sítio qualquer do hospital. (...) Mais, devíamos ter uma sala só para isso com tudo a que tem direito (...) Vir os paliativos ao serviço que mudaria? O ambiente era o mesmo! Nunca íamos conseguir ter o ambiente que era desejado para uma situação destas. E2</p> <p>A estrutura, isto nunca é um acontecimento com demasiada privacidade, porque a única coisa que as famílias têm é um cortinado à volta do familiar. E5</p> <p>O espaço nunca é o ideal porque estamos a trabalhar numa unidade aberta, há outros doentes ao lado, o ideal era passarmos para o quarto de isolamento e permitir que a família estivesse lá nesse refúgio. Mas também não sei se, por outro lado, não permite que o ambiente não esteja tão pesado para a família. (...) porque os nossos quartos não têm janela, são isolados de tudo, acho que a luz do sol faz muito bem a toda a gente, dá esse alívio. E6</p>

Segundo o artigo 86.º - *Do respeito pela Intimidade*, do Código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o enfermeiro assume o dever de salvaguardar o direito à privacidade e intimidade da pessoa na prestação de todo e qualquer ato. Contudo, pela análise das entrevistas, é possível constatar que os enfermeiros consideram que os SMI não têm condições para assegurar o cumprimento desse princípio, como por exemplo nos discursos *“Não tens a devida privacidade, apesar da gente fechar as cortinas”* (E2) e *“a única coisa que as famílias têm é um cortinado à volta do familiar”* (E5). Estas opiniões vão de encontro ao estudo de Velarde-Garcia et al. (2017), no qual os enfermeiros consideram que os SMI não são locais adequados para prestar cuidados de fim de vida pela falta de espaço e intimidade, são serviços frios, desumanizados e com escasso número de unidades individuais, tal como refere o enfermeiro E6 *“(...) os nossos quartos não têm janela, são isolados de tudo”*. Esta falta de intimidade afeta as pessoas em fim de vida, os seus familiares e os restantes doentes no serviço que são testemunhas de tal situação. No entanto, diversos estudos realçam os esforços dos enfermeiros na modificação do ambiente nos SMI, removendo tecnologia e equipamentos desnecessários, de forma a criar espaços que proporcionem conforto e paz para a família e doente e promovam a construção de memória positiva (Stokes et al., 2019).

**Quadro 32 - Achados das entrevistas referentes ao ruído**

Categoria: Condições estruturais do SMI	
Subcategoria	Unidade de Registo

Ruído	Um serviço mais acolhedor, onde não hajam máquinas a tocar, pessoas ali e acolá. (...) temos sempre muita coisa a acontecer ao lado que perturba o ambiente de tranquilidade que merece esta questão. E2 (...) não conseguimos tirar alguns alarmes do monitor que podíamos desligar e não ia influenciar em nada a prestação de cuidados e o conforto do doente e não conseguimos, e causa stress emocional à família estar sempre a ouvir estes barulhos. E9
-------	---

Torna-se importante proporcionar à pessoa em fim de vida e família um espaço tranquilo, privado e desprovido de tecnologia e alarmes desnecessários (Monzón Marin et al., 2008). Pode haver a tendência de manter a monitorização cardíaca e oximetria de pulso, mas, por um lado, não proporciona conforto adicional à pessoa e, por outro, pode fazer com que alguns familiares estejam mais centrados nos monitores do que no seu familiar (Truog, 2008), o que vai de encontro ao achado “(...) *podíamos desligar e não ia influenciar nada a prestação de cuidados (...) e causa stress emocional à família*” (E9).

### Quadro 33 - Achados das entrevistas referentes à sobrecarga de trabalho

Categoria	Unidade de Registo
Sobrecarga de trabalho	(...) às vezes por uma questão de gestão, porque temos outros doentes que estão piores e não se consegue otimizar muito bem a gestão dos familiares, porque está muita coisa a acontecer ao mesmo tempo e às vezes a gente podia otimizar de outra maneira, mas não se consegue. Isto são casos esporádicos. E2 Claro que tem alturas em que isto está muito complicado e que as pessoas não estão tão acompanhadas como deviam e mereciam, pela carga de trabalho do próprio serviço. Mesmo as famílias, tem alturas que entram e saem e nós não damos por ela, é um bocado triste. (...) Há coisas que nós não conseguimos modificar, o excesso de trabalho por exemplo. E5 Muitas vezes estamos pressionados pelo tempo, pelo trabalho em excesso, sem dúvida nenhuma, e estamos condicionados de certa forma pelas rotinas do serviço. E8

Os SMI são cada vez mais exigentes, implicam tomada de decisão e intervenção rápida, utilização de medicação cada vez mais complexa e a execução de um elevado número de procedimentos, em função da gravidade do doente. A cultura de “salvar vidas” nos SMI pode, por vezes, estar em conflito com o alívio do sofrimento (Mularski, 2006). No estudo realizado por Xu et al. (2022), a falta de tempo associada ao facto do enfermeiro estar a prestar cuidados aos demais doentes críticos do serviço assume-se como uma barreira à prestação de cuidados de fim de vida de qualidade. Portanto, tal argumento permite compreender os relatos apresentados “(...) *por uma questão de gestão, porque temos outros doentes que estão piores*” (E2); “(...) *as pessoas não estão tão acompanhadas (...) pela carga de trabalho do próprio serviço*” (E5) e “*Muitas vezes estamos pressionados pelo tempo, pelo trabalho em excesso*” (E8). Stokes et al. (2019)



acrescentam que a falta de tempo dos enfermeiros se relacionarem com as famílias dificulta o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-família.

**Quadro 34 - Achados das entrevistas referentes à presença da família**

Categoria	Unidade de Registo
Presença da família	<p>Sei que as nossas rotinas muitas vezes são um entrave para a satisfação destas necessidades [permanecer junto do doente até à morte], porque muitas vezes os doentes podem falecer à noite e obviamente é complicado. (...) Porque estamos habituados a uma determinada rotina e tudo o que altera essa rotina, para nós deixa de ser confortável. Acho que somos uma unidade que tem muito isso em conta, mas acho que pecamos em determinadas situações. (...) estamos condicionados de certa forma pelas rotinas do serviço. E8</p> <p>Quando a família não acompanha, eu acho que é mais simples nós conseguirmos lidar com a situação, porque não estamos sob o olhar da família, não temos de gerir os cuidados à família, porque os cuidados em fim de vida também acaba por ser à família, e quando a família está ali 100% ao lado do doente acaba por ser um bocadinho difícil para gerirmos esse processo. E10</p>

A família é um importante pilar e suporte na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, no entanto, pode ser uma barreira a essa prestação de cuidados. Tal como no discurso “(...) *não estamos sob o olhar da família, não temos de gerir os cuidados à família*” (E10), o estudo realizado por Xu et al. (2022) revelou que a família pode ser um fator dificultador da prestação de cuidados. O facto de não compreenderem corretamente o risco dos tratamentos e o significado de cuidados em fim de vida faz com que defendam o uso de tratamento invasivo e promovam a obstinação terapêutica.

Além disso, para assegurar o bom funcionamento de qualquer serviço, é natural existirem normas e regras no serviço. As rotinas são uma sequência de ações que se fazem de forma praticamente automática, que procuram facilitar o nosso dia a dia. No entanto, existe o risco de se habituar “(...) *a uma determinada rotina e tudo o que altera essa rotina, para nós deixa de ser confortável*” (E8). Porém, quando se trata da pessoa em fim de vida, caso este pretenda, a flexibilidade do horário de visitas deve ser autorizada (Jensen et al., 2020).

**Quadro 35 - Achados das entrevistas referentes ao Contexto Hospitalar/Cuidados Intensivos**

Categoria	Unidade de Registo
O Contexto Hospitalar/Cuidados Intensivos	<p>Acho que um ambiente hospitalar nunca é um ambiente para se ter alguém a falecer, não é um ambiente acolhedor, porque é um ambiente desconhecido. (...) Nenhum doente devia morrer sozinho e o hospital não tem essas condições. Devíamos ter uma unidade de cuidados paliativos, mas não é possível em contexto de cuidados intensivos. (...) O doente devia ser transferido para uma unidade que tivesse possibilidade de estar alguém 24 horas, independentemente da hora, que pudesse estar um familiar a acompanhar o processo de morte até ela acontecer. Isto em quadro de intensivos é quase utopia, não é? E2</p>

	Muitas vezes nós, enfermeiros, fugimos a esta temática (...) porque estando numa UCI preocupamo-nos mais com a situação aguda, de tirar o doente daqui enquanto há alguma expectativa de sobrevida e não com um final de vida. E10
--	--

“Os progressos na área da reanimação e do intensivismo médico conduziram à hospitalização da morte” (Moura, 2011, p. 155). Habitualmente, os hospitais não estão preparados para lidar com a morte e o doente terminal, existindo uma luta contínua e crescente contra a morte, convicção por parte de todos os envolvidos que se devem utilizar todas as terapêuticas e meios possíveis para a conservação da vida. Desta forma, corre-se o risco de cair em situações de obstinação terapêutica, prolongando o sofrimento e agonia (Moura, 2011). Como tal, “numa UCI preocupamo-nos mais com a situação aguda, de tirar o doente daqui enquanto há alguma expectativa de sobrevida e não com um final de vida” (E10). Este achado vai de encontro ao referido por Velarde-Garcia et al. (2017) ao referirem que os SMI estão habitualmente orientados para a cura e recuperação dos doentes e não para garantir cuidados em fim de vida, sendo considerado “(...) quase utopia” (E2).

**Quadro 36 - Achados das entrevistas referentes ao estado de consciência da pessoa**

Categoria: Gestão emocional dos profissionais de saúde	
Subcategoria	Unidade de Registo
Estado de consciência da pessoa	<p>Confesso que quando tive pela primeira vez uma doente que estava acordada, e que sabia que o fim dela estava ali e que (...) com a toda a tranquilidade diz: “estou perfeitamente confortável com isto”, e pede para chamar a família (...) eu saí, pedi uma colega que assumisse a doente e que consegui ajudar em todas as necessidades que é literalmente falar sobre o assunto (...) e aquilo para mim, até hoje, ficou-me... é egoísmo (...) Os doentes não precisam de estar a dormir para falecer em paz, podem estar acordados e falecer em paz. E1</p> <p>Recentemente tive uma situação que me marcou muito porque o doente estava acordado, estava consciente e foi-lhe transmitida essa informação. E5</p> <p>(...) quando foi para o extubar ele foi envolvido, foi falado com ele, se surtir efeito surte, senão não seria reintubado. Mas custou muito à equipa que estava com ele, custou muito à família, mas morreu em paz. (...) Não é pelo facto de tirar o ventilador que ele vai morrer, vai morrer porque a gente não tem mais nada para oferecer. Ninguém vai matar ninguém, não vamos é escalar tratamentos simplesmente. Devíamos estar todos no mesmo patamar de conhecimento. E7</p> <p>Se me pedires a mim, com o meu tempo de experiência, para dizer aquela pessoa, consciente, que te olha nos olhos, vou ter imensa dificuldade em dizer “não conseguimos fazer mais nada por si, vai morrer, quer fazer mais alguma coisa?”. Isto são os nossos medos, são os nossos receios. E8</p>

A frequente proximidade com a vulnerabilidade humana, com o sofrimento, com o morrer e com a morte, realidade inevitável na profissão, pode desencadear sofrimento acrescido aos profissionais de saúde, o que exige uma atenção cuidada à forma como gerem o stress. Destes profissionais, os enfermeiros são aqueles que passam mais

tempo em contacto com os doentes, daí que seja provável que sejam constantemente confrontados com múltiplos fatores de stress, cuja repetição consecutiva contribui para o desenvolvimento do *burnout* (Salazar et al., 2017). Pelos discursos apresentados no quadro 36, constata-se a dificuldade sentida pelos enfermeiros em cuidar pessoas em fim de vida conscientes: “quando tive pela primeira vez uma doente que estava acordada (...) eu saí, pedi uma colega que assumisse a doente” (E1); “tive uma situação que me marcou muito porque o doente estava acordado, estava consciente” (E5); “Mas custou, custou muito à equipa que estava com ele” (E7); “Se me pedires a mim, com o meu tempo de experiência, para dizer aquela pessoa, consciente, que te olha nos olhos, vou ter imensa dificuldade” (E8). Todavia, um “aspecto importante é não deixar que nós, cuidadores, morramos para os doentes por não sabermos dar resposta e não sabermos acolher o seu sofrimento e o seu processo de morte” (Abejas & Duarte, 2021, p. 25).

**Quadro 37 - Achados das entrevistas referentes à idade da pessoa em fim de vida**

Categoria: Gestão emocional dos profissionais de saúde	
Subcategoria	Unidade de Registo
Idade da pessoa em fim de vida	<p>Se são pessoas jovens, a família nunca vai estar confortável com essa situação, portanto dificulta sempre. E1</p> <p>Quando são pais parece que a aceitação é melhor. A nossa cultura diz que o pai tem que morrer primeiro que os filhos. Mas quando são filhos, e já tivemos situações, que mexeu com tudo, com a equipa, com toda a gente. E6</p> <p>Influencia a idade, influencia as patologias de base, mas essencialmente a idade. (...) E ter uma pessoa mais nova e não termos solução é mais frustrante. E8</p> <p>Depende também um bocadinho do doente com quem estejamos a lidar, nos doentes com uma faixa etária mais avançada acaba por ser mais fácil porque é uma situação mais natural, quando são pessoas mais novas aí é mais complexo porque é contranatura, um pai que está a ver um filho num processo de final de vida é sempre mais complexo. E10</p>

Na perspetiva de Abejas e Duarte (2021) “haverá dor maior do que assistir ao sofrimento de um filho e sentir-se completamente impotente?” (p.120). Esta responsabilidade de seguir doentes complexos, decidir como cuidar e, frequentemente, aceitar que não é possível curar, coloca os profissionais de saúde mais expostos, ficando visível a sua própria vulnerabilidade como nos relata o Enfermeiro E8 “ter uma pessoa mais nova e não termos solução é mais frustrante”. Abiven (2001) refere que o sofrimento dos profissionais de saúde está também ligado à identificação com o doente, tanto mais difícil de evitar sendo de idade próxima ou ainda jovem. Salazar et al. (2017) acrescenta que o envolvimento de pessoas novas demais pode constituir uma rutura importante na saúde destes profissionais. Portanto, tais argumentos fundamentam os achados das entrevistas: “a nossa cultura diz que o pai tem que morrer primeiro que os filhos” (E6),

“influencia a idade” (E8) e “quando são pessoas mais novas aí é um bocadinho mais complexo porque é contranatura” (E10).

**Quadro 38 - Achados das entrevistas referentes ao tempo de internamento**

Categoria: Gestão emocional dos profissionais de saúde	
Subcategoria	Unidade de Registo
Tempo de internamento	<p>Às vezes são doentes que estão aqui há um tempo e com quem até se tem alguma ligação e não é fácil, não é de ânimo leve. (...) Entende-se que sejamos mais emotivos porque somos nós que estamos com o doente todos os dias, tratamos deles, falamos com eles, com as famílias. E1</p> <p>Em doentes com internamentos prolongados acaba por ser ainda mais difícil, (...) quando estão cá há muito tempo, há sempre uma componente sentimental associada aos profissionais de saúde com aquele doente, é um bocadinho mais difícil de gerir. E10</p>

Cuidar da pessoa em fim de vida e lidar com o sofrimento humano envolve intensas vivências emocionais, “que devem ser devidamente enquadradas para evitar exaustão ou até alguma desumanização e menor qualidade assistencial, que, por necessidade de proteção do profissional, isso possa acarretar” (Neto, 2020, p. 65). Alguns profissionais encontram pontos em comum com a sua própria situação ou a dos seus próximos, podendo ter dificuldade em se distanciar devidamente para cuidar com objetividade, como se pode observar neste discurso “*são doentes que estão aqui há muito tempo e com quem até se tem alguma ligação, não é fácil*” (E1). Portanto, é desejável encontrar o equilíbrio, evitar o sobredistanciamento, com frieza e desumanização, e a proximidade excessiva, que retira objetividade à capacidade de decisão (Neto, 2020). Naturalmente que o aumento do tempo de internamento pode levar a uma proximidade excessiva com o doente e a família, dificultando o discernimento e objetividade no cuidar, conforme relato do entrevistado E10 “*em doentes que temos aqui com internamentos prolongados acaba por ser ainda mais difícil*”.

**Quadro 39 - Achados das entrevistas referentes ao conhecimento sobre CP**

Categoria	Unidade de Registo
Conhecimento sobre CP	<p>Os cuidados de fim de vida, se forem bem prestados, não é finalizar nada, é sinal que estamos a prestar bons cuidados (...) As pessoas perceberem estes conceitos porque acho que está uma grande confusão na cabeça de algumas pessoas. (E7)</p> <p>Falta um bocadinho distinguir entre paliativos ou desistência de tratamento, acho que há aqui umas lacunas, em perceber o que é que realmente se está a fazer ao doente. Se estamos a desistir de tratamento, ou se estamos a dar conforto, ou se devia ir para paliativos. E9</p>

Segundo Velarde-Garcia et al. (2017), a formação recebida pelos enfermeiros nos SMI está centrada no tratamento curativo e na sobrevivência dos doentes, não havendo extensão dos cuidados à pessoa em fim de vida e família. Além disso, os mesmos autores referem que, em alguns estudos, os enfermeiros não sabem distinguir cuidados orientados para a cura e paliativo. O não entenderem o cuidado como um processo contínuo e dinâmico, do qual a morte faz parte, gera “*uma grande confusão na cabeça de algumas pessoas*” (E7) e faz com que não consigam “*perceber o que é que realmente se está a fazer ao doente*” (E9). Portanto, “a implementação desta filosofia do cuidar exige que os profissionais tenham formação e treino especializado e que todas as intervenções sejam eco de um trabalho em equipa integrado, cujo doente e família são o centro dos cuidados” (Capelas et al., 2017b, p. 44).

#### 6.4. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA

Da análise dos discursos dos entrevistados definiram-se quatro categorias e três subcategorias relativos a esta área temática, que se encontram no quadro 40.

**Quadro 40 - Área Temática: Contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família**

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família	Envolvimento de psicólogos na equipa	
	Consulta de <i>follow-up</i>	
	Formação em serviço	Comunicação na equipa e com a família
		Cuidados Paliativos
		Gestão da analgesia
	Horário de visitas ilimitado	

As unidades de registo que integram estas categorias e subcategorias encontram-se descritas nos seguintes quadros (do quadro 41 ao quadro 46):

**Quadro 41 - Achados das entrevistas referentes ao Envolvimento de psicólogos na equipa**

Categoria	Unidade de Registo
Envolvimento de psicólogos na equipa	Eu não sei se no meio disto tudo o apoio psicológico não possa ser dado por outro profissional de saúde... se é só uma questão de apoio psicológico porque é que um psicólogo não estaria presente nestas situações? E2

	Devia fazer parte da equipa de cuidados intensivos um psicólogo. E6
--	---

As equipas de CP têm na sua constituição nuclear um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo (Salazar et al., 2017). O psicólogo, em contexto de CP, é importante perante os doentes e família, permitindo uma clarificação na compreensão global das situações e perante os prestadores de cuidados (Abiven, 2001), daí que o enfermeiro E6 refira que *“devia fazer parte da equipa de cuidados intensivos um psicólogo”*.

O psicólogo integrado numa equipa de CP deve reconhecer que a sua intervenção é extremamente relevante e tem uma especificidade relacionada com a grande probabilidade de acompanhar vários elementos da mesma família (Salazar et al., 2017). A intervenção dos psicólogos passa pela avaliação das expectativas dos familiares, paralelamente avaliar o grau de exaustão familiar sentido por cada um dos elementos. Além disso, a sua intervenção é importante na avaliação de sentimentos como o medo e culpa, dinâmicas familiares e promoção do diálogo intrafamiliar, proporcionar despedida do familiar doente de forma a que a reconstrução de significados possa acontecer, promovendo a aceitação (Salazar et al., 2017). Portanto, na perspetiva de um dos entrevistados *“porque é que um psicólogo não estaria presente nestas situações?”* (E6).

**Quadro 42 - Achados das entrevistas referentes à consulta de *follow-up***

Categoria	Unidade de Registo
Consulta de <i>follow-up</i>	<p>Eu acho que depois devia estar alguém que desse seguimento a essa família caso eles necessitassem. A pessoa acaba por falecer e há um corte, acabou, não sabemos o que aconteceu à família. (E6)</p> <p>Nos doentes que falecem cá, acho fundamental o acompanhamento dessas famílias, porque segundo a bibliografia há muitas sequelas não só mentais. (...) Muitas vezes a pessoa que falece é o sustento da família, portanto em termos sociais causa repercussões, as famílias vêm para cá diariamente durante muito tempo, em termos emocionais causa repercussões e também em termos económicos (...) devemos reportar essas situações (...) mas pelo menos encaminhar para a comunidade, para os centros de saúde. (E8)</p>

Tal como foi referido anteriormente, o modelo integrado de cuidados paliativos não cessa com a morte do doente, culminando no apoio no luto à família (Gómez-Batiste & Connor, 2017). Desta forma, após a morte do doente deve haver um acompanhamento da família, como nos referem os entrevistados *“depois devia estar alguém que desse seguimento a essa família”* (E6) e *“acho fundamental o acompanhamento dessas famílias”* (E8). Aliás, o acompanhamento do luto após a morte do familiar no SMI reduz

o luto prolongado e o risco de sofrer de stress pós-traumático, pelo que muitos SMI apresentam um programa de acompanhamento das famílias através de consultas de *follow-up* (Jensen et al., 2020).

**Quadro 43 - Achados das entrevistas referentes à comunicação na equipa e com a família**

Categoria: Formação	
Subcategoria	Unidade de Registo
Comunicação na equipa e com a família	Diálogo, apoio, às vezes não falar, ficar ali, só... que acho que nós, enfermeiros, por uma questão cultural ou de formação, não temos por perfil fazer isso... deixámo-los sozinhos, afastámo-nos. E6 Falar sobre este tema com os médicos e debater estes assuntos, se calhar falta-nos um bocadinho isso. (...) Mas para isso tem que se puxar o tema e trazer à discussão para a equipa, acho que é o essencial. E10

A comunicação eficaz na equipa é um aspeto-chave na transição do tratamento curativo para os cuidados em fim de vida (Jensen, Manias & Nicholson, 2017). *“Falar sobre este tema com os médicos e debater estes assuntos”* (E10) permite trabalhar em ambiente colaborativo e tomar decisões de forma compartilhada, essencial para a prestação de CP.

**Quadro 44 - Achados das entrevistas referentes aos Cuidados Paliativos**

Categoria: Formação	
Subcategoria	Unidade de Registo
Cuidados Paliativos	A formação nessa área é essencial. (...) como é que se combate isso? Realmente é com formação. (E4) A formação é importante, por acaso já houve uma altura em que se falou muito deste tema e haver alguma formação nesta área, se calhar sim. (E5) Mais formação, que toda a gente percebesse bem o que são cuidados de fim de vida. (E7) Nós lidamos mal com a morte, e acho que devíamos ter mais formação a esse nível. (E8) Fazia falta à unidade ter formação nesse aspeto para unir um bocadinho os conceitos, as ideias de toda a equipa. E9 Formação, acho que é indiscutível as pessoas falarem abertamente acerca disto, das medidas que se devem instituir, terapêuticas, não terapêuticas (...) e acho que é uma coisa que não discutimos nem se fala assim tanto quanto isso. E10

É defendido que os profissionais de saúde tenham formação específica contínua sobre intervenção em cuidados paliativos para que possam responder adequadamente às necessidades das pessoas em fim de vida e família (Abejas & Duarte, 2021). De facto, “qualquer membro da equipa, independentemente da sua categoria profissional, responsabilidade ou competência técnica, não está preparado para o trabalho de equipa, a não ser que tenha formação para isso” (Salazar et al., 2017, p. XVI). Segundo

o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, a abordagem paliativa é universal a todos os profissionais, seja ela básica ou generalista, o que implica que tenham, pelo menos, o nível de formação básico nesta área (nível A) (Silva et al., 2021). A formação em CP é um fator determinante para desenvolver habilidades comunicacionais e de gestão emocional (Velarde-Garcia et al., 2017). A fundamentação apresentada vai de encontro a todos os achados das entrevistas expostos, como por exemplo no discurso dos enfermeiros E7 “*Mais formação, que toda a gente percebesse bem o que são cuidados de fim de vida*” e E10 “*Formação, acho que é indiscutível as pessoas falarem abertamente acerca disto, das medidas que se devem instituir*”.

**Quadro 45 - Achados das entrevistas referentes à gestão da analgesia**

Categoria: Formação	
Subcategoria	Unidade de Registo
Gestão da analgesia	Protocolos estabelecidos de analgesia, de controlo da dor acho que é fundamental. (E4) Começa a estar melhor, mas mesmo assim, trabalho há 25 anos e continuo a achar que não temos protocolos eficazes de analgesia, acho que isso era mais do que prioritário. (E7)

A dor é um sintoma complexo e subjetivo, e só com uma abordagem da “dor total”, segundo Cicely Saunders, que tenha em consideração a dor física, psicológica, social e espiritual, se consegue melhorar a qualidade de vida e prevenir o sofrimento dos doentes e respetivas famílias (Abejas & Duarte, 2021), daí que a gestão da analgesia seja considerada pelo Enfermeiro E7 como sendo “*(...) mais do que prioritário*”.

A OMS desenvolveu em 1986 a Escada Analgésica (revista em 1996), referência para o tratamento farmacológico da dor, servindo de guia para o início e intensificação da terapêutica, bem como de “*protocolos estabelecidos de analgesia*” (E4). Como tal, exige conhecimento e formação na área, bem como na utilização de terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor, pois são seguras para o doente e tem potencial de contribuir para a redução da dor e melhorar a funcionalidade e bem-estar da pessoa (Abejas & Duarte, 2021).

**Quadro 46 - Achados das entrevistas referentes ao horário de visitas ilimitado**

Categoria	Unidade de Registo
Horário de visitas ilimitado	As visitas serem mais alargadas, permitir que os familiares estejam cá nos <i>timings</i> ... se morrer durante a noite, são poucos os que permanecem à beira do doente. Mas acho que se as famílias verbalizarem vontade nós não as iríamos impedir, mas muitas vezes as famílias não querem. (E3)



	<p>Acho que está mais do que na hora do hospital abrir a visita como nós tínhamos, que éramos das unidades que tinham uma visita mais longa até do que o resto do hospital. (E7)</p> <p>Já houve situações em que as pessoas manifestaram vontade de ficar até ao fim e não lhes foi permitido. (...) Os serviços têm que funcionar tendo em conta as necessidades das pessoas que tratamos como para os familiares e não geridos em função das necessidades dos profissionais de saúde. E8</p>
--	---

O livre acesso durante dia e noite para os familiares e amigos mais próximos, caso o doente em fim de vida assim o queira, é o ideal (Jensen et al., 2020). Como tal, “os serviços têm que funcionar tendo em conta as necessidades das pessoas” (E8), permitir que os familiares estejam presentes independentemente do horário. Como expressa o Enfermeiro E7, “*está mais do que na hora*” rever esta situação.

Em suma, pelos achados das entrevistas foi possível conhecer a opinião dos enfermeiros no que se refere aos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida e família em contexto de cuidados intensivos, bem como identificar os fatores facilitadores e dificultadores da sua intervenção, e ainda as sugestões de melhoria no atendimento à pessoa em fim de vida e família.

## 7. CONCLUSÃO

Neste último capítulo pretende-se apresentar as conclusões do trabalho de investigação realizado tendo como base os objetivos definidos, as limitações do estudo, as sugestões de melhoria e de desenvolvimentos futuros.

Assente no objetivo do estudo e na fundamentação teórica, conseguiu-se, através dos resultados obtidos, conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP sobre os cuidados prestados à pessoa em fim de vida nas várias perspetivas propostas.

Pode-se concluir que os enfermeiros consideram a prestação de cuidados de conforto como primordial e prioritária na sua prática profissional. Contudo, parece haver uma visão um pouco redutora deste conceito, mais focada na sua dimensão física e no alívio dos sintomas. Consideram também como intervenções de enfermagem o respeito da vontade da pessoa, baseado no respeito do princípio ético da autonomia. Além disso, valorizam a presença da família e o seu papel como facilitador na prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida.

Os participantes do estudo identificaram vários aspetos facilitadores da intervenção de enfermagem face à pessoa em fim de vida, que vão de encontro aos pilares fundamentais dos CP. Um desses aspetos prende-se com a interação com a família, detetar os seus problemas, satisfazer as suas necessidades, bem como na mobilização de competências, no sentido de as ajudar a lidar com as várias perdas que ocorrem, antes e depois da morte do seu ente querido; trabalho em equipa interdisciplinar, ter uma equipa coesa, cujas decisões são tomadas em equipa de forma a responder às múltiplas necessidades dos doentes e seus familiares; por fim, um dos pilares dos CP é transversal a todos os anteriores: comunicação eficaz entre os diferentes elementos da equipa e desta com a pessoa em fim de vida e família. Acrescentam também a experiência profissional como fundamental na intervenção técnica e humanizada dos cuidados à pessoa em fim de vida, pois permite-lhes ter um espírito crítico e capacidade de avaliação mais apurado do que no início do exercício profissional.

Como aspetos dificultadores da prestação de cuidados face à pessoa em fim de vida referidos destaca-se a dificuldade na tomada de decisão, a dimensão psicológica/emocional dos cuidados e o SMI como local inadequado para prestar cuidados à pessoa em fim de vida. Relativamente à dificuldade na tomada de decisão, é importante ultrapassar a noção dicotómica de que, uma vez esgotadas as terapêuticas de índole curativa, o chamado período de “investimento”, se inicia o recurso aos CP.

Comprovada que está a importância dos CP na humanização dos cuidados e no evitamento do sofrimento desnecessário, é importante uma referenciação atempada e precoce para este tipo de cuidados, sem que isso coloque em causa o contributo simultâneo de outras especialidades.

Quanto à dimensão psicológica/emocional dos cuidados, constatou-se que falar sobre a morte continua a ser assunto tabu entre os enfermeiros, apesar da sua inevitabilidade. A sensação de impotência e a não aceitação que nem sempre é possível curar, aliado à falta de conhecimento sobre CP, faz com que os enfermeiros possam apresentar comportamentos de distanciamento e despersonalização. Não obstante, as vivências emocionais intensas resultantes do cuidar em fim de vida e lidar com o sofrimento humano são influenciadas pelos seguintes fatores identificados pelos enfermeiros: nível de consciência da pessoa em fim de vida, a sua idade e o tempo de internamento.

Por fim, os achados destacam que os enfermeiros apresentam opiniões divergentes quanto à possibilidade de prestar cuidados à pessoa em fim de vida no SMIP. Alguns enfermeiros defendem ser inapropriado, baseado na existência de um modelo de cuidar biomédico, pautado pela supremacia do cuidar da pessoa com possibilidade de cura em detrimento de cuidar da pessoa em fim de vida, pela falta de interesse pelos cuidados em fim de vida, condições estruturais inadequadas para satisfazer as necessidades preconizadas pelos CP, bem como a falta de conhecimento e formação nesta área.

Apesar das dificuldades sentidas, deparei-me com uma equipa motivada, sensível e desperta à mudança e melhoria dos cuidados. Consideram a formação em CP uma necessidade sentida e um fator potenciador da dignidade em fim de vida. Além disso, referem como sugestão de melhoria a inclusão do psicólogo na equipa interdisciplinar do SMIP, haver um maior envolvimento dos familiares nos cuidados, possibilitando a sua presença 24 horas por dia, acompanhamento dos familiares através das CFU, reconhecendo a importância de prevenir o luto prolongado e, não menos importante, promover uma comunicação eficaz na equipa, ferramenta essencial no cuidar.

Todavia, o presente estudo apresenta limitações, desde logo, o tempo limitado para a sua realização, fruto da articulação da atividade profissional com o prazo para a conclusão do estudo. A inexperiência do investigador relativamente ao referencial metodológico, nomeadamente na condução das entrevistas, exploração de pontos-chave e na análise das mesmas, tendo sido a etapa mais demorada e desafiadora. Por fim, tratando-se de um estudo de natureza qualitativa com recurso a entrevista semiestruturada, e o número de participantes reduzido, as conclusões alcançadas não podem ser extrapoladas para a generalidade. Esta limitação não invalida a importância

deste trabalho e a sua riqueza no estudo do fenómeno em causa, pois permitiu o aprofundar e partilha de experiências e vivências dos enfermeiros.

O desenvolvimento deste trabalho foi um desafio deveras estimulante, pois permitiu aprofundar conhecimentos na área dos cuidados de enfermagem em fim de vida em contexto de cuidados intensivos e proporcionou momentos de reflexão que certamente serão importantes na minha prática profissional. Espero que tenha sido lançado o mote dos cuidados em fim de vida no contexto do SMIP, demonstrando que estes devem fazer parte integrante da prestação de cuidados à PSC.

Efetuada o diagnóstico de situação, considera-se de fundamental importância a promoção de formação em serviço, em particular na clarificação de conceitos em fim de vida e em técnicas de comunicação corretas que fazem parte das ferramentas dos CP. Sugere-se, pois, a inclusão desta temática nas formações em serviço e que seja dirigida também à equipa interdisciplinar. Além disso, existem diferentes formações nesta área que possibilitam alcançar o nível básico necessário para uma abordagem paliativa, tal como sugerido pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos no plano estratégico para o desenvolvimento dos CP. A título de exemplo, é ministrada pela OE um curso básico de CP acessível a todos os enfermeiros.

Sugere-se também, como implicação futura, a necessidade da mudança do cuidar, apostando num modelo integrado de CP, sustentado no trabalho interdisciplinar e na construção da tomada de decisão em conjunto com a pessoa em fim de vida e família. Esta mudança implica também uma total abertura do SMIP à família da pessoa em fim de vida, valorizando a sua presença, interação com o seu familiar e papel relevante na diminuição do sofrimento quer da pessoa em fim de vida, quer do próprio familiar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de Enfermagem à PSC no SMI são cada vez mais exigentes e desafiadores, requerendo um corpo de conhecimentos e competências altamente diferenciadoras. Naturalmente, emerge a necessidade de diferenciação e especialização, de modo a assegurar a prestação de cuidados de qualidade.

O cumprimento da componente de ENP possibilitou a tomada de consciência da importância do EE no seio da equipa. A procura constante da evidência mais recente que fundamenta a prática, a atualização de conhecimentos contínua e o pensamento crítico reflexivo são atributos que destacam os EE e os tornam referências perante o grupo de pares e restantes profissionais de saúde.

A realização do estágio num contexto semelhante ao da minha prática clínica revelou-se desafiante e enriquecedor. Esta oportunidade permitiu desenvolver a capacidade de adaptação, autonomia, criatividade e comparar diferentes práticas em contextos semelhantes, mobilizando conhecimentos e utilizando um pensamento crítico-reflexivo. Como resultado, foram identificadas áreas suscetíveis de melhoria, concebidas e implementadas novas dinâmicas de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados.

A componente de investigação é, sem dúvida, de enorme importância para o desenvolvimento da Enfermagem quer como disciplina, quer como profissão. Esta deve, cada vez mais, fazer parte do dia a dia dos enfermeiros, sobretudo do EE, a quem é reconhecida competência pela dinamização e promoção da investigação em Enfermagem. A aquisição de competências no processo metodológico e interpretativo permitiu ultrapassar as dificuldades sentidas e evoluir na produção científica, particularmente dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família. Sugere-se que o trabalho de investigação realizado sirva de ponto de partida para o desenvolvimento de novos trabalhos neste âmbito pelo serviço onde decorreu o estágio.

Considera-se que a realização do estágio permitiu o cumprimento dos objetivos delineados no início deste percurso, refletido na apropriação de novos conhecimentos, no desenvolvimento de novas aprendizagens e competências, no aperfeiçoar do juízo crítico e na segurança na tomada de decisão baseada na evidência científica.

Não foi um percurso fácil, exigiu uma grande dedicação e empenho, perseverança e método de trabalho na execução de todas as atividades propostas. Mas foi deveras enriquecedor, possibilitou o incremento e apropriação de competências pessoais e

interpessoais, técnicas e científicas no âmbito das competências comuns e específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC. Tornou-me um enfermeiro mais capaz, mais crítico, mais rigoroso, mas, acima de tudo, um melhor enfermeiro na minha prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejas, A., & Duarte, C. (2021). *Humanização em cuidados paliativos*. Lidel.
- Abiven, M. (2001). *Para uma Morte mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. (2ª.ed.). Lusociência.
- Azoulay, E., Vincent, J.L., Angus, D.C., Arabi, Y.M., Brochard, L., Brett, S.J., ... & Herridge, M. (2017). Recovery after critical illness: putting the puzzle together – a consensus of 29. *Critical care*, 21(1):296, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1887-7>
- Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2016). Oxford Handbook of Critical Care Nursing (2ªed.). Oxford University Press. <http://10.6.20.12:80/handle/123456789/67448>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benbenishty, J., Keyser Ganz, F., Anstey, M.H., Barbosa-Camacho, F.J., Bocci, M.G., Cizmeci, E.A., Dybwik, K., Ingels, C., Lautrete, A., Miranda-Ackerman, R.C., Estebanez-Montiel, B., Plowright, C., Rico, B., Robertsen, A. & Sprung, C.L. (2022). Changes in intensive care unit nurse involvement in end of life decision making between 1999 and 2016: Descriptive comparative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103138>.
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1346>
- Brooks, L.A., Manias, E. & Nicholson, P. (2017). Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 26 (4), 336-341. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>.
- Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., Ferreira, C. & Torres, S. (2017a). *O Direito à Dignidade: Serviços de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Capelas, M., Coelho, S., Silva, S. & Ferreira, C. (2017b). *Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (2022a). *Portal do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*. <http://www.chedv.min-saude.pt/instituicao/>
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (2022b). *BICU*. Acessível no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga.

Chick, A. & Wynne, A. (2020). Introducing an oral care assessment tool with advanced cleaning products into a high-risk clinical setting. *British Journal of Nursing*, 29(5), 290-296. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.290>.

Clarke, E.B., Luce, J.M., Curtis, J.R., Danis, M., Levy, M., Nelson, J. & Solomon, M.Z. (2004). A Content Analysis of Forms, Guidelines, and Other Materials Documenting End-of-Life Care in Intensive Care Units. *Journal of Critical Care*, 19(2), 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.crc.2004.05.001>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Coelho, P., Silva, A.C.R., Costa, T. & Capelas, M.L. (2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*, 36-42. [https://www.researchgate.net/publication/279191644\\_Dos\\_intensivos\\_aos\\_paliativos\\_Revisao\\_integrativa\\_da\\_vivencia\\_de\\_um\\_caso](https://www.researchgate.net/publication/279191644_Dos_intensivos_aos_paliativos_Revisao_integrativa_da_vivencia_de_um_caso)

Collins, T., Plowright, C., Gibson, V., Stayt, L., Clarke, S., Caisley, J., Watkins, C.H., Hodges, E., Leaver, G., Leyland, S., McCready, P., Millin, S., Platten, J., Scallon, M., Tipene, P. & Wilcox, G. (2020). British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical units. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 224-233. <https://doi.org/10.1111/nicc.12570>

Deschepper, M., Waegeman, W., Eeckloo, K., Vogelaers, D. & Blot, S. (2018). Effects of chlorhexidine gluconate oral care on hospital mortality: a hospital-wide, observational cohort study. *Intensive Care Med*, 44, 1017-1026. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5171-3>

Eaton, T. L., McPeake, J., Rogan, J., Johnson, A. & Boehm, L. M. (2019). Caring for survivors of critical illness: current practices and the role of the nurse in intensive care unit aftercare. *American Journal of Critical Care*, 28(6), 481-485. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019885>

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica*. (3ª ed.). Instituto Piaget.

Frykholm, P., Pikwer, A., Hammarskjöld, F., Larsson, A., Lindgren, S., Lindwall, R., Taxbro, K., Oberg, F., Acosta & S. Akeson, J. (2014). Clinical guidelines on central venous catheterisation. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*, 58, 508-524. <https://doi.org/10.1111/aas.12295>.



Geense, W.W., Zegers, M., Peters, M.A., Ewalds, E., Simons, K.S., Vermeulen, H., ... & Van Den Boogaard, M. (2021). New physical, mental, and cognitive problems 1 year after ICU admission: a prospective multicenter study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 203(12), 1512-1521. <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3381OC>

Godinho, J., Luiz, L., Costa, M & e Pontes, A. (2018). Processo de comunicação como instrumento de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 22(2), 110-117.

[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180411\\_110138.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180411_110138.pdf)

Gómez-Batiste, X. & Connor, S. (2017). *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Chair of Palliative Care WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes Worldwide Hospice Palliative Care Alliance “la Caixa” Banking Foundation.

[https://www.researchgate.net/profile/Xavier-Gomez-Batiste/publication/317258932\\_Building\\_integrated\\_Palliative\\_Care\\_Programs\\_and\\_Services/links/592e960f0f7e9beee73d899e/Building-integrated-Palliative-Care-Programs-and-Services.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Xavier-Gomez-Batiste/publication/317258932_Building_integrated_Palliative_Care_Programs_and_Services/links/592e960f0f7e9beee73d899e/Building-integrated-Palliative-Care-Programs-and-Services.pdf)

Hernández Sampieri, R., Hernández-Collado, C. & Lucio, P.B. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). McGraw.Hill Interamericana editores.

Hill, A.D., Fowler, R.A., Pinto, R., Herridge, M.S., Cuthbertson, B.H. & Scales, D.C. (2016). Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness – a population based study. *Critical Care*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1248-y>.

Jensen, H.I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., Lind, R. (2020). Practice recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 40(3). <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>

Jensen, H.I., Ammentorp, J., Erlandsen, M., Ørding, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Med*, 37:1696–1705.

<https://doi.org/10.1007/s00134-011-2345-7>

Kim, J., Yun, H.Y., Kim, E.J., Kim, H., Kim, G.H., Kim, S.H., Jayoung, K., Park, J.Y., Park, A., Han, E., Kim, S.Y., Jeong, J. & Kim, S. (2022). Development of an End-of-Life Nursing Care Protocol for Intensive Care Units. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(4), 159-165. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000872>

Kolcaba, C. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Lei nº 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. 1ª Série, nº 172 (2012-09-05), pp. 5119-5124. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei nº 65/2018. Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República. 1ª Série, nº 157 (2018-08-16), pp. 4147-4182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

López-Briz, E., Ruiz Garcia, V., Cabello, J., Bort-Martí, S., Carbonell Sanchis, R. & Burls, A. (2018). Heparin versus 0.9% sodium chloride locking for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008462.pub3>.

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer publishing company.

Mikkelsen, M. E., Hopkins, R.O. & Sevin, C.M. ([2020]). Post-Intensive Care Syndrome (PICS) and Strategies to Mitigate PICS. *Society of Critical Care Medicine*. [https://www.sccm.org/getattachment/96fe1c5b-89ab-4971-9ee3-8a654841fca6/Post%E2%80%93Intensive-Care-Syndrome-\(PICS\)-and-Strategies](https://www.sccm.org/getattachment/96fe1c5b-89ab-4971-9ee3-8a654841fca6/Post%E2%80%93Intensive-Care-Syndrome-(PICS)-and-Strategies)

Mirel, M. & Hartjes, T. (2013). Bringing Palliative Care to the Surgical Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 33(1), 71-74. <https://doi.org/10.4037/ccn2013124>.

Monzón Marin, J.L., Saralegui Reta, I., Abizanda Campos, R., Cabré Pericas, L., Iribarren Diarasarri, S., Martín Delgado, M.C., Martínez Urionabarrenetxea, K., Solsona, J.F., Baigorri, F., Rodríguez, A., Campos, J.M., Masnou, N., Miguel, E. de, Nolla, E., Quintana, S., López, V., Manzano, A., Ortega, S., Saldaña, ... Guardiola, F. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32(3), 121-133. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70922-7](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70922-7).

Moura, C. (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Coisas de Ler.

Mularski, R. A. (2006). Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(11). <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000241067.84361.46>

Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos – Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Neves, M.C.P. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Gráfica de Coimbra, Centro de Estudos de Bioética Pólo Açores.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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. Ordem dos Enfermeiros - Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer n.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer n.º 114/2021. Avaliação Sistemática da Dor. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114\\_avalia%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avalia%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf)

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos: Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Pachchigar, R., Blackwell, N., Webb, L., Francis, K., Pahor, K., Thompson, A., Cornmell, G., Anstey, C., Ziegenfuss, M. & Shekar, K. (2022). Development and implementation of a clinical information systembased protocol to improve nurse satisfaction of end-of-life care in a single intensive care unit. *Australian Critical Care*, 35(3), 273-278. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.05.003>

Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S. & Wesley Ely, E. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/cc8999>

Pereira, B., Freitas, L., Gonçalves, A., Santos, R. & Vilela, S. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 23(53), 230-238. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>

Pinho, J.A., Carneiro, H. & Alves, F. ([2012]). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2003a). Circular Normativa n.º 9/DGCG. 14/06/2003: A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor%20como%205%20sinal%20vital%20-2003.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde (2003b). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Direção Geral da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2005). Programa nacional de cuidados paliativos. Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2017). Programa de Prevenção de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção Geral da Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Direção Geral da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2020). Norma n.º 017/2020, de 25/09/2020. Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/i026689.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde (2022a). Norma n.º 021/2015, de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde (2022b). Norma Clínica n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Catéter Vascular Central. Direção Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde (2022c). Portal do SNS24: Testamento Vital. <https://www.sns24.gov.pt/servico/registar-testamento-vital/>

Radwin, L.E., Ananian, L., Cabral, H.J., Keeley, A. & Currier, P.F. (2011). Effects of a patient/family-centered practice change on the quality and cost of intensive care: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 215-225. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05448.x>

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área da 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 II série, n.º 135 (16-07-2018), pp. 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019), pp. 4744-450. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750>.

Robinson, C. C., Rosa, R. G., Kochhann, R., Schneider, D., Sganzerla, D., Dietrich, C., ... & Teixeira, C. (2019). Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30, 405-413. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>

Rodríguez-Huerta, M.D., Álvarez-Pol, M., Fernández-Catalán, R., Fernández-Vadillo, R., Martín-Rodríguez, M., Quicios-Dorado, B. & Díez-Fernández, A. (2019). An informative nursing intervention for families of patients admitted to the intensive care unit regarding the satisfaction of their needs: The INFOUCI study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 55, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102755>

Safarabadi, M., Ghaznavi-Rad, E., Pakniyat, A., Rezaie, K. & Jadidi, A. (2017). Comparing the Effect of Echinacea and Chlorhexidine Mouthwash on the Microbial Flora of Intubated Patients Admitted to the Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(6), 481-485. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_92\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_92_16).

Salazar, H., Correia, A., Bernardo, A., Rodrigues, C., Carqueja, E., Duarte, J., Moura, M.J., Cunha, M.V. & Pinto, P. (2017). *Intervenção psicológica em cuidados paliativos*. Factor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Santomauro, I., Campani, D., Tiozzo, V., Barletta, B., Scotti, L., Barisone, M. & Dal Molin, A. (2022). Heparin versus normal saline locking for prevention of occlusion, catheter-related infections and thrombosis in central venous catheter in adults: overview

of systematic reviews. *The Journal of Vascular Access*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/11297298221103201>

Santos, E., Nunes, M., Cardoso, D., Apóstolo, J., Queirós, P & Rodrigues, M. (2015). Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 999-1007. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600017>.

Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M.J. & Lourenço, J. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Sousa, P.A.F., Frade, M.H.L.M.B. & Mendonça, D.M.M.V. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 368-381. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400005>

Stokes, H., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F.F. & Wright, D.K. (2019). Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.010>.

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ª ed.). Lusodidacta.

Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.A., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, A. & Lynch, T.J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>

Timsit, J., Baleine, J., Bernard, L., Calvino-Gunther, S., Darmon, M., Dellamonica, J., Desruennes, E., Leone, M., Lepape, A., Leroy, O., Lucet, J., Merchaoui, Z., Mimoz, O., Misset, B., Parienti, J., Quenot, J., Roch, A., Schmidt, M. Slama, M., ... Maxime, V. (2020). Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the intensive care unit. *Annals of Intensive Care*, 1-26. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00713-4>.

Truog, R.D., Campbell, M.L., Curtis, J.R., Haas, C.E., Luce, J.M., Rubenfeld, G.D., Rushton, C.H. & Kaufman, D.C. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953-963. <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>

Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (5ªed.). Lusodidacta.

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

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª ed.). Edições Sílabo.

Worthington, P., Gura, K.M., Kraft, M.D., Nishikawa, R., Guenter, P. & Sacks, S.G (2021). Update on the Use of Filters for Parenteral Nutrition: An ASPEN Position Paper. *Nutrition in Clinical Practice*, 36 (1), 29–39. <https://doi.org/10.1002/ncp.10587>

Xu, D., Luo, D., Chen, J., Zeng, J., Cheng, Li, J., Pei, J. & Hu, F. (2022). Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01020-4>.

Yamamoto, K., Hayama, J., Nakayama, K., Yonekura, Y. & Ota, E. (2021). Intervention and efficacy of advance care planning for patients in intensive care units and their families: a scoping review protocol. *Nursing Open*, 8, 997– 1001. <https://doi.org/10.1002/nop2.722>.

Zhong, L., Wang, H., Xu, B., Yuan, Y., Wang, X., Zhang, Y., Ji, L. & Pan, Z. (2017). Normal saline versus heparin for patency of central venous catheters in adult patients - a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 21(5), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1585-x>.

Ziyaeifard, M., Ferasat-Kish, R., Azarfarin, R., Aghdaii, N., Nejatisini, H., Ahmadabadi, C. & Yousefi, M. (2022). Comparison of the effect of heparinized normal saline solution versus saline solutions in arterial and central venous catheters on complete blood count after cardiac surgery. *Anesth Pain Med*, 12(4). <https://doi.org/10.5812/aapm-113345>.

**ANEXOS**



**ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 2.º CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA – DESAFIOS À PRÁTICA  
ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM NA CONTEMPORANEIDADE**



## Certificado

Certifica-se a presença de

JOSE CARLOS CARVALHO OSÓRIO


no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, num total de **12 (doze)** horas.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

  
(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

  
(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)

**ANEXO II - COMUNICAÇÃO LIVRE “UTILIZAÇÃO DE HEPARINA NA PERMEABILIZAÇÃO DO CVC: ADEQUADA OU DESATUALIZADA?”**



## Certificado

Certifica-se que:

José Carlos Osório

apresentou a **Comunicação Livre “Utilização de heparina na permeabilização do CVC: adequada ou desatualizada?”** dos autores: **José Carlos Osório e Mara do Carmo Rocha**, no **2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade**, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

  
Escola Superior de Saúde Norte  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA  
(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

  
(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)

**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 2.<sup>AS</sup> JORNADAS DE  
CUIDADOS INTENSIVOS E EMERGÊNCIA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

## CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

**José Carlos Carvalho Osório**

nas **2<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica**, realizadas nos dias 29 e 30 de setembro de 2022, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com um total de 14 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 30 de setembro de 2022

**A Comissão Científica**

*Liliana Costa*



**ANEXO IV - CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS  
- NÍVEL A**



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que José Carlos Carvalho Osório natural de Vila Nova de Famalicão nascido em 12/05/1986, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 13020004 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos – Básico (Nível A), em 08/02/2023, com a duração de 25:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Módulo I - Princípios dos Cuidados Paliativos   e-Learning	8:30	-
Módulo II – Minimizar o impacto, antecipar o sofrimento   e-Learning	8:00	-
Módulo III - Otimizar conforto, tomar decisões em CP   e-Learning	8:30	-

Lisboa, 28 de fevereiro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional

*Iluis Barreira*  
(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 56/2023 de acordo com o Regulamento de Funcionamento n.º 474/2010





**ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 4.º CONGRESSO  
INTERNACIONAL IACS 2022: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE  
INFEÇÃO**

## CERTIFICADO

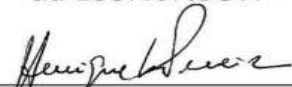
Certifica-se a presença de:

**José Carlos Carvalho Osório**

no **4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado de 27 a 28 de outubro de 2022, no auditório Europarque em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 28 de outubro de 2022

Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP

  
Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

  
Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

**ANEXO VI – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHEDV**

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga  
Reunião do Conselho de Administração  
16.02.2023

*Deliberado autorizar*

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração,

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a  
realização de trabalho de investigação

**Registo CES N.º 79\_2022**

Presidente <i>[Assinatura]</i> (Miguel Paiva)	Vice-Presidente <i>[Assinatura]</i> (D. Almeida)
Vogal Executivo <i>[Assinatura]</i> (J. Loucinho)	Vogal Executivo <i>[Assinatura]</i> (D. Almeida)
Director Clínico <i>[Assinatura]</i> (Carlos Carvalho)	Director Administrativo <i>[Assinatura]</i> (L. Teixeira)

Santa Maria da Feira, 16 de fevereiro de 2023

**Designação do trabalho de Investigação**

Cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida no SMIP.

**Proponente(s)**

Enf.º José Carlos Carvalho Osório;

[jose.osorio@chedv.min-saude.pt](mailto:jose.osorio@chedv.min-saude.pt);

**Parecer da Comissão de Ética**

Favorável.

Remete-se para apreciação do Conselho de Administração, o trabalho de investigação  
identificado em epígrafe.

*Anabela Carneiro*

Anabela Carneiro

Secretariado da Comissão de Ética para a Saúde do CHEDV

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.  
Rua Dr. Cândido Pinho, 4520-211 Santa Maria da Feira  
TEL + 351 256 379 700 [www.chedv.min-saude.pt](http://www.chedv.min-saude.pt)

Anexo L\_IT\_1818.0  
25-03-2022

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PÓSTER INTITULADO “UTILIZAÇÃO DE HEPARINA NA PERMEABILIZAÇÃO DO CVC: ADEQUADA OU DESATUALIZADA?”**



## **APÊNDICE II – GUIÃO DA ENTREVISTA**



## **Guião de entrevista**

**População alvo:** enfermeiros do SMIP do CHEDV há mais de 3 anos.

**Objetivo Geral:** Conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP do CHEDV acerca dos cuidados à pessoa em fim de vida e família neste serviço.

### **Objetivos específicos:**

- Descrever as intervenções realizadas pelos enfermeiros junto da pessoa em fim de vida e família;
- Identificar os fatores facilitadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família
- Identificar os fatores dificultadores no cuidar da pessoa em fim de vida e família
- Identificar os contributos para a melhoria do atendimento da pessoa em fim de vida e família

**Finalidade:** contribuir para a melhoria da prestação de cuidados ao doente em fim de vida no SMIP.

## **I Parte – Caracterização Socioprofissional**

1 – Género:

Masculino           Feminino

2 – Experiência Profissional: \_\_\_\_\_ anos

3 – Experiência Profissional no SMIP: \_\_\_\_\_ anos

4 – Habilitações Académicas e Profissionais

Licenciatura                                   Mestrado  \_\_\_\_\_

Doutoramento  \_\_\_\_\_ Pós-Graduação  \_\_\_\_\_

## **II Parte - Entrevista**

Pense numa situação clínica de um doente em fim de vida que tenha experienciado na sua prática clínica no SMIP.

- ✓ Na sua opinião, quais as intervenções de enfermagem que realiza à pessoa em fim de vida e família?
  
- ✓ Quais os aspetos facilitadores para cuidar da pessoa em fim de vida e família?
  
- ✓ Quais os aspetos dificultadores para cuidar da pessoa em fim de vida e família?
  
- ✓ Na sua opinião, quais as sugestões de melhoria que podem favorecer o atendimento à pessoa em fim de vida e família?

**APÊNDICE III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

---

Considerando as recomendações da Direção-Geral da Saúde Norma n.º 015/2013

### Designação do Estudo

“Cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no SMIP”

O presente estudo insere-se no âmbito do VIII curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área do doente crítico, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizado por José Carlos Carvalho Osório, enfermeiro no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, cédula profissional nº 4-E-62705, sob orientação da Professora Mara Rocha. Tem como objetivo geral conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP do CHEDV acerca dos cuidados à pessoa em fim de vida neste serviço.

Eu, abaixo assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia sobre a finalidade, objetivos e métodos do estudo e que o mesmo foi autorizado pela Comissão de Ética da instituição onde exerço funções.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Foi-me solicitado, ainda, a autorização para a gravação em áudio da entrevista a realizar. Além disso, fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

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

### O investigador responsável:

\_\_\_\_\_  
José Carlos Carvalho Osório  
(jose.osorio@chedv.min-saude.pt)

**APÊNDICE IV – APROVAÇÃO DO DIRETOR DO SMIP PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

*Sem nada a opor,  
considero relevante e  
fica autorizado.*

*José Carlos Carvalho Osório*  
20/12/2022

José Carlos Carvalho Osório  
jose.osorio@chedv.min-saude.pt  
Tlm: 918047377



Exmo Sr. Diretor de Serviço do SMIP do CHEDV

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Eu, José Carlos Carvalho Osório, enfermeiro no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, com cédula profissional nº 4-E-62705, a exercer funções no serviço de Cirurgia Geral desta instituição, a frequentar o VIII curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área do Doente Crítico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho solicitar a V. Exa, na qualidade de investigador principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação intitulado "Cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no SMIP".

Este estudo tem como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP do CHEDV acerca dos cuidados prestados ao doente em fim de vida neste serviço. A colheita de dados será efetuada através de uma entrevista semiestruturada a enfermeiros do SMIP do CHEDV há mais de 3 anos e que não tenham apresentado interrupção do trabalho superior a 6 meses antes desse período. Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento do serviço e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Estou inteiramente disponível para prestar outras informações que julgue necessárias.

Agradeço antecipadamente a atenção que me possa dispensar e apresento os meus melhores cumprimentos.

O investigador principal,

*José Carlos Carvalho Osório*

**APÊNDICE V – APROVAÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR DO SMIP PARA A  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



José Carlos Carvalho Osório  
jose.osorio@chedv.min-saude.pt  
Tlm: 918047377

Exmo Sr. Enfermeiro-Chefe do SMIP do CHEDV

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Eu, José Carlos Carvalho Osório, enfermeiro no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, com cédula profissional nº 4-E-62705, a exercer funções no serviço de Cirurgia Geral desta instituição, a frequentar o VIII curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área do Doente Crítico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho solicitar a V. Exa, na qualidade de investigador principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação intitulado "Cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no SMIP".

Este estudo tem como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros do SMIP do CHEDV acerca dos cuidados prestados ao doente em fim de vida neste serviço. A colheita de dados será efetuada através de uma entrevista semiestruturada a enfermeiros do SMIP do CHEDV há mais de 3 anos e que não tenham apresentado interrupção do trabalho superior a 6 meses antes desse período. Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento do serviço e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Estou inteiramente disponível para prestar outras informações que julgue necessárias.

Agradeço antecipadamente a atenção que me possa dispensar e apresento os meus melhores cumprimentos.

O investigador principal,

José Carlos Carvalho Osório

Nada a opôr  
28/12/22