

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica

Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros sobre as DAV

Ana Cláudia Alves

Orientador: Professor Bráulio Sousa

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2023

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica

Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros sobre as DAV

Apresentado para obtenção do grau de Mestre Em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ana Cláudia Alves, nº 5190210

Orientador: Professor Bráulio Sousa

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2023

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

Agradecimentos

A realização deste trabalho constitui-se numa longa caminhada, intercetada por imensos desafios, incertezas, tristezas, alegrias e vitórias. Apesar do processo solitário destinado a qualquer investigador, existiu sempre o contributo de várias pessoas, as quais se tornaram indispensáveis para direcionar o rumo durante esta longa jornada.

Ao David, que sempre me apoiou e incentivou no decorrer desta caminhada, agradeço por toda a paciência, compreensão e motivação para que esta viagem chegasse a bom porto.

Aos meus pais, pela paciência demonstrada e pela serenidade que me transmitiram durante toda a jornada.

Ao professor Bráulio Sousa, orientador desta dissertação, pela disponibilidade demonstrada ao longo da realização deste projeto, pelos conhecimentos transmitidos e pelas oportunidades de aprendizagem concedidas.

À professora Doutora Maria dos Anjos Dixe que, mesmo à distância, mostrou-se sempre disponível para me auxiliar em todas as etapas da realização deste trabalho, tendo sempre uma palavra de incentivo mesmo nas horas de maior dificuldade.

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade demonstrada no preenchimento do questionário, pois sem o auxílio deles este trabalho não seria possível.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos de partilha e pelas horas despendidas em conjunto.

Aos meus amigos, pela compreensão das ausências constantes nos momentos de convívio e pelas palavras de incentivo.

A todos os que se cruzaram comigo durante esta caminhada e contribuíram para que ela chegasse a bom porto!

A todos, Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathe, Circulation, Disability, Exposition*

CE – Cuidados de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CS - Cuidados de Saúde

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

EE - Enfermeiro Especialista

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

F - Falso

GIF - Gabinete de Informação à Família

HER⁺ - *Health Event & Risk Management*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LRA - Lesão Renal Aguda

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PCS - Procurador de Cuidados de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PS - Profissionais de Saúde

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RCP - Reanimação Cardiopulmonar

RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SU - Serviço de Urgência

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TV -Testamento Vital

V – Verdadeiro

VMER -Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VV - Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	16
1. RELATÓRIO DE ESTÁGIO	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1.1. Ensino clínico I – Serviço de Urgência	17
1.1.2. Ensino clínico II – Serviço de Medicina Intensiva	19
1.1.3. Ensino clínico III – Emergência Pré-hospitalar	21
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	23
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	27
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	31
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	35
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	38
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	38
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	47
3.3. MAXIMIZAR 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	49
PARTE II – CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS DAV	
53	
RESUMO	53

ABSTRACT	55
1 – INTRODUÇÃO	56
2 – ENQUADRAMENTO.....	58
2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	66
3 – METODOLOGIA	67
4 – RESULTADOS.....	71
5 – DISCUSSÃO	78
CONCLUSÃO	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XC
APÊNDICES.....	XCVIII
Apêndice I – Poster Abordagem da Vítima: ABCDE	XCIX
Apêndice II – Estudo de Caso: Ensino Clínico III	CI
Apêndice III – Questionário: Diretivas Antecipadas de Vontade.....	CXX

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Teste de Normalidade	70
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à caracterização sociodemográfica (N = 27).....	71
Tabela 3 - Descrição dos resultados dos Conhecimentos perante as DAV	72
Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à classificação qualitativa dos conhecimentos sobre as DAV.....	72
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo os conhecimentos sobre as DAV.....	73
Tabela 6 - Descrição dos resultados das Atitudes dos enfermeiros perante as DAV.....	75
Tabela 7 - Estatística descritiva da escada de atitudes relativamente às DAV	75
Tabela 8 – Resultados da aplicação do teste de Correlação de Spearman entre os conhecimentos e as atitudes relativamente às DAV com a idade e a experiência profissional	76
Tabela 9 - Estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros.....	77
Tabela 10 - Estratégias a utilizar pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV.....	77

Resumo

O presente relatório de estágio com componente de investigação tem como objetivo evidenciar o percurso realizado no decorrer dos ensinamentos clínicos através de uma análise crítica e reflexiva dos mesmos e ainda desenvolver uma componente de investigação científica.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes principais, sendo que na primeira parte encontra-se a análise crítica e reflexiva dos ensinamentos clínicos, os quais contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências, tendo por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Na segunda parte encontra-se a componente de investigação, a qual tem como objetivos: avaliar o nível de conhecimentos e identificar as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV); determinar a relação entre as atitudes e o conhecimentos desses mesmos enfermeiros sobre as DAV; determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos sobre as DAV e a idade e os anos de experiência profissional; identificar estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, assim como os conhecimentos dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV.

Para a realização deste estudo foi realizada uma abordagem quantitativa e correlacional. A amostra inclui os enfermeiros de um serviço de nefrologia. Concluiu-se que os enfermeiros do serviço em estudo, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal apresentam conhecimentos e atitudes positivas relativamente às DAV, sendo que não existe relação estatisticamente significativa nem entre estas duas variáveis e a idade e os anos de experiência profissional. Quanto às estratégias para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV foram enumeradas estratégias como a formação, a informação disponível, realização de ações de sensibilização, discussão por pares e criação de protocolos. Também de forma a melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal relativamente às DAV foram identificadas estratégias tais como a realização de ensinamentos ao doente e família, a divulgação de informações, a realização de consultas de enfermagem, a promoção de formação e investigação.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Conhecimento, Evidência Científica, Estratégias

Abstract

The present report of internship with the component of investigation has a goal to evidence the path taken along the clinical teaching through a critical and reflexive analysis as well as developing a scientific investigation component.

This assignment is divided in two main parts, in the first part, the clinical teaching of the critical and reflexive analysis, which contribute to the development and acquisition of knowledge and skills, based on the common and specific skills of the specialist in nursing care provided to the person in critical situation.

In the second part we find the component of investigation which has the aims to assess the level of knowledge and identify the nurse attitudes towards the critical patients and collaborate in the artificial support of the kidney function, under the Advance Directives of Will; determine the relation between the attitudes and knowledge of the mentioned nurses under the Advance Directives of Will and the age and years of professional experience; identify strategies to be developed to better the knowledge and attitudes of nurses who work with critically patients and collaborate in the artificial support of kidney, as well as the knowledge of patients submitted to the techniques of replacement kidney function under the Advance Directives of Will.

To be able to accomplish this study, a quantitative and correlational approach was made. The sample includes the nurses of a nephrology department. It was concluded that, the nurses in the department under this study, who work with critical patients and collaborate in the artificial kidney support show knowledge and positive attitudes concerning the Advance Directives of Will, so there is no statistically significant relation between these two variables and age and years of professional experience. Regarding the strategies to better the knowledge and attitudes of the nurses about Advance Directives of Will, strategies have been mentioned such as training, the available information, awareness actions, pair discussion and protocols. Also, to improve the knowledge of the patients who were submitted to kidney replacement techniques concerning the Advance Directives of Will, strategies have been identified such as teaching the patient and family, disclosure of information, nursing appointments, training and investigations promotion.

Key Words: Nurse Specialist, Skills, knowledge, scientific evidence, strategies

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio com componente de investigação insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC, mais concretamente na unidade curricular de Estágio com Relatório.

A realização dos ensinamentos clínicos juntamente com a execução do presente relatório foram o culminar de um percurso de aquisição de conhecimentos e competências adquiridas no decorrer do mestrado, integrando-os assim na prática diária de Cuidados de Enfermagem (CE) especializados.

A elaboração deste relatório pretende descrever e refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, durante a realização dos estágios, tendo em vista a prática de enfermagem avançada, tendo como foco a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa a vivenciar processos complexos de situação crítica e/ou falência multiorgânica.

O ingresso no mestrado foi uma decisão muito importante tanto a nível pessoal como profissional. Ao longo dos anos e tendo por base a minha prática profissional num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e num serviço de nefrologia/hemodiálise tornou-se evidente a necessidade de desenvolver os meus conhecimentos e competências específicas relativamente à PSC, sendo esta a minha área de eleição.

Nos dias que decorrem, os CE assumem uma maior importância e exigência técnico-científica, sendo por isso, a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange cada vez mais profissionais. Independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências, denominadas de competências comuns. Estas reúnem diversos contextos e dimensões, nomeadamente de educação, orientação e liderança, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como promovendo investigação de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos CE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019 (2019), o Enfermeiro Especialista (EE) é reconhecido por deter conhecimento aprofundado numa área específica da enfermagem, possuindo competência humana, técnica e científica para a prestação de CE especializados.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), a PSC

é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p.19363),

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes que se encadeiam logicamente. Na primeira parte encontra-se a componente de desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), a qual tem como finalidade analisar e descrever, através de uma reflexão crítica, as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, as quais proporcionaram o desenvolvimento de conhecimentos e competências relativamente aos cuidados à PSC. A seleção dos locais de estágio teve em conta a disponibilidade demonstrada, pelos serviços, na receção de alunos de especialidade, a vasta experiência dos mesmos na orientação de estudantes de especialidade assim como a proximidade geográfica, permitindo assim uma melhor gestão de tempo. Os ensinamentos clínicos foram realizados num SUMC, num SMI e seguidamente em dois meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A segunda parte deste relatório remete para a componente de investigação, através da realização de um estudo correlacional com abordagem quantitativa, relativamente às DAV, nomeadamente os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal. Para a minha conduta diária enquanto enfermeira a desempenhar funções num serviço de Nefrologia, este tema revela-se aliciante na medida em que me permite ampliar o conhecimento sobre os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros nesta área, uma vez que é frequentemente debatido, informalmente, este tema e vemos-nos constantemente confrontados com situações de morte e de decisões de fim de vida.

O desejo de contornar a morte levou-nos à atualidade da medicina, através da surpreendente evolução técnico-científica. Para cada adversidade da área da saúde, o Homem respondeu com

conhecimento e ciência derrubando algumas das adversidades, aumentando assim a esperança média de vida. Esta evolução teve um enorme impacto, no entanto levanta algumas questões, nomeadamente a autonomia, a vontade do doente e a qualidade de vida (Santos & Cerqueira, 2022).

A esperança média de vida e a qualidade de vida não evoluíram equitativamente. Na atualidade, através da evolução técnico-científico, é possível manipular o momento da morte, existindo, por vezes, uma verdadeira obstinação irracional, prolongando a vida e adiando a morte, quebrando o tratamento digno a que o utente tem direito. Assim, é possível, em situações limite, manter as funções vitais através de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica sem que estes garantam qualidade de vida (Santos & Cerqueira, 2022). O direito a uma morte digna não se opõe ao direito à vida, sendo que estes se complementam. Importa reconhecer que o ser humano é um ser racional que age segundo a razão, tendo capacidade de apreender, compreender e decidir, reconhecendo e promovendo a sua dignidade.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2022), em Portugal, desde 1998 até 2019, a esperança média de vida evoluiu favoravelmente, mantendo-se, contudo, a inevitável finitude da vida. Importa ressaltar que a estimativa provisória para o triénio de 2019 a 2021 demonstra um ligeiro decréscimo da mesma, provavelmente associado aos óbitos no contexto pandémico vivenciado provocado pela *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Sempre que um problema é contornado surgem outros, então começou-se a colocar o problema da qualidade de vida associada ao aumento da esperança média de vida.

Em matéria de Cuidados de Saúde (CS), nomeadamente em decisões de fim de vida, começou-se a discutir o conceito da liberdade de escolha e da autonomia, tendo surgindo assim as DAV. Estas constituem a primeira ferramenta legal para comunicar formalmente a vontade relativamente aos CS a receber, mesmo quando o doente se encontra incapaz de expressar a sua opinião no momento da prestação de cuidados.

Em Portugal, as DAV foram aprovadas em 2012, através da Lei nº 25/2012 (2012), onde se estabeleceram duas modalidades de DAV, o Testamento Vital (TV) e a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde (PCS). O TV é um documento escrito no qual uma pessoa maior de idade e que não se apresente inabilitada por qualquer anomalia psíquica, pode expressar antecipadamente, de forma clara e inequívoca, a sua vontade relativamente aos CS que deseja ou não receber, caso se encontre incapacitada de expressar a sua vontade. A nomeação de um PCS, consiste na nomeação de um representante legal, o qual tem poder

decisivo sobre os CS a receber ou não, caso o outorgante se encontre impossibilitado de o fazer autonomamente (Lei n.º 25/2012, 2012).

Assim, podemos afirmar que as DAV conferem ao indivíduo, capaz e competente para decidir, maior poder decisório sobre a sua vida/morte, mesmo caso ele se encontre incapaz de expressar a sua vontade. O TV visa responder a problemas éticos, jurídicos e deontológicos, entre os quais se incluem a definição dos limites da autonomia da pessoa e da capacitação dos doentes assim como da responsabilidade decisória dos cuidadores face à liberdade individual em contexto de fim de vida.

Tendo como objetivo dar resposta aos atuais desafios relacionados com o fim de vida e às decisões associadas à prestação de CS, têm existido progressos quanto ao enquadramento normativo das DAV. Sendo que existe uma baixa percentagem de indivíduos que têm DAV, existe algumas dúvidas se este enquadramento corresponde às elevadas exigências do tema e à sua complexidade, colocando-se em questão os conhecimentos da população e mais concretamente os conhecimentos e atitudes dos Profissionais de Saúde (PS).

É concretamente na exigência do tema e na evolução normativa bem como no impacto dos mesmo na sociedade e nos PS que reside a pertinência do estudo.

Nesta perspetiva, assume uma especial importância o desenvolvimento deste trabalho, sendo que o interesse do mesmo advém da experiência profissional na prestação de cuidados a doentes críticos com necessidade de suporte artificial da função renal, da relevância e da atualidade do problema, assim como do confronto com doentes em fim de vida. Nesta realidade, é possível o suporte das funções vitais, nomeadamente da função renal, através de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica, prolongando a vida, mesmo que o utente apresente uma doença incurável, sendo frequentemente debatida, por parte dos enfermeiros, a dignidade da pessoa, a sua autonomia e a sua vontade caso se encontrasse com capacidade de decisão.

Durante a fase empírica deste trabalho foi procurada informação sobre os temas considerados pertinentes para o desenvolvimento do mesmo através de uma revisão da literatura, tendo surgido os seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV;
- Identificar as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV;

- Determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV;
- Determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV e a idade e anos de experiência profissional;
- Identificar estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV;
- Identificar estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV.

Este estudo será realizado sob uma abordagem metodológica quantitativa e correlacional como forma de identificar as respostas às nossas questões de investigação.

A natureza quantitativa desta investigação advém não só do tipo de técnica de recolha de dados, mas também dos objetivos do estudo, os quais pretendem fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo, as relações existentes entre elas e examinar a associação de uma variável com outras variáveis. O desenvolvimento deste trabalho terá como população alvo os enfermeiros de um serviço de nefrologia.

Desta forma, numa primeira fase serão definidos os conceitos-chave, para que posteriormente sejam colhidos os dados através da aplicação de um questionário, aos enfermeiros do serviço selecionado.

Assim sendo, este projeto surge com o intuito de abrir horizontes a partir da identificação dos conhecimentos e das atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV e da grande importância desta área na autonomia, dignidade e vontade dos indivíduos, que são muitas das vezes questionadas pelos profissionais quando os doentes se encontram incapazes de expressar sua vontade.

O presente trabalho foi elaborado em consonância com o Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas – normas APA 7.^a edição, do Politécnico de Leiria (2023) e com o Guia de elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior Saúde do politécnico de Leiria (2018).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

1. RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A realização de ensinios clínicos permite aos estudantes concretizarem as aprendizagens teóricas através da realidade da prática clínica de enfermagem, promovendo assim a autonomia, tendo como suporte a prática supervisionada e o acompanhamento do mesmo por parte do docente e do enfermeiro orientador.

A aquisição de competências advém de um processo de formação teórico-prático com o intuito de desenvolvimento pessoal e profissional, através de um processo de transformação individual que atinge a dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes) (Farias et al., 2019).

Neste sentido, a realização de ensinios clínicos tem como principal objetivo desenvolver capacidades e competências, assegurando a constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional, proporcionando a valorização pessoal e profissional tendo em vista a melhoria da qualidade do exercício profissional em enfermagem.

Seguidamente, e após uma breve caracterização dos locais de Ensino Clínico (EC), segue-se a elaboração de uma análise crítico-reflexiva e fundamentada, das experiências vivenciadas e das atividades realizadas em cada contexto, as quais se traduzem numa forte aprendizagem, culminando no desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEPSC.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Tendo em vista uma constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional em enfermagem assim como a qualidade do mesmo, a realização de ensinios clínicos apresenta um papel preponderante no desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades assim como na interligação entre a vertente teórica e a vertente prática.

Segundo o Despacho nº 8925/2020 (2020) referente ao plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica — Área de especialização em Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria, as unidades curriculares de EC englobam o EC I - urgência, o EC II - cuidados intensivos e o EC III – opção, tendo selecionado para este último o âmbito da emergência pré-hospitalar.

Estes três ensinamentos clínicos contemplam um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter para a aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEEPSC. Nesse âmbito, e tendo em vista a preparação dos ensinamentos clínicos, estes foram iniciados com a elaboração de um projeto de aprendizagem. Os ensinamentos clínicos foram realizados sob a supervisão clínica direta de um EEEPSC e sob a orientação de um docente supervisor. Em todos os ensinamentos clínicos foi elaborado um relatório final, partilhado tanto com o enfermeiro supervisor como com o docente.

A programação inicial para a realização dos ensinamentos clínicos sofreu algumas modificações decorrente do contexto pandémico vivenciado, com conseqüente reorganização dos locais de EC assim como das datas de realização dos mesmos. Todos os estágios foram realizados na região centro, tendo iniciado os mesmos pelo EC II, que decorreu no SMI de um hospital da região centro, seguindo-se o EC I num SUMC. Por último, mas não menos importante, o EC III, o único estágio onde a área é selecionada pelo estudante, o qual decorreu no âmbito da emergência pré-hospitalar mais concretamente numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)

1.1.1. Ensino clínico I – Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência (SU) constitui uma porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde, sendo um grande consumidor de recursos, tanto humanos como materiais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001).

Os serviços de urgência médico-cirúrgica, nos quais se enquadra o SU onde decorreu o EC I, são unidades diferenciadas e consistem no primeiro nível de acolhimento de situações de urgência/emergência (DGS, 2001).

O SUMC onde realizei o ECI é estruturalmente constituído pela triagem, pela área de clínica geral, pela Sala de Emergência (SE), pela área de especialidade de medicina interna e pela área de especialidade de cirurgia/ortopedia, seguindo sempre a metodologia do sistema de triagem de Manchester para a observação, tratamento e encaminhamento de doentes, tal como nos refere o artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014 (2014).

Sendo o SUMC composto por diversas salas, tanto de espera como de tratamentos e observação, tem uma área denominada de unidade de observação médica, onde se encontram doentes internados, da especialidade de medicina interna, a aguardar vaga nos serviços de internamento. Existe outra área denominada de sala aberta, onde se encontram

doentes internados, afetos à especialidade de medicina interna, a aguardar vaga na enfermaria ou na unidade de observação médica, em observação, em tratamento ou a aguardar decisão clínica. Nesta última sala encontra-se também uma zona denominada de área laranja ou críticos, sendo que a mesma se encontra perto da SE sendo fácil a transferência de doentes entre estas duas áreas, seja após a estabilização dos doentes na SE, ou mesmo em caso de deterioração da situação clínica e necessidade de recorrer a meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica.

Relativamente à SE, no contexto pandémico vivenciado e após reorganização e adaptação do serviço, foram criadas duas salas de emergência, uma para doentes de foro respiratórios, e a outra para todas as outras emergências, tendo esta última a possibilidade de receber duas emergências em simultâneo.

A SE destina-se à prestação de cuidados a doentes em risco de vida. A proveniência do doente pode ser externa ou interna, isto é, vir diretamente do exterior ou de alguma área do SU. Quando o utente vem do exterior, é realizada a triagem do doente e, sempre que necessário, este é encaminhado para a SE. A ativação da sala também pode ser efetuada devido à transferência intra-hospitalar, de algum doente em estado crítico, ou através de solicitação prévia pelo INEM, sendo que, nesta última situação, a triagem do utente é frequentemente efetuada em simultâneo com o início da prestação de cuidados.

Quando existe a necessidade de ativação da SE, é acionada a campainha que se localiza à entrada da sala e a equipa afeta à SE, constituída por um enfermeiro, um médico e um assistente operacional, dirige-se imediatamente ao local. Aquando da necessidade de ativação da SE, caso seja um utente suspeito/confirmado com COVID-19 é direcionado para a área dedicada a doentes respiratórios, estando preconizado a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) previstos na prestação de cuidados a utentes suspeitos/confirmados com COVID-19.

É importante referir que os elementos afetos à SE são frequentemente enfermeiros com maior experiência profissional no contexto de urgência/emergência. No entanto, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), através do parecer nº 14/2018, menciona que os enfermeiros alocados à SE devem ser detentores de formação especializada, sendo que, de acordo com a complexidade dos doentes e a necessidade de cuidados específicos emergentes não padronizados, o enfermeiro afeto à SE deve ser um EE em enfermagem médico-cirúrgica uma vez que este possui o core de competências mais adequadas para dar resposta às necessidades de cuidados na SE.

1.1.2. Ensino clínico II – Serviço de Medicina Intensiva

Ao longo dos anos foram diversos os desenvolvimentos relacionados com a área da saúde, nomeadamente no que se refere à medicina. Uma das áreas da medicina onde se registou grandes desenvolvimentos foi na medicina intensiva, a qual tem “capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis” (Ministério da Saúde, 2013, p. 37).

Assim, o SMI onde realizei o EC II, seguindo as normas do Ministério da Saúde (2013), possui capacidade física, tecnológica e de recursos humanos para, através de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica, prestar CS tendo como objetivo a preservação e recuperação das funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis.

Derivado do contexto pandémico vivenciado, assim como do aumento da demanda de cuidados intensivos, no decorrer do EC, existiu necessidade de realizar adaptações constante do SMI, nomeadamente a nível físico, estrutural e de recursos humanos, tendo sempre por base as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e do Centro Hospitalar onde se encontra inserido. Após este período adaptativo o SMI era constituído por duas alas hospitalares, uma dedicada a “doentes sem COVID-19” e na outra dedicada a “doentes com COVID-19”.

Existem três níveis de cuidados a doentes críticos, sendo que os níveis II e III encontram-se sob gestão da medicina intensiva. Nesse sentido, as unidades preparadas para prestar cuidados de nível III estão direcionadas para receber doentes com duas ou mais disfunções de órgãos vitais, as quais podem colocar em risco a vida, pelo que é necessário duas ou mais formas de suporte orgânico. Já as unidades preparadas para prestar cuidados de nível II estão equipadas para receber doentes para monitorização multiorgânica e suporte apenas de uma função orgânica (Valentin & Ferdinande, 2011; Ordem dos Médicos, 2018).

Sendo o SMI um serviço diferenciado, que recebe doentes de diversas áreas geográficas e com diversas patologias, torna-se um serviço de elevada complexidade. Assim, e após diversas modificações do SMI, a área dedicada a doentes sem COVID-19 ficou com capacidade para receber seis doentes em simultâneo e todas as unidades se encontravam equipadas para prestar cuidados de nível III.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), o SMI deve ser responsável pelos doentes críticos, independentemente do serviço hospitalar onde estes se encontrem. Assim, e cumprindo o critério anteriormente explanado, a equipa do SMI onde realizei o EC tem, em todos os turnos, um elemento da equipa de enfermagem, que juntamente com um elemento da equipa médica, constituem a Equipa de Reanimação Interna. Estes elementos poderão, a qualquer momento, ser ativados pelas restantes equipas do hospital, tendo de se ausentar do serviço, na necessidade de atender a alguma emergência hospitalar.

Relativamente à organização da unidade, a sala principal é um *open space*, com camas individualizadas e separadas por cortinas. Os monitores de cada unidade encontram-se ligados a uma central de monitorização de pacientes, localizada na zona de trabalho dos enfermeiros, a qual facilita a vigilância contínua dos doentes, mesmo sem estar à cabeceira dos mesmos.

A zona de trabalho dos enfermeiros e médicos encontra-se numa zona estratégica, no centro da sala, de onde é possível observar todos os doentes. Relativamente ao método de trabalho do SMI é utilizado o método individual, sendo, no entanto, frequente a cooperação entre os elementos da equipa. Através deste método de trabalho os enfermeiros ficam responsáveis pelos cuidados aos doentes que lhes foram distribuídos, durante a sua jornada de trabalho, não ocorrendo assim fragmentação de cuidados, uma vez que o enfermeiro detém a responsabilidade pelo cuidado integral ao doente no decorrer do seu turno (Duarte, 2014).

Quanto à situação pandémica vivenciada, e atendendo ao facto de ser necessário a equipa dividir-se entre as duas alas (“ala COVID-19” e “ala não COVID-19”), os cuidados foram sempre assegurados, existindo, no entanto, uma maior dificuldade em manter o método individual, uma vez que era necessário os enfermeiros prestarem cuidados a diversos doentes aquando da troca dos elementos da equipa de enfermagem da “área COVID-19” para a “área não COVID-19” e vice-versa.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019) e a OE (2014), relativamente às dotações seguras nos CE em serviços de medicina intensiva, os rácios adequados para o nível de cuidados III, é de 1:1, ou seja, um enfermeiro para cada doente.

No decorrer do EC foi impossível manter os rácios preconizados, uma vez que existiu um aumento do número de doentes em unidades de cuidados intensivos e, algumas equipas,

mesmo tendo existido um aumento do número de elementos, acabaram por não conseguir colmatar as lacunas, o que levou a uma diminuição das dotações seguras.

Relativamente à base de registos de enfermagem, o SMI utiliza o *B-Simple* que, tal como o nome indica, é um sistema simples e intuitivo. Esta plataforma de registos informáticos é direcionada para os serviços de medicina intensiva, encontra-se conectada à central de monitorização de pacientes, permitindo armazenar a informação individual de cada doente, sendo que a transmissão de dados para o *B-Simple* é realizada automaticamente, contribuindo assim para uma melhor vigilância do utente.

1.1.3. Ensino clínico III – Emergência Pré-hospitalar

Os serviços de emergência pré-hospitalar são essenciais tanto na prestação de CS como no transporte de doentes, sendo que, os mesmos, enfrentam desafios únicos decorrentes da natureza do ambiente em que se inserem (Sociedade Portuguesa de Emergência Pré-Hospitalar, 2022).

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) consiste num conjunto de identidades que se relacionam com o intuito de prestar assistência às vítimas de doença súbita ou acidente (Ministério da Saúde, 2017a). Neste, é integrado o INEM com os seus diversos meios, nomeadamente a ambulância de SIV e a VMER, onde decorreu o EC.

A ativação dos recursos do INEM só é possível através de uma chamada para o número europeu de emergência médica, a qual, em Portugal, é atendida em centrais de emergência da polícia de segurança pública e posteriormente, em situações da área da saúde, a chamada é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Seguidamente é feita uma triagem da situação e dependendo da gravidade da mesma assim como da necessidade de intervenção dos meios do INEM, os operadores responsáveis pelo seu acionamento efetuam a comunicação com os meios de socorro mais adequados (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013).

De acordo com o Despacho n.º 5561/2014 (2014), as ambulâncias de SIV têm como objetivo garantir CS diferenciados e são tripuladas por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, os quais têm como objetivo a estabilização pré-hospitalar dos doentes assim como, em situações emergentes, a realização do transporte com acompanhamento das vítimas. Quanto ao material existente na ambulância de SIV, além da carga de uma ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), possui ainda um monitor-

desfibrilhador que permite a transmissão de eletrocardiogramas e diversos fármacos (Ministério da Saúde, 2017b).

A VMER funciona como uma extensão do SU à comunidade e proporciona o transporte rápido de uma equipa médica, composta por enfermeiro e médico, diretamente ao local onde se encontra a vítima. A sua ativação está dependente do CODU e tem como principal objetivo a estabilização da vítima e, em caso de necessidade, a realização do transporte da mesma com acompanhamento médico (Ministério da Saúde, 2017c).

Quanto à gestão de recursos materiais e segundo o Despacho n.º 5561/2014 (2014), cabe ao INEM coordenar a atividade de gestão e operação dos meios, disponibilizar as viaturas assim como a sua manutenção, assegurar a formação dos profissionais e ainda assegurar a transmissão e integração da informação de cada ocorrência. Também a unidade de saúde, tem a sua quota-parte nesta parceria tendo o dever de fornecer todos os consumíveis clínicos e não clínicos. Assim, e tendo em vista a reposição de *stocks*, ambas as bases têm um armazém avançado de material clínico e não clínico, os quais são utilizados para repor o material, após cada ativação.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, reconhecendo-se competência técnica, científica e humana para prestar CE especializados. Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas detêm, em comum, um conjunto de domínios denominados de competências comuns. Estas competências envolvem diversas dimensões, nomeadamente a educação, a orientação, o aconselhamento, a liderança e a responsabilidade de levar a cabo a investigação relevante para que existam avanços e melhorias na prática clínica em enfermagem, permitindo assim o crescimento e a valorização da enfermagem enquanto profissão (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Nos dias que decorrem fala-se muito em direitos e deveres da pessoa humana, inclusive no que se relaciona com a área da saúde. Os enfermeiros, na sua prática, são diariamente confrontados com situações exigentes onde é necessária uma tomada de decisão de forma crítica e reflexiva.

Dois documentos importantíssimos para a profissão de enfermagem são o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os quais são duas bases fundamentais. De acordo com a OE (2015), capítulo IV, artigo 8º alínea 1 do REPE, os enfermeiros têm de adotar uma conduta ética e responsável atuando no respeito pelos interesses e direitos legalmente protegidos dos indivíduos.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem são realizadas tendo em vista a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, sendo a dignidade considerada o pilar de onde decorrem os restantes princípios e deve estar sempre presente em todas as decisões e intervenções (OE, 2015a).

Na prestação de CE é importante reconhecer e respeitar o carácter individual de cada pessoa, tendo em mente o princípio da liberdade e da dignidade da pessoa humana, os quais se prendem com a autonomia. Esta última, deve ser entendida como a liberdade que a pessoa tem de fazer as suas próprias escolhas e está intimamente ligada ao respeito, pelo que, é frequentemente referido o respeito pela autonomia da pessoa humana (OE, 2015b).

As intervenções de enfermagem realizadas ao ser humano compreendem um conjunto de valores universais tais como: a igualdade; a liberdade responsável com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b). Assim, o domínio da responsabilidade ética e legal espelha a prática do cuidado que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Perante os diversos contextos de prática clínica, somos incentivados a refletir acerca dos aspetos ético-legais, como a privacidade, a individualidade, a confidencialidade e a autonomia.

No decorrer dos ensinamentos clínicos pautei as minhas práticas diárias com responsabilidade profissional, tomando decisões baseadas em princípios e valores ético-deontológicos, e mesmo durante a prestação de cuidados, tentei ao máximo respeitar a privacidade e a individualidade.

A sobrelotação dos serviços de urgência é decorrente não só da grande afluência de doentes, mas também de fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como o número insuficiente de profissionais, a incapacidade de escoar doentes para os internamentos, assim como uma ineficiente coordenação na gestão de camas e no planeamento de altas (Jarvis, 2016). Decorrente deste problema, existe a necessidade de colocar os utentes a aguardar em macas e cadeirões nos corredores, onde a privacidade e a intimidade são frequentemente colocadas em causa, existindo, no entanto, um esforço acrescido por parte dos profissionais para tentar colmatar estas lacunas, nomeadamente através da utilização de biombo e da utilização de locais mais resguardados para a prestação de cuidados em que é necessária maior exposição dos doentes.

No extra-hospitalar, é comum existirem dificuldades em manter a privacidade e a individualidade, uma vez que, em situações de emergência é necessário atuar de forma rápida e eficaz sendo por vezes colocadas em segundo plano. No entanto, e tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal, aquando da avaliação da vítima de acordo com a abordagem ABCDE (*Airway, Breathe, Circulation, Disability, Exposition*), a exposição foi realizada, sempre que possível, já no interior da ambulância.

É frequentemente debatido o princípio do respeito pela autonomia, o qual refere que a pessoa humana é livre de realizar as suas próprias escolhas. Para tal, é importante referir o direito à informação, para que as escolhas sejam livres e esclarecidas, pois a informação

é um critério essencial para o que indivíduo possa consentir ou recusar os procedimentos de saúde propostos. Assim falamos também do consentimento informado, sendo que no decorrer das práticas clínicas, foi explicado, sempre que possível, todos os procedimentos e intervenções, para que a pessoa livre e consciente pudesse tomar as suas decisões de forma esclarecida, procurando sempre obter o seu consentimento livre e esclarecido (OE, 2015b).

Neste seguimento, importa falar no consentimento presumido, pois em algumas situações, não é possível a utilização do consentimento informado, nomeadamente em vítimas com alteração do estado de consciência. Nestas circunstâncias, foi considerado o princípio do consentimento presumido, uma vez que, este pode e deve ser utilizado, quando os utentes se encontram numa situação de urgência/emergência, estando impossibilitados de exprimir a sua vontade, não existindo manifestação anterior no sentido de recusar a prestação de CS (Agência para a Modernização Administrativa, 2023).

Na atualidade, e decorrente dos avançados técnico-científicos, por vezes, é possível prolongar a vida e até mesmo, em alguns casos, o sofrimento. Em algumas situações, por muito que os recursos disponíveis mantenham o suporte da vida este esforço acaba por ser infrutífero, sendo apenas um adiar da morte prolongando a vida sem qualidade.

Para os PS é, por vezes, difícil encarar a morte como um processo normal, encarando-o como a ocorrência de um fracasso pessoal e falha no trabalho desenvolvido, pois são eles que trabalham diariamente para contrariar esse desfecho. No entanto, em alguns casos, a morte apresenta-se como única forma de cessar o sofrimento do paciente (Mota et al., 2011).

No extra-hospitalar, e principalmente na ambulância de SIV, os procedimentos são protocolados, é necessário transmitir os dados ao médico regulador do CODU, sendo que, por vezes, existe a necessidade/obrigação de, de acordo com os protocolos e com a informação transmitida pelo médico regulador, iniciar manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), mesmo em doentes com sinais evidentes de morte. Por outro lado, na VMER, pelo facto de a equipa ser constituída também por um médico, existe maior autonomia para a resolução destas situações, uma vez que o médico presente assume o caso clínico e pode decidir não iniciar ou mesmo suspender as manobras de RCP.

Todos estes processos levantam questões éticas, sendo que, nos dias que decorrem, exige-se o prolongamento da vida e simultaneamente qualidade de vida e bem-estar, o que promove o investimento da medicina despersonalizando os cuidados. Assim, os cuidados paliativos são encarados como uma alternativa ao tratamento fútil, aceitando a morte e promovendo o bem-estar e a qualidade de vida no fim de vida (Fernandes & Coelho, 2014). Desta forma, é importantíssimo que a equipa multidisciplinar reconheça que, por vezes, o esforço para manter a vida será infrutífero e o melhor caminho passará por encaminhar o doente para os cuidados paliativos.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, existiu o confronto, por diversas vezes, com situações em que se levantaram alguns dilemas éticos, nomeadamente no início de manobras de RCP ou até mesmo na sua cessação, tendo sempre por base a reflexão crítica e os princípios da bioética, nomeadamente o princípio da beneficência e da não maleficência, os quais tive a oportunidade de discutir, em conjunto com as equipas multidisciplinares.

Relativamente aos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, a Lei n.º 15/2014 (2014), consolida a legislação relativamente a essa matéria. Neste documento está explanado o direito ao acompanhamento do utente, existindo, contudo, um conjunto de exceções. Decorrente do contexto pandémico vivenciado durante a realização dos estágios, as regras de acompanhamento de doentes foram modificadas, existindo mesmo o cancelamento do acompanhamento dos doentes assim como das visitas. De acordo com a lei referida anteriormente os acompanhantes têm o direito à informação adequada e em tempo razoável, pelo que esta foi uma questão alvo dos meus cuidados.

Também de acordo com a OE (2015), o art 105º. do REPE diz-nos que os enfermeiros têm o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos CE. Tendo em consideração o explanado anteriormente, as informações transmitidas, às famílias/pessoas significativas, foram maioritariamente realizadas telefonicamente, tanto nos serviços de internamento como no SU. Assim, o direito à informação foi uma questão importante, tendo sempre o cuidado de entender se a informação transmitida tinha sido compreendida, pois telefonicamente apenas é possível ter em conta a linguagem verbal, sendo uma dificuldade acrescida na comunicação e conseqüentemente na transmissão da informação.

No SU onde realizei o EC I, existe um Gabinete de Informação à Família (GIF), o qual facilitou a transmissão da informação às famílias/pessoas significativas, o que, em altura de pandemia, se verificou como uma valência ainda mais importante decorrente da impossibilidade de acompanhamento dos doentes. Já no EC III, a transmissão da

informação foi apenas dificultada pela exigência e gravidade da situação, no entanto primei por transmitir a informação de uma forma simples e clara, para que os familiares/pessoas significativas presentes no local da ocorrência não ficassem com dúvidas relativamente às informações transmitidas.

De acordo com o artigo 6.º da Lei n.º 15/2014 (2014) assim como com o artigo 106.º do REPE da OE (2015), os enfermeiros estão obrigados ao segredo profissional relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções. Sendo que, na passagem de turno, existe a transmissão de informação confidencial do doente esta deverá ser efetuada num espaço próprio para tal, de preferência longe dos restantes doentes. Tanto no SU como no SMI a passagem de turno é realizada num espaço amplo onde existem diversos doentes, pelo que tem de existir um esforço acrescido por parte dos profissionais para moderar o tom de voz e direcionar a informação de forma a transmitir a mesma apenas ao colega responsável pelo doente no turno seguinte. Assim, mesmo sendo locais amplos, onde existem diversos doentes, existiu sempre preocupação tanto da minha parte como dos restantes PS, em manter a privacidade e confidencialidade.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

A equipa multidisciplinar tem como tarefa a promoção da qualidade em saúde, sendo que a sua aplicação tem um contexto local, pelo que é importante a definição de padrões de qualidade dos CE. Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade assim como a necessidade de reflexão sobre o exercício profissional, a OE definiu, em 2001, seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo eles: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção da doença, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Estes constituem um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal (OE, 2001).

Assim, podemos afirmar que a criação de sistemas de qualidade revela-se importantíssimo, sendo que os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade dos cuidados. Estes, na procura permanente da excelência no exercício profissional procuram promover a saúde, prevenir a doença, satisfazer as necessidades humanas básicas e promover a autonomia do utente para a autossatisfação

das mesmas, tendo sempre por base os enunciados descritivos dos padrões de qualidade (Fradique & Mendes, 2013).

De acordo com o Regulamento n.º 361/2015 (2015) os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem em PSC são uma base de trabalho com a finalidade de basear e orientar a prática especializada do EEEPSC num conjunto de intervenções altamente qualificadas tendo em vista a diversidade das problemáticas de saúde.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de experienciar a prestação de cuidados tendo em vista a excelência do exercício profissional em enfermagem, tendo presente uma prática segura e com enfoque na uniformização de procedimentos, como pressupõem os Padrões da Qualidade dos CE (Regulamento n.º 361/2015, 2015), a fim da correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade e da gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos, reduzindo a ocorrência do erro humano. Através da utilização de protocolos como o da dor e da administração de insulina, considero mais fácil a uniformização dos procedimentos, a redução do erro humano e o aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Também a nível nacional, através do despacho n.º 9390/2021 (2021), foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o qual teve por base as metas da Organização Mundial da Saúde assim como as recomendações do conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes. Este plano aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 (2021):

reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores. (p. 97).

Assim é notório a existência de riscos e incidentes associados à prestação de CS, os quais, muitas das vezes, podem ser reduzidos ou mesmo eliminados, pelo que a implementação de estratégias para a sua redução torna-se fulcral diminuindo assim os riscos associados

e consequentemente promovendo um aumento de ganhos em saúde. Também a DGS (2011), afirma que as falhas na identificação correta dos utentes promovem erros, nomeadamente erros de medicação.

Sendo o SU um serviço com uma grande afluência de utentes é frequentemente colocado em causa, pela sociedade, a qualidade dos cuidados prestados. No contexto pandémico vivenciado durante os ensinos clínicos, foi notório o aumento das discussões sobre a prestação de CS e a capacidade para a prestação dos mesmos. Também no SMI, e principalmente derivado ao contexto pandémico vivenciado, assisti frequentemente a situações em que os recursos foram escassos perante a imensa afluência de doentes, o que promove os erros decorrentes da prestação de CS. É ainda importante ressaltar também que os incidentes ocorrem em qualquer área dos CS, no entanto os contextos de emergência e de cuidados intensivos são particularmente sensíveis, tanto pela urgência na tomada de decisão como pelo número de intervenções a realizar num curto espaço de tempo (Novaretti et al., 2014).

Com o intuito de melhoria contínua da qualidade existem diversos procedimentos básicos que podem ser adotados com o objetivo de diminuir os erros assim como os riscos inerentes à prestação de cuidados. Alguns desses procedimentos são a correta identificação dos doentes, a identificação da medicação a ser administrada, assim como a realização de intervenções com o objetivo de diminuir o risco de ocorrência de quedas e úlceras de pressão (DGS, 2020b). No decorrer dos ensinos clínicos verifiquei que, em todos os locais de estágio, os PS estavam despertos para a necessidade de adotar procedimentos básicos com o intuito de diminuir os erros, sendo que, também eu adotei esses mesmos procedimentos, os quais se demonstraram eficazes.

No centro hospitalar onde decorreu o EC I, existe um gabinete de gestão da qualidade, o qual tem como objetivo promover o desenvolvimento de métodos que assegurem a melhoria do desempenho e consequentemente da qualidade, o qual está também diretamente associado à gestão do risco hospitalar.

Também o próprio INEM tem como objetivo implementar metodologias e ferramentas da melhoria contínua das suas atividades, sendo que a qualidade é considerada uma responsabilidade de todos os elementos que o representam. Não obstante, existe também um gabinete de qualidade e uma comissão de qualidade responsáveis pela conceção e planeamento da política da qualidade (Ministério da Saúde, 2017d).

Por outro lado, o serviço onde realizei o EC II é acreditado pela *Joint Commission International*, a qual valida a qualidade dos serviços prestados assim como a segurança do utente para os três anos seguintes. Através da acreditação, os riscos e eventos adversos são minimizados, através de uma política de acompanhamento constante da qualidade e melhoria contínua dos processos, existindo um controlo rigoroso no que diz respeito às boas práticas (Joint Commission International, 2022).

De acordo com Costa et al. (2018), é importante avaliar a cultura de segurança dos utentes, de forma a reconhecer potencialidades e fragilidades, facilitando assim a identificação de estratégias de melhoria, contribuindo para a construção de uma cultura positiva e coesa dentro das instituições. Desta forma, e sempre com foco na melhoria contínua da qualidade, torna-se pertinente ressaltar a importância da notificação voluntária de eventos. Através destas notificações será possível detetar e analisar eventos adversos e situações de risco e promover alterações com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos pacientes (Paiva et al., 2014).

Transversalmente a todos os locais de EC existe, na intranet, um programa denominado de *Health Event & Risk Management* (HER⁺), que consiste num programa de notificação eventos e riscos associados com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados, no entanto raramente é utilizado pelos PS. Ainda assim, durante o EC II tive a oportunidade de assistir a uma notificação no programa HER⁺, com o intuito de notificar a forma como estavam a ser prestados os cuidados a doentes com COVID-19, uma vez que toda a equipa reconhecia que o espaço físico não era adequado, que existia falta de recursos humanos e materiais o que provocava um aumento dos riscos associados.

De acordo com Alves et al. (2019), um dos motivos para a subnotificação de erros e eventos é o receio de punições, sendo por isso importante desmitificar e incentivar à notificação de erros e riscos associados à prestação de cuidados, com o intuito de melhoria contínua e não de denúncia ou punição.

Assim, e no decorrer dos ensinamentos clínicos, e como futura enfermeira especialista, desenvolvi as minhas práticas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, efetuando reflexões críticas com o objetivo de identificar lacunas e dificuldades para posterior delineamento de estratégias promovendo assim a prestação de CE eficazes, eficientes e de qualidade. Neste contexto, e decorrente da diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas, o EEEPSC apresenta-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Em enfermagem, a gestão dos cuidados é frequentemente dividida em duas dimensões, a gerencial e a assistencial, as quais se complementam. A primeira é voltada para a organização do trabalho e dos recursos humanos e materiais, tendo como principal objetivo promover as condições adequadas à atuação dos PS assim como a oferta de cuidados de qualidade. Já a dimensão assistencial, tem como foco as intervenções dos enfermeiros assim como as necessidades de cuidados dos doentes (Mororó et al., 2017).

Os enfermeiros representam uma grande fatia dos PS das instituições, sendo que o seu trabalho é encarado como facilitador dos processos organizacionais e do desempenho da equipa multidisciplinar, uma vez que, além de prestarem CS ao utente, também executam tarefas de gestão de serviços e de recursos humanos e materiais necessários à prestação de CS adequados (Ventura et al., 2016).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tendo como foco a competência da gestão de cuidados, tive a oportunidade de, através da vivência de momentos de aprendizagem com os enfermeiros responsáveis de serviço e os enfermeiros responsáveis de turno, aprimorar as competências de gestão. Destas experiências destaco a gestão de recursos humanos e materiais assim como a gestão de doentes e a resolução de problemas.

A gestão de recursos tem diversas finalidades, nomeadamente proporcionar um ambiente terapêutico seguro para a prestação de CS, com redução de riscos associados (Ventura et al., 2016). No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi notório a falta de recursos, sendo crucial a gestão diária dos mesmos, tendo existido a oportunidade de colaborar nesta gestão num contexto excepcional, uma vez que o contexto pandémico vivenciado exacerbou em grande escala estas lacunas. Foi também notório que a elevada taxa de absentismo, mais uma vez exacerbada pelo contexto pandémico vivenciado, constitui um obstáculo na gestão de recursos humanos. Quando o absentismo laboral é elevado tende a originar problemas para a equipa de enfermagem, sobrecarregando os profissionais, exigindo um ritmo mais acelerado e responsabilizando-os por uma maior carga de trabalho, o que promove um aumento do desgaste físico, psicológico e emocional (Trindade et al., 2014).

São diversos os estudos internacionais que evidenciam a importância das intervenções de enfermagem para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que, é importante uma gestão adequada deste grupo profissional. Neste contexto importa ter em conta a dotação adequada de enfermeiros, uma vez que estes são fundamentais para segurança dos utentes

assim como para a prestação de CS de qualidade, sendo importante a utilização de metodologias e critérios que facilitem a adequação de recursos humanos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Com o intuito de maximizar as aprendizagens relativas ao domínio da gestão de cuidados, no EC I, tive a oportunidade de estar um turno em gestão com a enfermeira responsável do SUMC. Neste dia, foi possível familiarizar-me um pouco mais com as atividades de gestão de uma chefia, o método de realização do horário dos enfermeiros, assim como os cálculos efetuados para determinar o número de enfermeiros necessários no serviço, de acordo com as dotações seguras dos CE, segundo o regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos CE. De acordo com esse mesmo regulamento, a dotação adequada de enfermeiros assim como as suas competências e o nível de qualificação, são aspetos fulcrais para garantir a qualidade e segurança da prestação de CS. Para auxiliar o cálculo de pessoal de enfermagem, existem diversas fórmulas e modelos, sendo importante considerar não só o número de horas de cuidados por doente e por dia, mas também as competências dos profissionais e a arquitetura das instituições (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Através deste regulamento, o cálculo para as dotações seguras baseia-se num sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em CE traduzidas posteriormente em horas de cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

No SUMC assim como no SMI, o enfermeiro responsável de turno era maioritariamente um EEEPSC, o qual é responsável, no decorrer do seu turno, por gerir os recursos de acordo com as necessidades do serviço, dos doentes e/ou dos profissionais.

De acordo com a OE (2017), na prestação de CS à população, estes devem ser organizados de forma a otimizar as competências daqueles que têm mais habilidade para implementar cada intervenção, pelo que, o EE é considerado o profissional com melhor formação para desempenhar a função de responsável de turno. Este, decorrente da sua área de especialização, possui um conjunto de competências, que integra concomitantemente as competências comuns e específicas na área de especialização, o que lhe permite “ser líder no conhecimento, nas capacidades e nas habilidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações e promover respostas adequadas e seguras” (OE, 2017, p.2).

No SUMC, a função de coordenação, atribuída ao enfermeiro responsável de turno, era associada também à prestação de CS na SE, o que aumenta a importância deste elemento ser um EEEPSC, pois na sua área de especialização desenvolveu capacidades e competências direcionadas à prestação de cuidados à PSC. No SMI decorrente da impossibilidade de alocar em todos os turnos um EE à função de responsável de turno, é designado um enfermeiro de cuidados gerais, que tenha competências para a função.

No que toca à gestão de recursos materiais, em todos os serviços onde realizei os estágios, os enfermeiros são responsáveis pela monitorização, gestão e reposição de stocks, pelo pedido de medicação à farmácia hospitalar, pela contagem de estupefacientes e pela verificação diária do carro de emergência, sendo habitualmente estas tarefas desenvolvidas pelo enfermeiro responsável de turno. Assim, e sendo os enfermeiros orientadores frequentemente responsáveis de turno, tive a oportunidade de colaborar em todas estas atividades o que ajudou a desenvolver as minhas capacidades de gestão. Através deste método de gestão de stocks é possível garantir que o material está repostado e se encontra conforme para utilização, diminuindo riscos associados à prestação de CS.

Relativamente à distribuição diária dos enfermeiros, é importante compreender o método de trabalho praticado de forma a entender a prestação de cuidados e a gestão dos mesmos. No SUMC onde realizei o EC I, assim como no SMI onde realizei o EC II, vigora essencialmente o método individual, sendo, no entanto, frequente a cooperação entre os elementos da equipa. Através deste método de trabalho os enfermeiros ficam responsáveis pelos cuidados aos doentes que lhes foram atribuídos, durante o seu turno de trabalho, não ocorrendo assim fragmentação de cuidados, uma vez que o enfermeiro é pautado pelo cuidado integral ao doente no decorrer da sua jornada de trabalho (Duarte, 2014).

De acordo com a OE (2012), o enfermeiro realiza uma avaliação relativamente às necessidades de um utente e assume a delegação de tarefas a pessoal funcionalmente dependente de si, supervisionando os cuidados prestados e responsabilizando-se pelos mesmos. Neste sentido, em ambos os contextos de EC, de acordo com a limitação de tempo, e após uma avaliação da situação, os enfermeiros delegam tarefas nos assistentes operacionais, tendo sempre uma relativa supervisão de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

No extra-hospitalar, mais concretamente na ambulância de SIV, o enfermeiro, como elemento mais diferenciado, assume frequentemente a função de *team-leader*, transmite

os dados ao médico regulador, valida a informação e atua de acordo com a decisão da equipa multidisciplinar.

Sendo o extra-hospitalar uma área muito específica e em muitos aspetos divergente da área intra-hospitalar, é pertinente abordar a gestão de cuidados, uma vez que a equipa da ambulância de SIV é constituída apenas por um enfermeiro por turno, sendo que este deve possuir capacidade de avaliar e atuar de forma eficaz e eficiente, mesmo que exista pouca informação sobre a ocorrência. O enfermeiro afeto ao extra-hospitalar deve ainda desenvolver capacidades de avaliação, recolha de informação e gestão, as quais, por vezes, têm de ser executadas simultaneamente.

Nesta área e tendo em vista uma adequada gestão dos cuidados é importante realizar a primeira avaliação da vítima de forma rápida e eficaz, tendo por base a abordagem ABCDE, com o intuito de identificar precocemente focos de instabilidade e minimizar complicações. Além desta avaliação, o enfermeiro do extra-hospitalar tem ainda de recolher informações pertinentes sobre a ocorrência, seja através das equipas presentes no local, de cidadãos presentes na ocorrência ou mesmo informações que o meio ambiente fornece, tal como a cinemática de um acidente de viação.

Desta gestão, destaco a importância do enfermeiro do extra-hospitalar ser um profissional experiente, sendo necessário tomar decisões fundamentadas, as quais nem sempre são fáceis, requerendo experiência, conhecimentos, competências e respeito pelos princípios ético-deontológicos inerentes à profissão. Este, ao cuidar da PSC, deve mobilizar competências profissionais específicas que permitam a prestação de cuidados de forma eficaz, aliando o conhecimento técnico-científico e o domínio da tecnologia, nunca esquecendo a individualização dos cuidados. Assim, os enfermeiros afetos ao extra-hospitalar devem ter competências de gestão, implementação de cuidados de alta complexidade, tomada de decisão, liderança e comunicação, tendo em vista a prestação de cuidados de forma eficaz e eficiente (Camelo, 2012; Costa & Soares, 2017).

Em suma, e considerando a importância da componente de gestão para a enfermagem e para o enfermeiro, quer seja na gestão de recursos humanos e materiais como na gestão de cuidados, é pertinente investir-se no processo de formação académica, através da aproximação entre o conhecimento teórico e a prática, tendo em vista o desenvolvimento de competências de liderança, de trabalho em equipa, de comunicação, de tomada de decisão, de planeamento e de organização.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A realização do EC constitui uma importante ferramenta de ensino/aprendizagem uma vez que permite romper a dicotomia teórica e prática, relacionando os conteúdos teóricos com as situações reais do dia-a-dia. Assim, o EC supervisionado, promove o desenvolvimento de habilidades e competências e fomenta o raciocínio crítico.

O EE deve ter presente a necessidade de formação contínua, de desenvolvimento e aperfeiçoamento constante, de autoconhecimento e de assertividade, baseando a sua prática na evidência científica disponível. Este, deve também, sempre que possível, proporcionar momentos formativos e partilhar com os seus pares os conhecimentos adquiridos (OE, 2009).

No processo de desenvolvimento das aprendizagens do EE, é importante uma introspeção relativamente às suas capacidades e competências assim como a identificação dos seus pontos fortes e pontos fracos. Através do reconhecimento das limitações pessoais e profissionais é possível conceber os pontos fracos como oportunidades de melhoria e crescimento, diminuindo a probabilidade de ocorrência de erro humano, fomentando assim um ambiente terapêutico seguro.

A formação de enfermeiros especialistas é, não só uma necessidade da sociedade, mas também uma mais-valia para aprimorar o ensino em enfermagem. Esta formação permite a qualificação de muitos profissionais, tornando-os mais aptos para praticar cuidados especializados (Silva et al., 2018).

Ao longo dos anos tem existido uma enorme evolução da enfermagem enquanto profissão e disciplina, tendo-se dado cada vez mais ênfase à necessidade da promoção da qualidade dos CE, sendo por isso importante a diferenciação dos mesmos. Assim, torna-se evidente a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências específicas para intervir em contextos de cuidados específicos, nunca esquecendo que esse desenvolvimento parte sempre das competências base. Os cursos de especialização vieram dar resposta a essa necessidade e têm como objetivo o desenvolvimento de competências direcionadas para uma área específica de intervenção, tendo como finalidade capacitar os enfermeiros para dar resposta às necessidades de CS da população (Silva et al., 2018).

No decorrer dos ensinamentos clínicos senti, por diversas vezes, a necessidade de realizar pesquisas e aprofundar os meus conhecimentos. No início de cada EC realizei um projeto

de aprendizagem, adequado a cada contexto, tendo-se revelado, em todos os contextos, uma mais-valia como guia orientador do EC e como uma estratégia para direcionar as aprendizagens.

A realização do EC permite aos estudantes concretizar as aprendizagens teóricas através da realidade da prática clínica de enfermagem, promovendo assim a autonomia, tendo como suporte a prática supervisionada e o acompanhamento do mesmo por parte do docente e de um enfermeiro orientador (Marques et al., 2022).

A aquisição de competências advém de um processo de formação teórico-prático com o intuito de desenvolvimento pessoal e profissional, através de um processo de transformação individual (Farias et al., 2019). Neste sentido os ensinamentos clínicos têm como principal objetivo o desenvolvimento de capacidades e competências, assegurando a constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional enquanto futura enfermeira especialista, proporcionando a valorização pessoal e profissional tendo em vista a qualidade do exercício profissional da enfermagem.

Os diferentes contextos de EC foram promotores de experiências e momentos de aprendizagens quer pessoais quer profissionais, as quais promoveram o desenvolvimento de competências específicas na prestação de CS à PSC influenciando assim a minha identidade profissional como futura enfermeira especialista.

Além do preconizado para a realização dos ensinamentos clínicos, nomeadamente os projetos de aprendizagem e os relatórios de aprendizagem, investi também, a nível pessoal, na realização de pesquisas sobre situações decorrentes no dia-a-dia, tanto de terapêutica, como de patologias ou até mesmo da prestação de CE em situações específicas, uma vez que a minha área de prestação de cuidados é bastante específica e distinta dos contextos onde realizei os estágios.

De forma a aprofundar os meus conhecimentos e transmitir os conhecimentos adquiridos aos restantes enfermeiros com quem colaborei na prestação de cuidados, no decorrer dos ensinamentos clínicos, elaborei alguns trabalhos curriculares. No EC I, elaborei um poster sobre a avaliação da vítima de acordo com a abordagem ABCDE (Apêndice I – Poster Abordagem da Vítima: ABCDE), tendo sido uma mais-valia tanto para a consolidação de conhecimentos como para auxiliar a prestação de cuidados na SE, local onde foi afixado o poster. No EC III realizei um estudo de caso sobre uma situação por mim vivenciada, a qual consistiu no socorro a uma vítima com obstrução da via aérea, dando ênfase à

importância da atuação da tripulação da ambulância de SIV neste tipo de ocorrências (Apêndice II – Estudo de Caso – Ensino clínico III). Neste mesmo EC realizei diariamente o registo de todas as ocorrências, de forma a documentar as experiências vivenciadas assim como promover a reflexão, em conjunto com a enfermeira supervisora, sobre as mesmas.

Tendo em vista o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive ainda o privilégio e o interesse de assistir a duas ações de formação. No EC II a ação de formação era subordinada à *High-Flow Therapy*, a qual consiste numa terapia de oxigénio de alto fluxo utilizada essencialmente nas unidades de cuidados intensivos. Já no EC III, assisti a uma ação de formação sobre a utilização de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) no extra-hospitalar, tendo considerado uma mais-valia para aprofundar e consolidar conhecimentos, uma vez que era um tema já conhecido por mim, no entanto no contexto pandémico vivenciado existiram alterações dos protocolos assim como dos procedimentos na utilização do CPAP.

Destaco o facto de ter contactado com materiais e equipamentos que não faziam parte da minha realidade diária, nomeadamente a utilização de ventiladores para Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), tendo sido um dos aspetos positivos a destacar. A utilização deste material clínico promoveu o desenvolvimento de competências assim como a vivência de novas realidades que, por sua vez, promoveram o pensamento crítico e o desenvolvimento de métodos de trabalho.

Em diversas ocasiões, realizei reflexões conjuntas com os enfermeiros orientadores, questionei sobre situações para mim desconhecidas ou até mesmo sobre questões teóricas ou práticas na qual apresentava algumas lacunas de conhecimento, tendo sido sempre auxiliada e incentivada à melhoria constante, o que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências, assim como a identificação de lacunas revelando-se em oportunidades de aprendizagem e melhoria.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), a PSC é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (pág. 19362).

No regulamento de competências supracitado, encontram definidas as competências específicas do EEEPSC nomeadamente o cuidar de pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dar resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe e ainda maximizar a intervenção, prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a PSC, a quais serão desenvolvidas seguidamente.

3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Tendo como foco a prestação de CE à PSC, é de extrema importância a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, competências e perícia técnica. Neste sentido, e em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), os CE à PSC são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (p.19362).

A integração num serviço tem como intuito facilitar a intrusão dos elementos nesse mesmo serviço assim como na própria instituição, tendo por base a segurança na prestação dos cuidados e o compromisso organizacional (Macedo, 2012). Neste sentido, e de forma a promover uma integração gradual e responsável, iniciei os ensinamentos clínicos através da observação e colaboração na prestação de cuidados tendo como objetivo adquirir mais conhecimentos e competências para posteriormente prestar CE à PSC autonomamente com a supervisão do enfermeiro orientador.

De acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), o doente crítico define-se como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p.12). Assim, posso afirmar, que nos

diversos contextos de EC colaborei na prestação de CS a pessoas em situação crítica, uma vez que estas apresentavam falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência estava dependente de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica.

De forma a desenvolver ao máximo esta competência, durante o EC no SUMC, dei primazia à permanência na SE, a qual constitui uma interface entre a emergência extra-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a abordagem, observação e estabilização de doentes críticos. Assim, a SE deve dispor de equipamento necessário para a prestação de CS à PSC, nomeadamente para a realização de Suporte Avançado de Vida (SAV), devendo, no entanto, ser sempre reconhecida como uma área de avaliação e estabilização do doente e não apenas um local para RCP (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Foram diversas as situações experienciadas, sendo que em todas elas foi realizada inicialmente uma avaliação rápida e precisa, com o intuito de identificar focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória aos mesmos.

Importa referir que o SU constitui uma porta de entrada de um hospital, sendo um serviço onde o ambiente de prestação de cuidados é stressante e imprevisível, com um ritmo de trabalho alucinante, em que todos os minutos são preciosos. Assim, verifica-se a necessidade da existência de uma equipa bem preparada e capacitada com conhecimentos e competências técnicas, sendo necessário tomar decisões rápidas e fundamentadas (Ferreira et al., 2020).

A afluência de doentes, num SU, é imprevisível assim como a gravidade dos mesmos, sendo importantíssima a avaliação dos doentes de forma detetar precocemente situações que coloquem ou possam vir a colocar a vida em risco. Nesse sentido realizei um turno na área da triagem, a qual me despertava imensa curiosidade, onde adquiri conhecimentos sobre a triagem de *Manchester*, a qual é realizada por enfermeiros com competências em triagem, e tem como objetivos identificar critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva e identificar a prioridade clínica com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada (DGS, 2018). Através de algoritmos, e tendo por base as queixas apresentadas pelos doentes assim como a avaliação inicial, é possível identificar precocemente a necessidade de atendimento urgente de uma forma objetiva, permitindo ainda a integração de alguns doentes nas vias verdes e normativos existentes no serviço.

A triagem de Manchester uniformiza os procedimentos e o encaminhamento dos doentes, uma vez que a tomada de decisão é baseada em algoritmos clínicos e centrada nas prioridades dos utentes, promovendo um encaminhamento precoce e uma adequação dos cuidados de acordo com as necessidades da pessoa, promovendo a qualidade e a segurança nos serviços prestados (DGS, 2018).

No SUMC é comum a utilização de protocolos terapêuticos de forma uniformizar os cuidados prestados. Um dos protocolos instituídos é o da Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral o qual tive oportunidade de colocar em prática em conjunto com a equipa multidisciplinar. Este protocolo vai ao encontro da norma n.º 015/2017 emitida pela DGS (2017), a qual refere que o circuito designado por VV tem como intuito diminuir situações que atrasem o acesso da pessoa à unidade de saúde adequada e consequentemente ao tratamento adequado. Assim, estes protocolos de VV, consistem numa estratégia para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado de algumas situações clínicas mais frequentes e/ou graves (DGS, 2017).

De acordo com Gomes (1988), podemos afirmar que os serviços de medicina intensiva foram criados como áreas hospitalares destinadas para pessoas em situação crítica, as quais necessitam de cuidados altamente complexos e de vigilância contínua, de forma a manter as funções vitais, limitando complicações e promovendo a recuperação dos doentes.

A prestação de CE num SMI requer conhecimentos e competências técnico-científicas e tecnológicas, de forma a mobilizar competências profissionais específicas que permitam prestar cuidados de forma eficaz, promovendo a humanização e individualização do cuidado tendo em vista a prestação de CS de qualidade (Camelo, 2012). No decorrer do EC II, no SMI, tive a oportunidade de prestar CE diversificados e adequados a cada situação, assim como tive a oportunidade de compreender a dinâmica da admissão de um doente no serviço, desde a preparação da unidade, receção da pessoa, avaliação, monitorização e vigilância contínua, bem como a elaboração dos respetivos registos no programa *B-Simple*.

A admissão de um doente no SMI é sempre um momento de grande tensão, tanto para os PS, uma vez que vão admitir um doente em estado crítico sendo necessária a prestação de CS de forma célere e adequada, como para o doente uma vez que ficará rodeado de uma panóplia de material tecnológico, o qual poderá provocar elevados níveis de ansiedade. Este momento é habitualmente caracterizado por um excelente trabalho em

equipa, com o objetivo de avaliar, estabilizar e manter as funções vitais do doente. Aquando da chegada do doente à unidade é efetuada a transferência do doente para a cama do SMI e prossegue-se os cuidados através da monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos. Dependendo da situação clínica são colocados, se necessário, linha arterial para monitorização da pressão arterial invasiva, cateter venoso central para administração de terapêutica e/ou monitorização hemodinâmica e entubação endotraqueal para iniciar VMI, procedimentos nos quais tive a oportunidade de colaborar.

Durante todo o internamento do doente no SMI, compete ao enfermeiro prestar cuidados à PSC, vigiar, prevenir e detetar sinais de instabilidade, com o intuito de antecipar focos de instabilidade e instituir precocemente intervenções necessárias. Neste sentido Lino e Calil (2008), referem que a formação dos enfermeiros deve conter os conteúdos que abrangem os desequilíbrios das funções orgânicas assim como estratégias que facilitem o desenvolvimento de competências práticas que possibilitem uma avaliação sistemática, tendo como objetivo o reconhecimento precoce de situações de instabilidade assim como a implementação de intervenções e a avaliação da aplicação dessas mesmas intervenções.

Também no EC III, mais concretamente na ambulância de SIV, onde desenvolvi maior parte do EC, tive a oportunidade de prestar CE, em conjunto com diversos meios do SIEM, a doentes em situação crítica com as mais diversas situações clínicas e em diversas faixas etárias, nomeadamente em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), tendo sempre por base os protocolos que regem a atuação dos enfermeiros na ambulância de SIV. Aquando da colaboração com alguns meios do SIEM, compreendi rapidamente a importância do *team leader* e do papel desempenhado pelo mesmo, tendo em vista um elevado nível de atuação. No EC III, tal como no SU, a avaliação e prestação de CE tiveram por base a abordagem ABCDE, de forma a realizar uma avaliação rápida e precisa, priorizando e identificando problemas que coloquem em causa a vida (INEM, 2020).

Sendo um dos critérios de avaliação a demonstração de conhecimentos e habilidades em SAV, antes de iniciar os estágios fiz questão de aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática, uma vez que a probabilidade de ocorrência de uma PCR era elevada, tendo em conta os contextos de EC. Assim, e como era expectável, tive a oportunidade de presenciar diversas Paragens Cardiorrespiratórias, tendo assumido imediatamente a necessidade de iniciar o algoritmo de SAV. Considero ter tido um papel ativo e dinâmico, em conjunto com a equipa multidisciplinar, durante a execução de manobras de SAV.

As situações de PCR podem desencadear diversos sentimentos nos PS, sejam eles positivos ou negativos. Alguns dos sentimentos negativos, vivenciados e apontados pelos PS, no decorrer de uma PCR, são sentimentos de angústia, ansiedade, frustração, impotência, medo e *stress* (Moreira, 2015).

A atuação do enfermeiro perante uma PCR pode ser dificultada por vários fatores, tais como a inexperiência do enfermeiro e o défice de conhecimentos relativamente aos equipamentos e aos procedimentos. Existem algumas estratégias que auxiliam a diminuição do *stress* perante uma PCR, tais como a formação contínua e a partilha de experiências com o intuito de reflexão da prática clínica (Moreira, 2015).

Neste contexto destaco a importância do empenho prévio, de forma a compreender a atuação dos enfermeiros num contexto de PCR, assim como compreender e assimilar o algoritmo de SAV. Destaco ainda a importância dos enfermeiros supervisores nestes contextos, uma vez que sempre me auxiliaram na prestação de CS, facilitando assim a minha evolução.

A reflexão é um elemento essencial no processo de aprendizagem assim como no desenvolvimento de competências profissionais. Através da realização do *debriefing*, os intervenientes são incentivados a expressar os seus sentimentos e pensamentos, assim como as dúvidas, receios e limitações, de forma a promover a reflexão, incentivando a uma análise mais profunda das suas experiências, com o intuito de aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar as habilidades, promovendo também uma mudança de comportamento tendo em vista a excelência do exercício profissional de enfermagem (Bortolato-Major et. al, 2019).

Após cada situação de PCR, assim como noutras situações em que foi considerado pertinente, proporcionou-se um momento de *debriefing*, de forma a promover as críticas construtivas tendo em vista a excelência do exercício profissional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do meu percurso pelos três locais de EC, desenvolvi competências relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, tentando sempre otimizar as respostas. Os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para avaliação, intervenção e controlo da dor, uma vez que, tanto pela proximidade como pelo tempo de contacto com os doentes, são considerados os profissionais privilegiados (OE, 2008).

De acordo com a *American Pain Society*, a dor foi definida como quinto sinal vital e, posteriormente, a DGS adotou também esta terminologia. A sua avaliação, em algumas situações, poderá auxiliar a identificação do problema apresentado pelo doente, uma vez que a dor consiste numa resposta sintomática do organismo e em algumas situações é mesmo o motivo que levou o utente a recorrer aos serviços de saúde (DGS, 2003).

A dor tem sido referenciada como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional, existindo imensos fatores que contribuem para a sua subjetividade, nomeadamente os fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos e comportamentais, pelo que, a sua avaliação constitui um desafio, sendo uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem (OE, 2008). A existência de dor poderá provocar alterações fisiológicas significativas, sendo importante a gestão e controlo da mesma na PSC. Esta gestão implica vigilância e monitorização através da utilização de escalas, com o intuito de implementar intervenções diferenciadas e posteriormente avaliação da sua eficácia, tendo sempre como foco o bem-estar e o conforto do doente assim como a diminuição do risco de agravar o quadro clínico (Viveiros et. al, 2018).

Nos doentes internados num SMI, a dor está quase sempre presente, uma vez que a sua manifestação está relacionada tanto com a patologia que motivou o internamento como com os procedimentos a que o utente é submetido. Sendo que o controlo da dor pode levar à diminuição do risco de complicações, é importante a sua avaliação e tratamento. Assim, destaco a importância da monitorização permanente da dor, adequando o instrumento de avaliação de acordo com a idade, a situação clínica, facilidade de aplicação e experiência de utilização (Figueira et. al, 2022).

No SMI onde realizei o EC utilizei maioritariamente a *Behavioral Pain Scale*, uma vez que os doentes se encontravam maioritariamente sedoanalgesiados, e esta consiste numa escala comportamental de dor, sendo que o enfermeiro se baseia na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais (Teixeira & Durão, 2016).

O controlo da dor deve ser direcionado não apenas para a implementação de intervenções para o tratamento da dor, mas também para a execução de intervenções para prevenir a dor. Assim, sempre que, através da avaliação de enfermagem, exista evidência de dor ou se preveja a ocorrência de dor, nomeadamente em doentes queimados aquando da realização dos cuidados às queimaduras, os CE devem ser direcionados para a eliminação ou redução da dor para níveis aceitáveis para o utente (OE, 2008).

A prestação de CE baseia-se em intervenções autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são da exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, já as intervenções interdependentes são iniciadas através da prescrição de outro elemento da equipa de saúde, nomeadamente o médico, sendo que o enfermeiro é responsável pela sua execução e posterior avaliação (OE, 2015).

Durante a prestação de CE, no decorrer dos ensinamentos clínicos, realizei a avaliação da dor e utilizei tanto estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, nomeadamente através de posicionamentos antiálgicos, como estratégias farmacológicas, sendo que estas últimas são prescritas pelos médicos, mas a sua execução e a monitorização dos efeitos são da responsabilidade dos enfermeiros.

De forma a assegurar a continuidade dos cuidados, é importante realizar registos de enfermagem, nomeadamente os registos da monitorização e avaliação da dor assim como da aplicação de intervenções terapêuticas para alívio da mesma. De forma geral, os enfermeiros reconhecem a importância da documentação das intervenções realizadas tendo em vista a continuidade dos cuidados prestados, no entanto é frequente depararmos com registos escassos e incompletos (Figueira et. al., 2022). Neste contexto, tentei sempre realizar os registos de forma simples, mas completa, tendo em vista a continuidade dos cuidados prestados.

Na prestação de CS, existem dois tipos de competências que importa desenvolver, as competências técnicas e não técnicas. Perante situações complexas ou situações de urgência e/ou emergência é comum focarmos-nos nas competências técnicas deixando de parte as competências não técnicas, tal como a comunicação, no entanto são de extrema importância em qualquer que seja a situação.

Nestes contextos, a comunicação é tão importante como a compreensão de que comunicar constitui uma das principais atividades do ser humano, pois é impossível não comunicar, sendo que a comunicação é indispensável (Coelho & Sequeira, 2014). Existem diversas barreiras à comunicação, as quais são vivenciadas não só pelos profissionais, mas também pelos doentes e pelas famílias/pessoas significativas. Uma das barreiras vivenciadas e presenciadas no decorrer dos ensinamentos clínicos foi decorrente da utilização constante de EPI, derivado do contexto pandémico vivenciado, nomeadamente a utilização de máscara cirúrgica. A utilização constante deste EPI, dificultou em grande escala a comunicação com alguns utentes e até mesmo familiares, sendo por isso fundamental validar a compreensão da informação transmitida.

No SMI é frequente a presença de doentes sob VMI, sendo a comunicação com estes doentes uma dificuldade sentida pelos PS, uma vez que a comunicação verbal, por parte do utente, se encontra comprometida, sendo necessário utilizar estratégias alternativas.

De acordo com a OE (2001), a satisfação do cliente faz parte de um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos CE, sendo que o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente, sempre na procura permanente da excelência do exercício profissional. Neste seguimento, e segundo Andrez et. al (2020), existem diversos estudos que corroboram a importância da comunicação na satisfação do cliente, afirmando que a satisfação da PSC está relacionada com a comunicação estabelecida por parte dos enfermeiros, nomeadamente na escuta ativa, no olhar atento e na resposta a dúvidas e receios.

Durante os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de prestar CE a diversos doentes submetidos a VMI. Uma das situações, a mais marcante para mim e a qual pretendo salientar, uma vez que a intervenção de enfermagem foi promotora de satisfação do cliente, foi a prestação de CS a um doente consciente e orientado, traqueostomizado e submetido a VMI. Nesta situação, e decorrente do estado de saúde do doente assim como da compreensão do mesmo relativamente à sua situação clínica, este apresentava períodos de ansiedade relativamente à dificuldade em comunicar. Prestar CE a este doente foi particularmente um desafio para mim, uma vez que o utente se encontrava orientado, queria comunicar, no entanto, optava sempre pela comunicação verbal, o que dificultava a comunicação. Em situações como a descrita, os PS sentem-se, por vezes, desconfortáveis ao tentar comunicar, o que promove a diminuição da interação, existindo apenas interação por meio de breves momentos, associadas a procedimentos clínicos (Martinho & Rodrigues, 2016).

Existem diversas formas de contrariar estas dificuldades, nomeadamente através da leitura dos lábios, pedindo ao doente que formule frases simples e curtas ou até mesmo a utilização de linguagem não verbal, através de gestos ou mesmo de escrita, caso exista essa possibilidade. Nesta situação, existiu adaptação das estratégias comunicacionais, tendo sido fornecido ao doente um quadro e um marcador para que tentasse comunicar através da escrita, tendo o utente demonstrado o seu agradecimento e contentamento relativamente a toda esta situação. Assim, importa referir que também os utentes experienciam emoções negativas e aumento dos níveis de frustração derivado das

dificuldades de comunicação vivenciadas, sendo os enfermeiros um grupo profissional privilegiado para minimizar estas situações (Martinho & Rodrigues, 2016).

Como descrito anteriormente, as dificuldades de comunicação são vivenciadas pelos profissionais e pelos doentes, mas também pela família, a qual experimenta sentimentos de impotência e frustração. No que toca à relação terapêutica, esta surge como um método de comunicação no qual o enfermeiro, na sua prática, responde às necessidades do doente e/ou família/pessoas significativas (Martinho & Rodrigues, 2016).

A comunicação eficaz é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica, é parte essencial do processo de cuidar e funciona como base do início de uma relação de confiança. Assim, importa ressaltar que a PSC não existe sozinha, sendo frequentemente acompanhada pela família/cuidador, que também vivencia alterações dos seus padrões habituais. Nesse sentido tentei desenvolver ao máximo as competências comunicacionais, com o intuito de promover uma relação terapêutica eficaz, sendo que, decorrente do contexto pandémico vivenciado, a oportunidade de contactar presencialmente com os familiares/pessoas significativas, quer no EC I como no EC II, foi reduzida.

No ECI, tive a oportunidade de integrar, durante um turno, o GIF, o qual é assegurado por um enfermeiro, com o intuito de transmitir informações às famílias/pessoas significativas. No contexto pandémico vivenciado no decorrer do EC, o GIF revelou-se particularmente importante, uma vez que não era permitida a presença de acompanhantes e era raríssimo a permissão de visitas, as quais ocorreram apenas em situações excepcionais, tal como em situações de fim de vida, pelo que as informações eram transmitidas maioritariamente por telefone.

No EC II, apenas tive contacto presencialmente com um familiar, o qual já estava bastante familiarizado com o SMI e com toda a situação clínica da pessoa doente, pois o utente encontrava-se internado no SMI há 2 meses, não tendo sentido necessidade de desmitificar medos e/ou receios relativamente a todo o aparato tecnológico.

No EC III foi onde senti maior desenvolvimento das competências comunicacionais, no entanto foi também onde senti maior dificuldade. No extra-hospitalar é frequente a vítima encontrar-se acompanhada de pessoas significativas, pelo que é importante comunicar não só com a vítima como com as pessoas significativas, de forma a gerir a comunicação interpessoal, adequar a transmissão da informação decorrente da situação crítica de saúde e ainda assistir a pessoa e/ou família na gestão de perturbações emocionais.

Sendo o enfermeiro um elemento de extrema importância no cuidar da PSC, assumo que o primeiro impacto com os doentes em situação crítica, no decorrer do EC, foi difícil. Inicialmente existia a sensação de medo, que com o passar do tempo deu lugar à sensação de confiança e de capacidade de colaboração na prestação de cuidados à PSC. Assim, e considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e à sua família/pessoas significativas considero que as competências desenvolvidas e exigidas aos enfermeiros especialistas em enfermagem à PSC são fundamentais para o sucesso e para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido adquirir novos conhecimentos tanto teóricos como práticos, o quais contribuíram para a compreensão da importância da avaliação, reconhecimento e priorização, estando sempre atenta ao doente e às suas manifestações com o intuito de identificar precocemente complicações.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O Regulamento n.º 429/2018 (2018) descreve que durante uma “situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p.19363).

Na atualidade, e decorrente da possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, é importantíssimo a realização periódica de uma análise situacional das instituições de saúde, tendo em conta a envolvente externa e interna, a qual se encontra em constante alteração. Através desta análise é possível planear de forma sistemática e integrada, a resposta de emergência a dar, caso exista uma catástrofe natural ou um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (INEM, 2012).

Uma situação de crise consiste num desequilíbrio momentâneo ou permanente entre as necessidades e os recursos existentes. Sendo que, em Portugal, o funcionamento das instituições de saúde está frequentemente perto do limite das suas capacidades ou mesmo no limite das suas capacidades, o plano de emergência torna-se ainda mais vital, tendo em vista o reforço da avaliação dos meios de atuação das instituições face a uma situação de crise, através da definição de regras e normas de atuação. Através da elaboração de um plano de emergência da instituição, diminui-se a necessidade de improvisação, hesitação e dúvida em caso de crise, uma vez que, nestas situações, existe uma grande tensão por parte de todos os profissionais (DGS, 2010).

Durante os ensinamentos clínicos, não existiu nenhuma situação de emergência, exceção e/ou catástrofe, que requeresse colocar em prática o plano de emergência interno das instituições, tendo, no entanto, demonstrado interesse em aprender um pouco sobre o mesmo para, em caso de necessidade, ser parte integrante do processo de aplicação do mesmo.

Numa situação de exceção e/ou catástrofe, é comum existir um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos, pelo que os métodos de triagem devem ser rápidos e eficazes, adaptados à situação. Nestes contextos existe uma mudança de paradigma, deixa de se pensar nos pacientes de forma individual para se pensar nos pacientes de forma global, tentando fazer o melhor para o maior número de indivíduos (Lee, 2010).

Relativamente à preparação dos serviços, no que toca à possibilidade de ocorrência de uma situação de exceção e/ou catástrofe, o SUMC, onde realizei o EC I, encontra-se preparado para tal, existindo um “Kit de Catástrofe”, o qual é conhecido pela equipa, encontra-se bem identificado e adapta o sistema de triagem de *Manchester* a uma situação de exceção e/ou catástrofe. No EC III, que decorreu na ambulância de SIV e na VMER, também existe um *Kit*, denominado de “Kit de triagem multivítimas”, o qual deve ser utilizado com o intuito de racionalizar recursos médicos limitados, sempre que o número de vítimas excede os recursos disponíveis para as socorrer (INEM, 2012).

Relativamente à preservação dos vestígios de indícios de prática de crime, tanto no EC I como no EC III tive a oportunidade de colaborar com vários intervenientes no SIEM, nomeadamente com as forças de segurança na identificação de indícios de prática de crime, nomeadamente na condução sob efeito de álcool. Nestes contextos é crucial a prática de cuidados adequada à situação salvaguardando a preservação de vestígios.

Sendo que os três ensinamentos clínicos decorreram em contexto pandémico, no EC II, tive a oportunidade de colaborar na adaptação do serviço ao contexto pandémico vivenciado, tendo em vista a preparação do mesmo para um futuro incerto em que a possibilidade de existir um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes era uma possibilidade em crescente.

3.3. MAXIMIZAR 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

Nas últimas décadas assistimos a uma evolução significativa na área da saúde, traduzindo-se em enormes ganhos em saúde, permitindo encontrar soluções que outrora eram impensáveis. Não obstante, todas estas conquistas acarretam riscos associados, sendo que as infeções é um dos maiores riscos decorrente desta evolução.

A infeção é um tema amplamente debatido, sendo uma preocupação e complicação a ter em conta quando nos referimos aos CS. Este tema vem sendo debatido há muitos anos, tendo-se assistido a grandes evoluções no que toca à prevenção e ao controlo das infeções.

No âmbito dos CS, é recorrente falar-se de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais, como o nome sugere, são infeções adquiridas pelos utentes decorrente dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e incluem-se entre os eventos adversos mais frequentes da hospitalização (DGS, 2023).

O controlo de infeção é um tema que deve envolver a sociedade em geral, mas principalmente os PS, os quais devem ter sempre presente que qualquer doente é potencialmente contagioso e é necessário ter em conta as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e aplicá-las (DGS, 2012).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC deve responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção assim como da resistência a antimicrobianos, sendo por isso importante reconhecer o risco de infeção decorrente dos múltiplos contextos, da complexidade das situações e da necessidade de recorrer a medidas invasivas tendo em vista a manutenção da vida.

Em Portugal, um dos programas de saúde prioritário é o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o qual tem como objetivo reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de estratégias baseadas na evidência científica, nomeadamente a higienização das mãos (DGS, 2020). As IACS juntamente com o aumento das resistências aos antimicrobianos, têm um enorme impacto na saúde pública, provocando um aumento da morbidade, da

mortalidade, dos tempos de internamentos e dos custos associados (DGS, 2017). Os PS, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel crucial na redução da propagação de microrganismos, uma vez que, através da aplicação das PBCI é possível reduzir o risco de contaminação cruzada em ambientes hospitalares (*Centers of Disease Control and Prevention*, 2019). Através da sua aplicação é ainda possível aumentar a segurança dos utentes, dos profissionais e de todos os indivíduos que têm contacto direto com os serviços de saúde. Neste contexto torna-se crucial que os PS, no decorrer da prestação de cuidados, tenham sempre presente que não só os indivíduos, mas também qualquer equipamento ou material do âmbito da prestação de CS são passíveis de contaminação (DGS, 2012).

As IACS, são frequentemente associadas à utilização de dispositivos invasivos, como os tubos endotraqueais e as sondas vesicais, uma vez que estes dispositivos são possíveis portas de entrada para microrganismos. No SMI, é recorrente a utilização de dispositivos invasivos o que promove o aumento do risco de aparecimento de IACS, fundamentando assim a maior probabilidade de ocorrência de infeções neste serviço (Gonçalves & Carmo, 2022).

Nos últimos anos, de forma a promover a qualidade em saúde e diminuir os riscos associados aos CS, têm surgido várias estratégias das quais se destacam as *Bundles of Care*, propostas pelo *Institute for Healthcare Improvement*. Em Portugal, a DGS implementou também as *Bundles of Care*, denominando-as de “feixe de intervenções”, passando, em 2015, a ser obrigatória a sua implementação. A criação dos feixes de intervenções assim como a sua implementação promovem as boas práticas baseadas na evidência originando um resultado com impacto positivo, assegurando que todos os utentes recebem os cuidados recomendados, baseados na melhor evidência científica disponível (DGS, 2022).

Os feixes de intervenções lançados pela DGS são quatro: a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, prevenção da pneumonia associada à intubação, prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e a prevenção da infeção do local cirúrgico. Estes feixes são um conjunto de intervenções que quando aplicadas simultaneamente promovem melhores resultados do que apenas a adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2022).

A pneumonia associada à intubação é das IACS mais frequentes nos serviços de medicina intensiva. Através da implementação dos feixes de intervenções é possível reduzir a taxa de incidência destas infeções (DGS, 2022). No SMI onde realizei o EC, os PS, na

prestação de cuidados, tinham presente as intervenções delineadas pelo feixe de intervenções, as quais eram diariamente aplicadas, nomeadamente no que toca à necessidade de realização da higiene oral, no mínimo três vezes por dia. Também relativamente às infeções urinárias associadas aos cateteres vesicais, em todos os serviços por onde passei, os PS estavam despertos para a necessidade de implementar as intervenções de forma integrada, tendo em vista a diminuição dos riscos associados à algaliação. Assim, denota-se a importância dos PS, nomeadamente os enfermeiros, no que toca a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

É notável a preocupação mundial no que toca a esta temática, assim, no decorrer do ano de 2007 foi determinada a necessidade da criação de comissões de controlo de infeção nas unidades de saúde (Despacho n.º 2902/2013, 2013). Desde então tem existido um aperfeiçoamento e uma evolução no que toca à organização hospitalar da comissão de controlo de infeção.

As instituições de saúde onde realizei o ECI e o ECII possuem um grupo de coordenação local do PPCIRA, os quais são responsáveis pela elaboração de normas e protocolos institucionais no sentido de prevenir as IACS e melhorar a qualidade dos CS. Tornou-se evidente a implementação da cultura de segurança, tendo em vista a prevenção e controlo das IACS, sendo imprescindível encarar as normas e protocolos como parte integrante do dia-a-dia de todos os profissionais.

Também o INEM possui uma comissão de controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, a qual tem estado alinhada com a estratégia nacional e tem desenvolvido atividades em diversas áreas, tais como a elaboração de planos de ação e a realização de formações sobre as IACS e as PBCI (Ministério da Saúde, 2017e).

Quanto à prevenção da contaminação cruzada, importa referir que os ensinamentos clínicos foram realizados no contexto de uma pandemia e existiram grandes mudanças e adaptações dos serviços decorrente desse mesmo contexto. No SMI existiram mudanças estruturais, de forma a conseguir isolar os doentes com COVID-19. Também no SUMC estas mudanças foram verificadas, existindo a necessidade de criar dois circuitos distintos para o encaminhamento dos doentes após a triagem de *Manchester*. Em situações de doentes reconhecidos como casos suspeitos/confirmados com COVID-19, o circuito do utente era realizado por uma zona distinta dos restantes doentes, conseguindo assim diminuir o risco de contágio, tendo sempre em atenção a prevenção e controlo de infeções.

Quanto à resistência aos antimicrobianos, é importante compreender que as IACS, por si só, intensificam a pressão geradora de resistência aos antimicrobianos devido ao aumento da utilização de antibióticos, constituindo-se uma ameaça à segurança dos doentes, inviabilizando a qualidade dos CS, sendo reconhecida como um problema de saúde pública de relevância mundial (DGS, 2017).

No SMI onde realizei o ECII, aquando da prescrição de antibióticos o prescriptor tem de justificar a prescrição a qual será analisada pelos farmacêuticos e só posteriormente fornecem a medicação. Deste modo, e sendo que a prescrição passa por diversos PS, torna-se mais fácil o controlo do uso inadequado destes fármacos os quais podem originar o aumento da incidência da resistência aos antimicrobianos se a utilização for inadequada (Loureiro et al., 2016).

Em todos os ensinamentos clínicos constatei que existe preocupação por parte das equipas de enfermagem em aplicar as PBCI, nomeadamente a alocação de doentes infetados em quartos de isolamento ou em espaços mais resguardados. Essencialmente no SUMC, foi notório que nem sempre a aplicação das PBCI é eficaz, essencialmente devido a todas as condicionantes que o serviço acarreta, tal como a sobrelotação e a escassez de recursos.

Durante a minha intervenção tentei incessantemente cumprir os protocolos institucionais, bem como as orientações do PPCIRA, ainda que tenham existido alguns constrangimentos nesse sentido, tal como referido anteriormente. Assim, a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção das IACS, bem como na adoção de uma prática segura na prestação dos cuidados, tendo sempre enfoque as PBCI e a adequação dos EPI com os mecanismos de transmissão e com as normas emitidas.

PARTE II – CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS DAV

RESUMO

Enquadramento: Os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros relativamente às Diretivas Antecipadas de Vontade assim como os conhecimentos dos utentes podem influenciar a adesão às mesmas.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimentos, identificar as atitudes, determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos, assim como estes com a idade e os anos de experiência profissional dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, relativamente às Diretivas Antecipadas de Vontade. Identificar estratégias que contribuam para melhorar o conhecimento e as atitudes desses mesmos enfermeiros e ainda estratégias para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Metodologia: Estudo quantitativo, correlacional com recurso à aplicação de um questionário. Foram incluídos como participantes os enfermeiros de um serviço de nefrologia de um hospital do centro do país, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS Statistics, versão 28.0 e recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk e de correlação de Spearman. As questões de resposta aberta foram tratadas com recurso a frequências.

Resultados: Os enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal apresentam conhecimentos e atitudes positivas relativamente às Diretivas Antecipadas de Vontade. Foram enumeradas 5 estratégias para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade e outras 5 para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal relativamente a esta temática.

Conclusão: Existem lacunas importantíssimas relativamente aos conhecimentos sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade sendo importante recorrer às estratégias enumeradas de forma melhorar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros relativamente a esta temática contribuindo para o aumento da literacia em saúde.

Palavras-Chave: Diretivas Antecipadas de Vontade; Enfermeiros; Conhecimentos; Atitudes; Estratégias.

ABSTRACT

Framework: The knowledge and attitudes of nurses concerning the Advance Directives of Will, as well as the knowledge of patients may influence the accession of the above mentioned.

Objectives: Evaluate the level of knowledge, identify the attitudes, determine the relation between attitudes and knowledge, as well as these with the age and the years of professional experience, who work with critically patients and collaborate in the kidney artificial function, concerning the Advance Directives of Will. Identify strategies which contribute to improve knowledge and attitudes of the mentioned nurses and also the strategies to better the knowledge of patients to replacement techniques of the kidney function under the Advance Directives of Will.

Methodology: A quantitative and correlational study with the resource of a questionnaire. The nurses were included as participants of a nephrology service in a hospital in the center of the country, may work with critical patients and collaborate in the artificial kidney function. The statistic analysis was performed with software IBM SPSS Statistics, version 28.0, and the resource the Shapiro-Wilk test and Spearman correlation. The questions to the open answer were backed up using frequencies.

Results: Nurses who work with critical patients and collaborate in the artificial kidney function support show knowledge and positive attitudes concerning the Advance Directives of Will. Five good strategies were mentioned to improve knowledge and attitudes concerning the Advance Directives of Will and other five to improve knowledge of the patients submitted to replacement techniques of kidney function concerning this theme.

Conclusion: There are important gaps regarding the knowledge under the Advance Directives of Will, therefore it's important to turn to the strategies mentioned, so to improve knowledge and attitudes of the nurses regarding this theme, contributing to the increase of literacy in healthy.

Keywords: Advance Directives of Will; Nurses; Knowledge; Attitudes; Strategies.

1 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, decorrente dos avanços tecnológicos e científicos, por vezes, torna-se possível prolongar a vida. Sendo que os PS, nomeadamente os enfermeiros, são constantemente confrontados com situações de fim de vida, e orientam a sua prática tendo em vista a autonomia do doente e a sua vontade, muitas vezes questionam a prática de alguns cuidados quando os doentes se encontram incapacitados para decidir.

Numa altura que, em Portugal, é debatido as opções de final de vida, nomeadamente a eutanásia, importa compreender melhor as DAV, uma vez que é um documento que permite a todos os cidadãos expressar livremente a sua vontade, pelo que se considera importante saber qual o grau de conhecimento e quais as atitudes dos enfermeiros perante as DAV.

Assim, este estudo debruça-se sobre a temática “Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros sobre as DAV”, o qual foi motivado pela evidência científica, pela experiência profissional da autora bem como pelo interesse pessoal no tema. Desta forma, o estudo surge com a convicção de que é possível contribuir para a melhoria dos CS, assim como para a reflexão sobre as decisões centradas nas pessoas e as decisões éticas em fim de vida.

Esta temática, apesar de já ser alvo de vários estudos de investigação mantém-se importante como alvo de estudo, uma vez que, sendo as DAV algo muito esperadas tanto pela população em geral, como pelos PS, na prática, em Portugal, existe ainda uma fraca adesão e compreensão, apesar de alguns estudos apontarem que a maioria da população, nomeadamente os PS, refere que gostaria de ver respeitada a sua vontade em situação de fim de vida.

Direcionando um pouco mais este estudo, é de referir que o doente crítico é aquele em que a “vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19362). Assim, na prestação de CS ao doente crítico existe, por vezes, a possibilidade de manipular o momento da morte, que, em situações limite, é possível manter as funções vitais através de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica, tal como na insuficiência renal através da realização de técnicas de substituição da função renal.

Partindo de todos estes pressupostos, este estudo tem como objetivos avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV; identificar as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV; determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV; determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV e a idade e anos de experiência profissional; identificar estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV; identificar estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV.

2 – ENQUADRAMENTO

Ao longo dos anos, o conceito de morte tem sofrido imensas alterações decorrentes das influências sociais e culturais. Este é um conceito relativo e complexo influenciado pelas crenças, valores e atitudes. A morte passou de um fenómeno simples e habitual, que fazia parte do quotidiano da população para um assunto tabu, tendo passado de apenas um momento para um processo vivenciado pelas pessoas (Silva et. al, 2011).

Tem existido um enorme desafio enfrentado pela medicina, que consiste no prolongamento da vida adiando a morte. Este desafio tem sido conseguido com sucesso, decorrente de todo o avanço científico e tecnológico observado, no entanto a morte continua a ser a inequívoca verdade da condição humana, sendo um acontecimento natural e intrínseco à condição humana. De acordo com Pacheco (2014), a morte continua a ser um mistério que representa o desconhecido e a perda definitiva, a qual acarreta uma grande diversidade de sentimentos.

Neste sentido, decorrente dos avanços técnico-científico e da medicina, assistimos a uma melhoria crescente dos CS, assim como do acesso aos mesmos, sendo possível manipular o momento da morte, que, em situações limite, é possível manter as funções vitais através de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica. Assim, a esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos, sendo que, de acordo com a Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021), em Portugal, desde 1970 até 2019 a esperança média de vida à nascença aumentou 14 anos, passando de 67 para 81 anos, o que levantou algumas questões, nomeadamente a qualidade de vida associada ao aumento da esperança média de vida.

Relativamente à habilidade de lidar com a morte, esta faz parte do quotidiano dos PS tornando-se frequentemente companheira de trabalho. Dentre os profissionais envolvidos nos processos de morte, os enfermeiros são os que mais próximos estão dos doentes e das pessoas significativas, enfrentando a morte de pessoas sob seus cuidados, o que não isenta os profissionais de expressar sentimentos e pode mesmo ocasionar maior desgaste emocional (Saioron et al., 2017). Neste sentido torna-se importante uma maior compreensão sobre a morte, com o intuito de controlar melhor as emoções, ajudar mais facilmente os doentes e os seus familiares e ainda encará-la como parte integrante da vida e não apenas como um fracasso terapêutico (Saioron et al., 2017).

Assim, é importantíssimo que os PS reconheçam a finitude da vida, diminuindo os sentimentos de fracasso perante a morte de um doente, reconhecendo também o indivíduo como um ser biopsicossocial permitindo que o mesmo vivencie uma morte digna de acordo com os seus próprios valores, crenças e vontades pessoais (Scottini et al., 2018).

Autonomia, liberdade e tomada de decisão

A esperança média de vida e a qualidade de vida não evoluíram equitativamente. É importante compreender que alguns tratamentos podem afetar drasticamente a qualidade de vida, pelo que se torna primordial considerar que o tratamento prolonga a vida, mas poderá interferir na qualidade da mesma e ainda que a interrupção do mesmo poderá diminuir o tempo de vida, no entanto melhorar a qualidade da mesma. Sendo estas questões conflituantes, envolve diversos intervenientes e devem ser tidos em conta os prós, os contras, a vontade e desejo do utente, no entanto é comum, ainda nos dias que decorrem, a adoção de uma posição paternalista por parte dos PS (Kovács, 1998; Batista et al., 2018).

No decorrer do século XX existiu uma mudança na relação médico-utente. Até então o médico tomava todas as decisões terapêuticas, tendo por base um modelo paternalista, pelo que a associação americana de hospitais, em 1973, alterou o código dos direitos dos pacientes, o qual dava como garantia, ao paciente, o direito de ser informado plenamente sobre a sua doença (Scottini et al., 2018).

Também na convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do Ser Humano face às aplicações da biologia e da medicina, que decorreu em 1997, no artigo 5º, refere que o consentimento livre e esclarecido diz respeito a todas as intervenções da área da saúde, sendo necessário informar sobre o objetivo, a natureza e as consequências dos cuidados propostos, sejam eles atos de diagnóstico ou de intervenção terapêutica, e que a pessoa, pode em qualquer momento, revogar o seu consentimento (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, 2021).

Posteriormente, em 2010, também no Brasil, através do novo código de ética médica, o qual reconhece o doente como um ser autónomo e capacitado para tomar decisões, passou a ser obrigatório, em todas as instituições de saúde, a obtenção antecipada do termo de consentimento informado relativamente a todas as técnicas e intervenções terapêuticas efetuadas (Scottini et al., 2018).

Em 2013, também a DGS (2013), emitiu a norma n.º 015/2013, relativa ao consentimento informado, livre e esclarecido, o qual tem em conta o princípio ético do respeito pela autonomia. Este é considerado uma manifestação do respeito pelo ser humano e pela sua autonomia, na participação ativa da tomada de decisão relativa à manutenção da sua saúde. Através do consentimento informado reconhece-se, ao indivíduo, a capacidade de decidir de forma livre e esclarecida sobre a sua saúde e os CS propostos, integrando assim a pessoa no processo de decisão terapêutica

Em diversas ocasiões, nomeadamente em algumas situações de doentes críticos, o consentimento informado não pode ser utilizado, sendo, por isso, utilizado o consentimento presumido. Este, de acordo com DGS (2013), consiste em considerar que a pessoa consentiria os CS prestados caso conhecesse as circunstâncias em que os mesmos estão a ser executados, e, é particularmente importante em circunstâncias nas quais a pessoa se encontra inconsciente e há risco sério para a sua saúde e para a sua vida.

Paralelamente ao prolongamento da vida e à necessidade de consentimento informado/presumido, surgem algumas questões tal como, em que medida as intervenções realizadas, mesmo prolongando a vida, respeitam a vontade da pessoa, quando esta se encontra incapaz de expressar a sua vontade.

Assim, levantam-se outras questões, nomeadamente o respeito pela autonomia e o cumprimento da vontade do doente, mediante os novos tratamentos e técnicas que prolongam a vida e adiam a morte sem perspectiva de cura e sem benefícios para o doente. Aliado ao uso desproporcional de procedimentos médicos, começou-se a falar na possibilidade de redigir um documento, que vincule a decisão médica à decisão do doente sobre a continuidade ou não de procedimentos terapêuticos (Santos, 2019).

A par do consentimento informado, tentando dar respostas a questões mais profundas às quais o consentimento informado não consegue responder, surgiu então o conceito de DAV as quais abrangem o TV e/ou a nomeação de um PCS.

As diretivas antecipadas de vontade

Na atualidade, através da evolução técnico-científica é possível manipular o momento da morte, sendo que, em algumas circunstâncias, existe uma verdadeira obstinação irracional, com o prolongamento da vida e o adiamento da morte, quebrando o tratamento digno que o doente deve ter no final da vida.

Para evitar isso, torna-se cada vez mais relevante o poder de decisão do doente, sendo necessário compreender que cada utente é único, com a sua história, as suas experiências e os seus conhecimentos, tendo sempre por base o princípio da autonomia e o respeito pela dignidade humana. Assim, o direito a uma morte digna consta dos princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia e da liberdade individual de escolha, surgindo nesse contexto e como forma de compreensão desses princípios, as DAV (Neves, 2013).

As DAV surgiram inicialmente nos Estados Unidos da América, através de uma lei federal que permitia ao utente expressar os seus desejos e vontades, para que, no futuro, caso o indivíduo não se encontrasse capaz de as expressar, estas, fossem tidas em conta, preservando assim a autonomia e a dignidade do indivíduo (Mabtum & Marchetto, 2015). Seguidamente vários países seguiram os mesmos passos, regulamentando as DAV.

Em 2006, em Portugal, a associação Portuguesa de Bioética apresentou à assembleia da república um projeto de diploma, onde estava referida a necessidade de criação de um documento onde cada pessoa possa exercer o direito de formular as DAV no âmbito da prestação de CS (Melo & Nunes, 2007). Só em julho de 2012 foi publicada em diário da república a Lei nº. 25/2012 a qual regula as DAV sob a forma de TV e a nomeação de PCS e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

De acordo com a Lei nº. 25/2012 (2012), as DAV consistem num documento no qual uma pessoa com plena capacidade de exercício de direitos, manifesta os CS que pretende ou não receber e/ou nomear um procurador de cuidados de saúde.

A nomenclatura das DAV explica-se pelas seguintes razões, “diretiva” como uma orientação ou instrução e “antecipada” como uma manifestação redigida anteriormente ao momento em que o indivíduo se encontra, já “vontade” esta relacionada com o desejo do indivíduo com base no seu discernimento e capacidade de escolha tendo por base o seu desejo e a sua vontade (Alves et al., 2012).

As DAV podem assumir duas modalidades, sendo uma delas o TV, que, de acordo com a Lei nº. 25/2012 (2012):

são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja

receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. (p. 3728)

A outra modalidade é a eleição de um PCS ao qual atribui poderes representativos para “decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Lei n.º. 25/2012, 2012, p.3728).

No decorrer da criação das DAV, foi também criado o RENTEV, o qual tem como finalidade receber, registar, organizar e manter organizada e atualizada a informação e a documentação relativamente às DAV e à procuração de CS, no entanto não é obrigatório o registo das DAV no RENTEV.

Desde 2012 que era possível realizar o TV, no entanto até 2014 este implicava a redação de um documento com estrutura livre o qual carecia de validade jurídica e nem sempre respondia a todas as questões. Só em julho de 2014, através da portaria n.º 96/2014, foi regulamentada a organização e o funcionamento do RENTEV, tendo como intuito o registo de todos os TV e permitir aos médicos o acesso à vontade dos doentes em situações que estes não se encontrem capacitados para as expressar (Gueifão, 2018).

Posteriormente, através da Portaria n.º. 141/2018 (2018) existiu a primeira alteração à portaria n.º 96/2014, a qual refere que o acesso aos registos informáticos do RENTEV deve estar acessível aos PS que deles necessitem para tomar as suas decisões face aos CS que são da sua responsabilidade. Através desta alteração, também os enfermeiros passam a ter o direito de aceder ao RENTEV, sempre que necessário, para tomar decisões face aos CS da sua responsabilidade.

Em suma, de acordo com a lei n.º. 25/2012 (2012), as DAV destinam-se a todos os cidadãos com 18 ou mais anos, que não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e seja capaz de expressar a sua vontade antecipadamente de forma consciente, livre e esclarecida.

Assim, o pressuposto básico das DAV é a garantia do respeito pela autonomia do utente, através de uma perspetiva prospetiva, uma vez que as pessoas se deparam com a finitude da vida e redigem um documento de DAV fazendo valer a sua vontade relativamente aos CS que querem ou não receber caso se encontrem incapacitadas para expressar a vontade pessoal.

Nesta área, os enfermeiros têm um papel importante, uma vez que são dos PS que mais tempo passam com o doente pelo que são um grupo privilegiados para os elucidarem sobre o conceito, âmbito e alcance das DAV. É ainda pertinente que estes profissionais, estejam familiarizados com as DAV, uma vez que devem respeitar a autonomia do doente no processo de decisão terapêutica, mesmo em situações em que o doente não se consiga expressar livre e autonomamente, mas exista um documento de DAV (Barreto & Capelas, 2020).

Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros relativamente às DAV

Sendo que na atualidade mantém-se uma baixa taxa de adesão à DAV, o conhecimento dos PS, nomeadamente dos enfermeiros, assim como as suas atitudes referentes às DAV têm sido colocados em questão, uma vez que a promoção da literacia em saúde também passa pelo desempenho profissional dos enfermeiros.

É comum associar os conhecimentos às atitudes dos PS, nomeadamente no que toca a esta temática, existindo alguns estudos que abordam tanto os conhecimentos como as atitudes destes profissionais. Com o intuito de cumprir as DAV, é importante que os PS se encontrem capacitados, compreendam as DAV assim como os seus aspetos éticos e legais (Forero, et al., 2019).

Relativamente aos conhecimentos dos PS, nomeadamente dos enfermeiros, no que toca às DAV, diversos estudos demonstram a existência de lacunas nos conhecimentos, o que tende a influenciar a divulgação da informação, por parte dos PS, relativamente a esta temática. De acordo com Shepherd et al. (2018), Hsieh et al. (2019) e Rodrigues (2019), os enfermeiros apresentam um nível baixo ou insuficiente de conhecimentos sobre as DAV.

De forma a colmatar essas lacunas, Roque et al. (2020), ressalta a importância de abordar a temática das DAV, em contexto académico, de forma a valorizar esta temática, uma vez que existem lacunas de conhecimento o que, por sua vez, demonstra lacunas a nível da formação dos enfermeiros. Também Barreto & Capelas (2023), referem que é importante investir na formação e informação nesta área de forma a melhorar as lacunas no que toca aos conhecimentos sobre as DAV, tendo em vista o aumento da segurança dos enfermeiros na divulgação de informação sobre as DAV.

Relativamente às atitudes dos enfermeiros quanto às DAV são diversos os estudos que apontam para a existência de atitudes positivas relativamente às mesmas. Tanto Gimeno

et al. (2018) como Hsieh et al. (2019), demonstraram a existência de atitudes positivas por parte dos PS, nomeadamente dos enfermeiros, no que toca às DAV.

Técnicas de substituição da função renal

A Lesão Renal Aguda (LRA) é definida pelo célere declínio da taxa de filtração glomerular, com conseqüente aumento dos níveis de ureia e creatinina sérica e alteração do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base (Rocha et al. 2006; Kellum et al. 2021). Esta é considerada uma das patologias mais comuns em ambiente hospitalar a qual é potencialmente reversível (Cardoso et al., 2017),

Esta patologia é frequentemente associada a mais do que um mecanismo fisiopatológico e pode apresentar diferentes manifestações clínicas, sendo crucial identificá-lo corretamente de forma a adequar a abordagem e a intervenção terapêutica. Em algumas situações clínicas de LRA, as medidas conservadoras implementadas são insuficientes, sendo inevitável o início de uma técnica de substituição da função renal, uma vez que existe risco eminente de complicações para o paciente e/ou a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de intervenção terapêutica.

Em situações de LRA é importante prevenir a necessidade de início de diálise urgente, pelo que, em algumas situações, está indicado o início precoce de diálise de forma a evitar o desenvolvimento de quadros urémicos exacerbados e/ou complicações clínicas, eletrólíticas e metabólicas (Yu et al., 2007).

Decorrente da diminuição da taxa de filtração glomerular ocorre a diminuição da excreção de metabolitos, aumentando a concentração plasmática dos mesmo o que poderá provocar a denominada sintomatologia urémica, a qual é caracterizada por fadiga, tremores e confusão. Além destes, existem muitos outros sinais e sintomas que podem advir da LRA, tais como: anorexia, náuseas, vômitos, edemas, insuficiência cardíaca refratária, sonolência e coma (Kellum et al., 2021 & Martínez, et al., 2022)

Sendo a confusão e o coma sintomas da LRA, por vezes, é debatido pelos PS que colaboram no suporte artificial da função renal a pertinência da indução de técnicas dialíticas em algumas situações clínicas, principalmente quando o utente não se encontra capaz de decidir e existe dúvidas da pertinência da técnica e da qualidade de vida com que o utente ficará. Assim, é frequentemente debatido o benefício e/ou a futilidade do início do tratamento, o qual levanta questões conflitantes devendo envolver-se na tomada de decisão os prós, os contras, a vontade e desejo do utente, sendo que estes dois

últimos nem sempre podem ser tidos em conta caso o utente se encontre inconsciente ou confuso e não tenha realizado as DAV.

2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Com o intuito de explicitar de forma sucinta a área de investigação, foram elaboradas seis questões de investigação, que servem como questões orientadoras, constituindo enunciados interrogativos, precisos e escritos no presente, sendo que habitualmente incluem uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2009). Atendendo ao marco teórico e à pertinência do estudo, as questões de investigação para este estudo são:

- Quais são os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV?

- Quais são as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, perante as DAV?

- Qual é a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV?

- Qual é a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV e a idade e os anos de experiência profissional?

- Quais são as estratégias auto-percecionadas a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV?

- Quais são as estratégias auto-percecionadas a desenvolver para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV?

3 – METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009, p.53) a fase metodológica consiste “em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses”.

Nesta linha de orientação, optámos pela realização de um estudo de natureza quantitativa e correlacional, a qual advém não só do tipo de técnicas de recolha de dados, mas também dos objetivos do estudo, os quais pretendem fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo, as relações existentes entre elas e examinar a associação de uma variável com outras variáveis.

A população é um conjunto de elementos que possuem características comuns, satisfazem os critérios de seleção e permitem fazer generalizações. Já a amostra é obtida através de uma porção da população sobre a qual incide o estudo e deve ser representativa da população selecionada, ou seja, certas características da população devem estar presentes em todos os elementos (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo, a população definida são os enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sendo que a amostra consiste nos enfermeiros de um serviço de nefrologia de um hospital do centro de Portugal, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal.

Existem diversas técnicas de amostragem, sendo que o investigador deve selecionar a que melhor se ajusta ao objetivo do estudo (Fortin, 2009). O método de amostragem selecionado para este estudo foi a não probabilística por conveniência, pois foram selecionados elementos facilmente acessíveis e com critérios de inclusão definidos e nem todos os enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal tiveram a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

Para a seleção da amostra foi ainda definido como critério de inclusão: Os enfermeiros que aceitem voluntariamente participarem no estudo e trabalhem no serviço de nefrologia do hospital selecionado.

Deste modo, a amostra deste estudo foi de 27 enfermeiros. Apenas 9 enfermeiros do serviço selecionado não preencheram o questionário enviado via *e-mail*, sendo a taxa de adesão de 75%.

Relativamente à recolha de dados e, de acordo com Fortin (2009, p. 369), “no momento da escolha do método de colheita dos dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual ou teórico.”.

Assim, de forma a avaliar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV, foi construído e aplicado um questionário aos enfermeiros do serviço selecionado (Apêndice III – Questionário: Diretivas Antecipadas de Vontade).

O questionário é constituído por quatro partes: na primeira parte procurou-se caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, profissionais e informações sobre as DAV, através de questões fechadas dicotómicas e uma questão aberta.

Na segunda parte foram realizadas 21 questões fechadas dicotómicas, de Verdadeiro (V) e Falso (F), sobre os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às DAV, as quais surgiram da revisão da literatura. A avaliação das questões foi adaptada à avaliação realizada previamente por Gueifão (2018) no seu questionário, pelo que os indivíduos que respondessem V às questões 13; 15; 17; 18; 19; 28; 30; 31; foram cotadas com o valor 1. As questões 11; 12; 14; 16; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 29; que os inquiridos responderam F foi cotado com 1. Todas as outras as respostas foram cotadas com zero, sendo que o total poderá oscilar entre 0 e 21.

Na terceira parte foi aplicada a escala “Atitudes da População Portuguesa Sobre Diretivas Antecipadas de Vontade” construída por Gueifão (2018), a qual foi desenvolvida segundo a escala de grau de concordância de Likert, e é interpretada de acordo com o score médio/média ponderada, sendo o que quanto mais alto o valor obtido, mais positivas são as atitudes face às DAV (os valores poderão oscilar entre 1 e 5). Importa referir que os itens 1,2,3,4,5,8,9,11,14,15,18 se encontram invertidos (Gueifão, 2018).

Na quarta parte foram realizadas duas questões de resposta aberta, onde se pretende saber quais as estratégias, na opinião dos enfermeiros, que podem melhorar os conhecimentos e as atitudes dos mesmos assim como estratégias que devem de ser utilizadas pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal.

Os enfermeiros do serviço selecionado foram contactados por correio eletrónico, através de questionários online em formato *Google Forms*, ferramenta gratuita e de fácil acesso,

garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes, respeitando assim os princípios éticos inerentes à investigação. Deste modo foram enviados *e-mails* no dia 21 de junho de 2022, com o pedido de colaboração e a hiperligação do questionário aos profissionais do serviço em questão, tendo obtido 27 respostas válidas.

É de evidenciar que, para a realização deste trabalho, foi tido em conta os procedimentos formais e éticos, de forma a salvaguardar todos os direitos das pessoas envolvidas no decorrer do processo de investigação.

As comissões de ética consistem em comissões profissionais responsáveis por avaliar os projetos de investigação de forma a certificar que os mesmos respeitam os direitos humanos (Fortin, 2009). Neste sentido foi solicitado parecer à comissão de ética do hospital onde se realizou o estudo, através do envio de um *e-mail* com o projeto de investigação, tendo-se obtido resposta com parecer positivo. Foi também dado conhecimento, previamente ao início do estudo, à Sra. Enfermeira diretora assim como à enfermeira responsável do serviço de nefrologia.

O grupo de participantes, foi constituído de acordo com a voluntariedade dos elementos, com base no princípio da autonomia, sendo fornecida toda a informação sobre o estudo de forma que tomem uma decisão consciente e informada.

Com o intuito de manter o respeito pela intimidade, bem-estar e individualidade dos intervenientes, assim como tendo em conta o regulamento da proteção de dados, foi assegurado, a todos os participantes no estudo, a confidencialidade e privacidade dos dados pessoais.

Relativamente à análise e tratamento de dados, de acordo com Fortin (2009, p. 474), a análise dos dados deve permitir evidenciar “as variáveis que serviram para caracterizar a amostra e as que foram ligadas entre si e para determinar se as hipóteses postas à prova por meio de testes estatísticos, são confirmadas ou infirmadas.”

Os dados obtidos através da análise das respostas às partes I, II e III do questionário foram codificados e registados em suporte informático e analisados estatisticamente através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 28.0. Os dados obtidos através das perguntas de respostas abertas dado o conteúdo das mesmas, foram tratados com recurso a frequências.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta última

começou-se por utilizar o teste de Shapiro-Wilk para analisar a normalidade da distribuição (Tabela 1).

Tabela 1 - Teste de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl.	p
Atitudes	0,958	27	0,334
Total de Conhecimentos	0,922	27	0,043

Após a aplicação do teste de Shapiro-Wilk (p) verificamos que apenas as atitudes apresentavam distribuição normal ($p > 0,05$) pelo que optamos por realizar testes não paramétricos. Em virtude das variáveis em análise serem quantitativas realizamos o teste de correlação de Spearman (rs).

4 – RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise dos resultados obtidos tendo por base os objetivos definidos para o estudo assim como as questões de investigação.

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A média de idades era de $44.9 \pm 10,4$ anos, variando entre um mínimo de 25 e um máximo de 59 anos. A maioria dos inquiridos era do género feminino (92.6%) e licenciada (74.1%). A média dos anos de experiência profissional era de $21.8 \pm 10,3$ anos.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à caracterização sociodemográfica (N = 27)

	N.º	%
<i>Género</i>		
Feminino	25	92,6
Masculino	2	7,4
<i>Escolaridade</i>		
Especialista	4	14,8
Licenciado	20	74,1
Mestre	3	11,1

Diretivas antecipadas de Vontade

Todos os inquiridos já tinham ouvido falar das DAV/TV sendo que 26 (96,3%) responderam que não tem TV ao contrário de 1 (3,7%) que indica que tem TV.

A proporção de inquiridos que considera que os enfermeiros deveriam abordar o assunto das DAV com os doentes eleva-se a uns expressivos 88,9% contra 3 (11,1%). No decorrer da sua prática profissional, 18,5% dos enfermeiros indicam que já informou ou discutiu com algum doente a possibilidade de este elaborar um TV, e de forma unânime todos consideram que, na atualidade, as DAV são um assunto importante de abordar.

Apenas 1 (3,7%) enfermeiro ao contrário de 26 (96,3%) não considera que as DAV podem evitar a prática de uma “medicina defensiva”, que visa prolongar a vida até ao limite.

Conhecimentos e atitudes sobre as DAV

De forma a mensurar os conhecimentos sobre as DAV, foi solicitado aos participantes que classificassem como verdadeiras ou falsas 21 afirmações. Consideramos 10,5 o valor médio, acima do qual os conhecimentos eram positivos e abaixo negativos. As estatísticas descritivas dos valores obtidos nos questionários sobre os conhecimentos perante as DAV podem ser observadas na tabela seguinte, nela indicamos o valor mínimo e máximo, média e respetivo desvio padrão (Tabela 3).

Através da análise da tabela 3 é possível verificar que o valor mínimo foi de 9 respostas corretas, representando um nível de conhecimento negativo, uma vez que é inferior ao ponto médio de avaliação (10.5), e o valor máximo foi de 19 respostas corretas. A média obtida relativamente aos conhecimentos sobre as DAV foi de 14.19 pontos.

Tabela 3 - Descrição dos resultados dos Conhecimentos perante as DAV

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Conhecimentos DAV	9,00	19,00	14,19	2,17

Ainda relativamente aos conhecimentos demonstrados, de forma a classificá-los qualitativamente, dividimos os valores dos conhecimentos positivos ($\geq 10,5$) em quartis. Assim ficamos com uma classificação qualitativa de suficiente ($\geq 10,5$ e $< 13,125$), bom ($\geq 13,125$ e $< 15,75$), muito bom ($\geq 15,75$ e $< 18,375$) e excelente ($\geq 18,375$), sendo que valores inferiores a 10,5, eram considerados um nível de conhecimentos insuficiente.

Neste seguimento podemos referir-se que 92,6% (N=25) dos inquiridos apresentavam conhecimentos positivos sobre as DAV ($\geq 10,5$). Destes, 22,2% apresentava conhecimentos suficientes ($\geq 10,5$ e $< 13,125$), 55,6% apresentava bons conhecimentos ($\geq 13,125$ e $< 15,75$), 7,4% apresentavam muito bons conhecimentos ($\geq 15,75$ e $< 18,375$) e 7,4% apresentava excelentes conhecimentos ($\geq 18,375$) no que toca às DAV (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à classificação qualitativa dos conhecimentos sobre as DAV.

	N.º	%
Insuficiente	2	7,4
Suficiente	6	22,2
Bom	15	55,6
Muito Bom	2	7,4
Excelente	2	7,4
Total	27	100

Ao analisarmos as questões individualmente, relativamente aos conhecimentos dos enfermeiros, destacamos duas questões em que todos os inquiridos responderam corretamente (afirmação 13 e a 18). Estas são reveladoras dos conhecimentos no que toca à possibilidade de revogar o TV a qualquer momento, mesmo após a sua realização e registo, assim como a possibilidade de redigir o TV para expressar a sua vontade clara e inequívoca de recusa de ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais.

Uma expressiva maioria de respostas corretas, demonstrou conhecimento adequado sobre a clara distinção entre as DAV e a eutanásia (92,6%), sobre as DAV espelharem as preferências do cidadão nas decisões terapêuticas em fim de vida (96,3%), sobre a primazia do TV sobre o PCS (92,6%) e sobre a família (96,3%), sobre a seleção do PCS,

não sendo obrigatório que seja um membro da família (96,3%) e ainda sobre o direito à objeção de consciência, por parte dos enfermeiros, quando lhes é solicitado que cumpram o disposto no documento das DAV (92,6%).

Por outro lado, através desta análise é possível destacar algumas afirmações nas quais as respostas incorretas superam as respostas corretas (afirmação 11, 12, 16, 20, 29 e 30). Existiu uma elevada percentagem (>50%) de respostas incorretas às questões que se relaciona com a duração legal do TV (81,5%), sobre a obrigação de realizar o registo das DAV no RENTEV para que estas sejam válidas (74,1%) e ainda sobre a possibilidade de, através do TV, os cidadãos recusarem a doação de órgãos (74,1%), evidenciando desconhecimento de uma grande maioria da amostra sobre as diretrizes e formalidades que regem as DAV. Quanto ao dever de ter sempre em conta as DAV, numa situação de PCR, mesmo que isso implique um atraso no início do SBV, 55,6% (n=15) deram uma resposta incorreta, o que, em situações de PCR, poderá retardar o início do SBV e consequentemente comprometer a sobrevivência dos utentes. Relativamente ao dever dos enfermeiros de abordarem o tema das DAV com os doentes, 59,3% dos inquiridos respondeu incorretamente à questão, demonstrando por isso lacunas no que toca aos seus deveres para com o doente e ainda 51,9% respondeu incorretamente à questão sobre a possibilidade de aceder, a partir do seu local de trabalho, às DAV registadas no RENTEV, o que demonstra que a maioria dos enfermeiros não sabe que tem acesso às mesmas e pode aceder através do local de trabalho (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo os conhecimentos sobre as DAV (continua)

		N °	%
11 - O Testamento Vital é vitalício, mas pode ser revogado a qualquer momento?	Correta	5	18,5
	Incorreta	22	81,5
12 - As DAV só têm validade se registadas no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)?	Correta	2	7,4
	Incorreta	25	92,6
13 - O TV depois de efetuado e registado pode ser revogado a qualquer momento	Correta	27	100
	Incorreta	0	0
	Correta	25	92,6
14 - As DAV constituem uma forma legal de eutanásia?	Incorreta	2	7,4
15 - O testamento Vital é valido para recusar a participação em tratamentos que se encontrem em fase experimental e/ou participação em ensaios clínicos?	Correta	15	55,6
	Incorreta	12	44,4
16 - Através do testamento Vital qualquer cidadão pode expressar a vontade de não doar órgãos?	Correta	7	25,9
	Incorreta	20	74,1
17 - As DAV refletem as preferências do cidadão na tomada de decisão terapêutica em fim de vida?	Correta	26	96,3
	Incorreta	1	3,7
18 - No documento das DAV, é possível constar a vontade clara e inequívoca do cidadão de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais	Correta	27	100
	Incorreta	0	0

(conclusão)

		N.º	%
19 - No documento das DAV, é possível constar a vontade clara e inequívoca do cidadão de não querer ser submetido a medidas de alimentação artificial que apenas visem retardar o processo natural de morte.	Correta	23	85,2
	Incorreta	4	14,8
20 - Numa situação de Paragem Cardiorrespiratória, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde, tem o dever de ter em consideração as DAV, mesmo que o acesso às mesmas implique uma demora no início do Suporte Básico de Vida.	Correta	12	44,4
	Incorreta	15	55,6
21 - Sempre que se realiza um testamento Vital é obrigatório nomear um procurador de cuidados de saúde.	Correta	15	55,6
	Incorreta	12	44,4
22 - Caso um indivíduo tenha outorgado um documento de DAV onde expresse a vontade clara e inequívoca de não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado, nomeadamente no que concerne a medidas de suporte básico de vida, este poderá ter dificuldades na subscrição de um contrato de seguro.	Correta	21	77,8
	Incorreta	6	22,2
23 - A nomeação de um procurador de cuidados de saúde substitui o Testamento Vital.	Correta	25	92,6
	Incorreta	2	7,4
24 - Caso a família não concorde com o conteúdo da declaração das DAV, estas não podem ser aplicadas.	Correta	26	96,3
	Incorreta	1	3,7
25 - Para serem cumpridas as DAV, estas têm de acompanhar sempre a pessoa ou serem levadas por alguém ao hospital.	Correta	21	77,8
	Incorreta	6	22,2
26 - O procurador de Cuidados tem de ser um familiar.	Correta	26	96,3
	Incorreta	1	3,7
27 - A DAV possibilita que os médicos não possam ser acusados de negligência.	Correta	16	59,3
	Incorreta	11	40,7
28 - Caso se comprove que o indivíduo não desejaria manter as DAV, ainda que estas se encontrem válidas, estas não devem ser respeitadas.	Correta	15	55,6
	Incorreta	12	44,4
29 - Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm o dever de abordar este assunto com os doentes?	Correta	11	40,7
	Incorreta	16	59,3
30 - Nas situações em que é solicitado aos enfermeiros, que prestam cuidados de saúde ao indivíduo, para o cumprimento do disposto no documento das DAV, estes têm o direito à objeção de consciência.	Correta	25	92,6
	Incorreta	2	7,4
31 - Tem possibilidade de aceder às DAV, que se encontram registadas no RENTEV, a partir do seu local de trabalho (CHMT).	Correta	13	48,1
	Incorreta	14	51,9

Relativamente às atitudes dos enfermeiros perante as DAV foi aplicada a “escala atitudes da população portuguesa sobre as diretivas antecipadas de vontade” de Gueifão (2018), a qual é composta por um total de 26 itens, em que cada participante classifica o seu nível de concordância entre 1 e 5, sendo que 1 é o mínimo e 5 o máximo, e quanto maior o valor mais positivo a atitude. É importante salientar que os itens 1,2,3,4,5,8,9,11,14,15,18 foram invertidos, uma vez que, de acordo com a escala, nestes itens quanto mais baixo o valor, mais positiva era a atitude.

Na tabela seguinte, tabela 6, é possível observar as estatísticas descritivas dos valores obtidos na escala das Atitudes sobre DAV. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão. De acordo com os resultados obtidos, através da aplicação da escala, verificou-se uma média global de 4,27, o que consideramos uma média positiva quanto às atitudes perante as DAV.

Tabela 6 - Descrição dos resultados das Atitudes dos enfermeiros perante as DAV

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Atitudes ADV	3,35	5,00	4,27	,382

Relativamente aos dados obtidos através da aplicação da escala, é possível observar na tabela 7, que o item como maior pontuação, revelando uma atitude muito favorável perante as DAV, foi o número 10 – “As DAV são importantes só por questões religiosas”, com uma média de $4,89 \pm 0,320$ pontos. Relativamente aos itens com menor pontuação foram os números 23 – “Não tenho informações sobre as DAV/Testamento Vital”, com uma média de $3,33 \pm 1,177$ e 26 – “Não quero pensar que acabarei por morrer ou ficar incapacitado a ponto de não ser capaz de tomar decisões”, com uma média de $3,22 \pm 1,450$, observando-se assim atitudes menos favoráveis por parte dos enfermeiros relativamente às DAV.

Tabela 7 - Estatística descritiva da escada de atitudes relativamente às DAV (continua)

	M	DP
1. É importante a existência do Testamento Vital. *	4,59	0,636
2. A minha opinião deve ser respeitada no processo de fim de vida. *	4,63	0,884
3. As DAV refletem os valores e as preferências do doente na tomada de decisão terapêutica em fim de vida. *	4,56	0,641
4. As DAV são um instrumento útil para os profissionais de saúde na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida. *	4,41	0,694
5. O Procurador de Cuidados de Saúde nomeado pelo doente facilita a tomada de decisão dos profissionais. *	4,00	0,832
6. O cumprimento das DAV diz respeito apenas ao médico.	4,56	0,892
7. As DAV constituem uma forma legal de eutanásia.	4,26	1,347
8. É importante que os doentes façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade. *	4,37	0,839
9. É importante que todos os cidadãos façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade. *	4,11	0,934
10. As DAV são importantes só por questões religiosas.	4,89	0,320
11. A legalização do Testamento Vital contribuiu para a dignidade humana. *	4,67	0,679
12. A morte deve ser adiada, independentemente da condição da pessoa.	4,74	0,656
13. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião do profissional de saúde.	4,19	1,302
14. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião do doente. *	4,30	0,912
15. Quero poder ter uma opinião sobre os cuidados a que vou ser submetido em situação de fim de vida. *	4,74	0,594
16. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião da família.	3,85	1,099
17. A minha família tomará as decisões de fim de vida por mim quando for necessário.	3,81	1,302
18. Eu espero não sobrecarregar a minha família com decisões de fim de vida. *	4,67	0,734
19. O meu médico tomará as decisões de fim de vida por mim, quando chegar o momento.	4,52	0,849
20. O Testamento Vital só tem importância para idosos e doentes.	4,74	0,813

(conclusão)

	M	DP
21. Atualmente, estou saudável e não há necessidade de considerar as decisões relativas à fase final da minha vida.	4,04	1,192
22. Na minha idade atual, não há necessidade de considerar decisões de fim de vida.	4,11	1,050
23. Não tenho informações sobre DAV/Testamento Vital.	3,33	1,177
24. É impossível tomar decisões de fim de vida, pois não consigo imaginar-me em tal situação.	3,85	1,134
25. Não faço Testamento Vital porque a informação disponível ainda é pouca.	3,81	0,962
26. Não quero pensar que acabarei por morrer ou ficar incapacitado a ponto de não ser capaz de tomar decisões.	3,22	1,450

*itens invertidos

Quanto à correlação entre os conhecimentos e as atitudes relativamente às DAV, podemos afirmar que, de acordo com o resultado da correlação de Spearman, a mesma é fraca, positiva e não apresenta significado estatístico ($r_s = .214, p = .285$).

Após analisar os resultados da aplicação da correlação de Spearman entre a idade dos inquiridos e a experiência profissional (tabela 8), observamos a existência de correlações fracas, negativas e não significativas ($p > 0,05$). Apesar de não serem estatisticamente significativas, pelo facto de serem negativas, podemos ainda referir que os enfermeiros mais jovens e os que têm menos tempo de experiência profissional obtêm valores mais elevados no que toca ao nível de conhecimentos e as suas atitudes são mais positivas relativamente às DAV, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 8 – Resultados da aplicação do teste de Correlação de Spearman entre os conhecimentos e as atitudes relativamente às DAV com a idade e a experiência profissional

	Idade do Enfermeiro		Anos de Experiência Profissional	
	rs	p	rs	p
Média das Atitudes	- 0,226	0,258	- 0,320	0,104
Conhecimentos sobre as DAV	-0,153	0,447	-0,118	0,557

Estratégias a desenvolver para melhorar os conhecimentos e as atitudes relativamente às DAV

Por último, para as duas últimas questões do questionário que consistiam em perguntas de resposta aberta, foram criadas categorias de forma a transformar os dados obtidos para realizar uma abordagem de natureza quantitativa.

Foi solicitado aos participantes que enumerassem três estratégias para cada uma das questões, o que daria um total de 81 respostas para cada pergunta. Após analisar os dados

obtidos, tal como explanado na tabela 9 – questão 1 e na tabela 10 – questão 2, observou-se que apenas foram apresentadas 5 estratégias para cada uma das questões. Ao verificar a totalidade de respostas, podemos afirmar que nem todos os participantes enumeraram as três estratégias solicitadas para cada questão.

Assim, a primeira questão de resposta aberta, que consistia na identificação de três estratégias que, na opinião dos inquiridos, devem ser desenvolvidas para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV obtivemos um total de 48 respostas, sendo que 39,58% das respostas foram referentes à “Formação”. Seguidamente, 22,92% das respostas incidiram no aumento da “informação disponível”, seguindo-se “ações de sensibilização”, “discussão por pares” e a “criação de protocolos”, todas elas com 12,50% de respostas.

Tabela 9 - Estratégias a desenvolver para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros

	N	%
Formação	19	39,58
Informação Disponível	11	22,92
Ações de Sensibilização	6	12,50
Discussão por Pares	6	12,50
Protocolos	6	12,50

Na segunda questão de resposta aberta, que consistia na identificação de estratégias que devem ser utilizadas pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV, obtivemos 40 respostas. De acordo com a tabela seguinte (Tabela 10), podemos afirmar que 32,50% das respostas incidiram nos “Ensinos ao doente e família”. Seguindo-se a “divulgação” com 27,50% de respostas, a “consulta de enfermagem” com 17,50% e a “formação” com 15,00% de respostas. Por último, mas não menos importante, “investigação” com 7,50% de respostas.

Tabela 10 - Estratégias a utilizar pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV

	N	%
Ensinos ao doente e família	13	32,50
Divulgação	11	27,50
Consulta de Enfermagem	7	17,50
Formação	6	15,00
Investigação	3	7,50

5 – DISCUSSÃO

A discussão consiste na interpretação dos resultados obtidos assim como a reflexão crítica dos mesmos, tendo em conta o tipo de estudo e o quadro de referências utilizado, de forma a obter respostas às questões de investigação (Fortin, 2009).

Através da amostra analisada é possível verificar, que a maioria dos inquiridos é do sexo feminino (92,6%), refletindo a predominância do sexo feminino na enfermagem, tal como demonstra a OE (2023).

Relativamente à formação académica e profissional, podemos constatar que 71,9% dos respondentes são licenciados, verificando-se ainda que 14,8% possuem curso de especialização e 11,1% curso de mestrado. Estes dados são correspondentes aos dados estatísticos emanados pela OE, os quais demonstram que a maioria dos enfermeiros em 2022 eram apenas licenciados ainda que, nos últimos anos, a formação tenha vindo a aumentar, nomeadamente no que toca ao aumento de enfermeiros especialistas (OE, 2023).

A legislação das DAV em Portugal surgiu em julho de 2012, através da Lei n.º 25/2012 (2012), a qual veio regular as DAV sob a forma de TV e a nomeação de PCS. Assim, tendo as DAV, em Portugal, mais de uma década de existência, ainda que o tempo transcorrido não reflita o aumento significativo do número de testamentos vitais realizados, quando comparado com a população Portuguesa adulta, consideramos pertinente questionar a amostra deste estudo se já tinham ouvido falar das DAV e se tinham TV. Os resultados demonstraram que a totalidade dos respondentes já tinham ouvido falar das DAV. Num estudo realizado por Laranjeira et al. (2021), em que a maioria dos inquiridos tinham formação profissional na área da saúde (71,09%), apenas 23,63% não tinham ouvido falar das DAV. Também Rodrigues (2019), realizou um estudo direcionado para os enfermeiros, sendo que apenas 13,5% dos enfermeiros não tinham conhecimento sobre a existência do TV ou DAV. Assim podemos constatar que, a maioria dos enfermeiros tem conhecimento sobre a existência das DAV, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo.

Quanto ao número de respondentes que possuem TV, apuramos que apenas 1 (3,7%) tem TV ativo. Neste seguimento, e quando comparado com os dados emitidos pelo Ministério da Saúde, podemos afirmar que estes resultados vão de encontro à atualidade em Portugal, uma vez que ambos demonstram uma baixa adesão à realização do TV, ainda que a 9 de

Janeiro de 2023 o número de testamentos vitais ativos já ultrapassava os 34.500 (Ministério da Saúde, 2023). Segundo o estudo realizado na Austrália, por Shepherd et al. (2018), apenas 10% dos enfermeiros tinham realizado DAV. Também o estudo realizado por Aguilar-Sánchez et al. (2018), demonstrou que apenas 3% dos participantes tinham realizado DAV. Assim, é possível demonstrar que a taxa de adesão às DAV é relativamente baixa, tanto em Portugal como noutros países.

Quando questionados os inquiridos relativamente ao dever dos enfermeiros de abordar as DAV com os utentes, uma expressiva maioria (88,9%) refere que estes têm o dever de abordar o assunto. Também num estudo realizado por Neto et al. (2015) a maioria dos PS inquiridos referiu que, após ter conhecimento sobre as DAV, é seu dever informar os utentes sobre esta temática.

Os enfermeiros são profissionais de referência para os utentes, desenvolvendo muitas das vezes vínculos fortes com os pacientes e, ainda que, em Portugal, não seja um dever legal dos enfermeiros de abordar esta temática com os utentes, uma vez que não se encontra explícito em nenhum documento legal o dever de abordar o assunto das DAV, considera-se importante esta abordagem e/ou esclarecimento por parte destes profissionais, em virtude da necessidade de maior informação e sensibilização da população em geral no que toca às DAV (Shepherd et al., 2018). Neste seguimento, e referindo a importância de abordar estes assuntos com a população, considera-se que os enfermeiros têm uma posição privilegiada no contacto com os utentes, são dos PS que têm maior facilidade temporal e espacial para abordar estes assuntos com os doentes, promovendo momentos de reflexão e discussão (Cogo et al., 2021).

É notório que as DAV constituem um tema importantíssimo nos dias que decorrem, pois demonstram a vontade e desejo do utente no que toca aos CS que deseja ou não receber mesmo que este se encontre incapacitado de os transmitir. Neste estudo a maioria dos inquiridos (81,5%) referiu que nunca informou ou discutiu com algum doente a possibilidade de o mesmo elaborar um TV, no entanto a totalidade da amostra refere que o tema das DAV é um assunto importante a abordar e a grande maioria considera que os enfermeiros têm o dever de abordar este tema, o que acaba por ser controverso, uma expressa maioria acha que os enfermeiros têm o dever de fazer, no entanto uma expressa minoria já o fez. São diversos os estudos que referem a importância das DAV assim como a importância dos PS no esclarecimento e informação para a elaboração do TV, no entanto quando verificado quais as fontes de informação onde a população obteve informações

relativamente às DAV só uma pequena minoria refere que foi através de PS, nomeadamente os enfermeiros (Capelas et al., 2017).

Quando questionados os inquiridos sobre as DAV e a “medicina defensiva”, 96,3% da amostra considera que as DAV podem evitar a prática de uma “medicina defensiva”, a qual visa prolongar a vida até ao limite. Fontes (2014) refere a obstinação terapêutica ou futilidade médica associada à medicina defensiva, existindo recurso exagerado a processos terapêuticos inúteis quando os benefícios da aplicabilidade dos mesmos são reduzidos e a doença é incurável. É ainda referido pelo mesmo autor que, na atualidade, a prática de uma medicina defensiva está associada ao medo de uma responsabilização jurídica pela morte dos pacientes, o que promove o recurso a todas as possibilidades de tratamentos ainda que os clínicos saibam de antemão que os mesmos serão maioritariamente inúteis. Neste seguimento, Santos e Cerqueira (2022) consideram que as DAV fortalecem a compreensão do princípio da autonomia perante a evolução técnico-científica da medicina a qual capacita os PS na sustentação da vida humana essencialmente quando a pessoa não se encontra capaz de expressar os seus desejos e vontades. Cogo et al. (2021), refere que as DAV oferecem respaldo aos PS que as cumprem e a sua aplicação pode auxiliar e suportar a tomada de decisão por parte dos enfermeiros, em algumas circunstâncias, essencialmente quando existem dilemas e conflitos éticos tal como em situações de PCR em que as condutas médicas não são explícitas.

Assim, as DAV podem, em algumas situações, minimizar ou abolir a prática de uma medicina defensiva, uma vez que referem os CS que a pessoa deseja ou não receber mesmo que se encontra incapaz de tomar decisões, fortalecendo a autonomia do doente e melhorando a qualidade do atendimento no que toca aos CS (Chan et al., 2019).

Quanto ao nível de conhecimentos dos enfermeiros inquiridos relativamente às DAV, a grande maioria dos inquiridos apresentava um nível de conhecimentos positivo (92,6%), sendo que mais de metade (55,6%) apresentava um bom nível de conhecimentos. Estes resultados não estão alinhados com a evidência prévia de alguns estudos, nomeadamente os estudos realizados por Shepherd et al. (2018) e Hsieh et al. (2019) os quais apontam para um baixo nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre as DAV. Aguilar-Sánchez et al. (2018), concluiu, através do estudo realizado em Espanha, que existe um nível médio baixo de conhecimentos sobre as DAV, por parte dos PS. Também Rodrigues (2019), aponta que a maioria dos enfermeiros em Portugal apresentavam conhecimentos

insuficientes sobre o TV. Por outro lado, o estudo realizado por Barreto e Capelas (2020), no qual a maioria dos participantes eram enfermeiros, demonstrou que os PS possuíam conhecimento adequado sobre a definição das DAV, os aspetos legais, os documentos necessários e a aplicação das DAV, sendo importante referir que mais de 50% dos inquiridos apresentavam formação em cuidados paliativos e/ou bioética, uma vez que, de acordo com Aguilar-Sánchez et al. (2018), a formação em cuidados paliativos foi associada a níveis de conhecimentos mais elevados sobre as DAV.

No presente estudo, os enfermeiros colaboram no suporte artificial da função renal, pelo que importa referir que a lesão renal, por si só ou acompanhada por outras patologias, poderá colocar em causa a sobrevivência do utente, sendo necessário o início de técnicas de substituição da função renal. Decorrente desta patologia o doente poderá vivenciar períodos de confusão ou alteração do estado de consciência com consequente incapacidade de tomar decisões (Kellum et al. 2021; Martínez et al., 2022). Os resultados positivos obtidos quanto aos conhecimentos dos enfermeiros relativamente às DAV poderão estar associados a esta competência partilhada por todos os inquiridos, uma vez que a recusa do início de técnicas de substituição da função renal poderá constar nas DAV, sendo importante os enfermeiros possuírem conhecimentos sobre esta temática de forma a respeitar as decisões do utente, promovendo a sua autonomia.

Neste seguimento importa referir que mesmo existindo maioritariamente um nível de conhecimentos positivamente bom, existem algumas lacunas, sendo que em cerca de $\frac{1}{4}$ das questões (6 questões) as respostas incorretas superaram as respostas corretas. Assim é notório a existência de algumas lacunas a nível dos conhecimentos no que toca aos aspetos legais nomeadamente: na duração legal do TV, uma vez que este não é vitalício, como a maioria dos inquiridos respondeu; na obrigatoriedade do registo do TV no RENTEV, para que este seja válido, o que não corresponde à verdade; e ainda na possibilidade de recusar a doação de órgãos através do TV, pois a mesma só poderá ser feita através do Registo Nacional de Não Dadores (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

Outra questão relativamente aos conhecimentos que importa ressaltar decorrente do desconhecimento da maioria da amostra, consiste no dever de, segundo a maior parte dos respondentes, numa situação de PCR ter em consideração as DAV, mesmo que o acesso às mesmas implique uma demora no início do SBV. É pertinente dar ênfase a esta questão, uma vez que, mesmo com um nível de conhecimentos positivo e maioritariamente bom por parte dos inquiridos, em situações de PCR, em que o acesso às DAV poderá retardar

o início do SBV, os inquiridos dão maior importância ao acesso às DAV do que propriamente ao início precoce do SBV. Sendo um dever dos PS prestar auxílio a uma vítima, os mesmos devem, numa situação de PCR, iniciar precocemente o SBV de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência do utente (INEM, 2020). Em situações em que não existe informação suficiente para tomar a decisão de não reanimar, nomeadamente quando o acesso às DAV retardará o início do SBV, a RCP deve ser iniciada o mais precocemente possível até se obter a informação necessária (Batista et al., 2018). Caso as DAV demonstrem que a RCP não deveria ter sido iniciada a mesma deverá ser suspensa e deverá priorizar-se as medidas de conforto e a prestação de CS tendo em vista uma morte digna (Carneiro & Carneiro, 2020). Assim, podemos referir que as respostas a esta questão, demonstram lacunas muito importantes no que toca ao conhecimento das normas legais que regem as DAV, podendo mesmo colocar em causa a probabilidade de sobrevivência do utente, a qual diminui drasticamente à medida que se retarda o início da RCP.

O facto da Lei n.º 25/2012 (2012), ter poucos anos de existência associado à necessidade de formação e educação referida pelos enfermeiros em alguns estudos, nomeadamente no estudo realizado por Shepherd et al. (2018), poderá justificar as lacunas a nível de conhecimentos no que toca aos aspetos legais das DAV. Torna-se importante realizar sessões de esclarecimento e formações, com o intuito de aumentar os conhecimentos dos PS relativamente às DAV, contribuindo assim para um melhor esclarecimento da população e um aumento da literacia em saúde.

Para dar resposta ao segundo objetivo do estudo os participantes preencheram a “escala atitudes da população portuguesa sobre as diretivas antecipadas de vontade”, construída por Gueifão (2018), tendo-se verificado uma média positiva quanto às atitudes dos enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, perante as DAV. Estes resultados vão ao encontro dos estudos realizados por Aguilar-Sánchez (2018), Gimeno et al. (2018), Hsieh et al. (2019) e Barreto e Capelas (2023) os quais referem que as atitudes dos PS, nomeadamente os enfermeiros, são positivas. Também o estudo realizado por Gueifão (2018), em que uma grande percentagem da amostra eram enfermeiros, apresentou atitudes positivas relativamente às DAV. Assim, denota-se que independente da área laboral dos enfermeiros, as atitudes face às DAV são positivas.

Quanto ao terceiro objetivo, que consiste em determinar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV, obteve-se, de acordo com o resultado da correlação de Spearman, uma correlação fraca, positiva e sem significado estatístico, pelo que não existe resultado estatisticamente significativo entre estas duas variáveis. De acordo um estudo realizado por Aguilar-Sánchez et al. (2018), as atitudes dos PS relativamente às DAV não se refletiram no nível de conhecimentos. Por outro lado, Hsieh et al. (2019), referem que à medida que aumenta o conhecimento associado ao planeamento antecipado de cuidados, tal como as DAV, as atitudes são mais positivas. Também Laranjeira et al. (2021), no estudo realizado em Portugal em que os respondentes eram maioritariamente PS, refere que os níveis de conhecimento da população portuguesa sobre as DAV foram fracamente correlacionados com as atitudes em relação às DAV, ainda que a correlação seja fraca, podemos referir que quanto maior o nível de conhecimentos mais favoráveis eram as atitudes.

Relativamente à idade dos respondentes, assim como o tempo de experiência profissional observou-se, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas, diferenciação entre o nível de conhecimentos e as atitudes relativamente às DAV. Os enfermeiros mais jovens e os que têm menos tempo de experiência profissional obtêm valores mais elevados no que toca ao nível de conhecimentos e as suas atitudes são mais positivas. Isto vai ao encontro do que nos diz Gimeno et al. (2018), que refere que não existiram diferenças estatisticamente significativas quanto à idade e os conhecimentos dos PS. Por outro lado, Shepherd et al. (2018), referem que os enfermeiros que cuidaram de mais pacientes em fim de vida apresentavam melhores conhecimentos, sendo que os enfermeiros mais velhos eram mais propensos a participar no planeamento antecipados dos cuidados. Também Chung et al. (2017), referem que o aumento da idade era influenciador das tomadas de decisões relativamente às DAV. Neste seguimento e contrariamente ao nosso estudo, Ameneiros-Lago et al. (2013), referem que os PS com menos anos de exercício profissional apresentam menos conhecimentos.

No que diz respeito à primeira questão de resposta aberta sobre estratégias a desenvolver para melhorar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros relativamente às DAV, a estratégia mais enumerada foi a formação (39,58% das respostas), seguido de informação disponível (22,92% das respostas). Foi ainda enumerado ações de sensibilização,

discussão por pares e criação de protocolos, sendo que cada uma delas representou 12,50% das respostas totais.

A questão direcionava as respostas para estratégias que promovessem uma melhoria dos conhecimentos e das atitudes dos enfermeiros, sendo que a maioria dos estudos encontrados apenas referem estratégias para melhorar os conhecimentos dos PS. Assim, e como referenciado anteriormente, alguns estudos, nomeadamente o realizado por Hsieh et al. (2019), demonstram que caso o conhecimento sobre as DAV seja aprimorado poderá também existir uma melhoria das atitudes relativamente às mesmas. Nesta linha de pensamento a maioria dos estudos consultados dá ênfase à importância dos PS no aumento da literacia em saúde no que toca às DAV, referindo primariamente a necessidade de aumentar os conhecimentos dos mesmo de forma a transmitirem essas mesmas informações à comunidade. De acordo com Shepherd et al. (2018) e Aguilar-Sánchez et al., (2018), é visível que os enfermeiros que participam em ações de formação relativamente a este tema obtiveram melhores níveis de conhecimento. Assim, Ameneiros-Lago et al. (2013), Capelas et al. (2017), Hsieh et al. (2019) e Barreto e Capelas (2020), corroboram a necessidade de formação por parte dos PS, estratégia mencionada pelos enfermeiros neste estudo, enumerando-a como uma das estratégias mais importantes para o aumento dos conhecimentos sobre as DAV. Também Barreto e Capelas (2023) referem que se pode recorrer à formação e informação nesta área como forma de melhorar as dificuldades sentidas pelos PS, nomeadamente o facto de não se sentirem preparados para informar os utentes sobre as DAV.

Num estudo realizado por Courson et al. (2019), a maioria dos PS demonstraram interesse em obter informações sobre as DAV assim como participar em formações relativamente à prestação de CS a pessoas em fase terminal de forma a melhorar os conhecimentos, o que vai ao encontro com duas das estratégias enumeradas pelos enfermeiros neste estudo. Estas estratégias para melhorar os conhecimentos e das atitudes dos PS, nomeadamente dos enfermeiros, relativamente às DAV, devem ser repensadas, existindo mesmo referência à necessidade de tornar a formação nesta área obrigatória (Aguilar-Sánchez et al., 2018; Cogo et al., 2021; Valadas, 2022), seja a nível académico ou através da implementação de formações vinculadas a políticas organizacionais, tais como formações em serviço (Bernacki e Block, 2014).

Num estudo realizado por Santos e Cerqueira (2022), o qual foi direcionado para as experiências dos PS no cumprimento das DAV na prática clínica, os profissionais

experienciavam diversas emoções e sentimentos, tendo sido enumeradas três estratégias importantes para contornar estas situações, as quais se encontram em sintonia com as enumeradas pelos enfermeiros neste estudo para aumentar os conhecimentos e as atitudes perante as DAV, nomeadamente a formação, informação e sensibilização dos PS. Possivelmente através da melhoria dos conhecimentos e das atitudes dos PS relativamente às DAV aumentará a segurança no cumprimento das DAV na prática clínica, diminuindo assim os sentimentos e emoções negativas relativamente às mesmas.

Na segunda questão de resposta aberta, onde era solicitado aos inquiridos que nomeassem estratégias que deveriam ser utilizadas pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV, a estratégia mais enumerada foi a realização de ensinamentos à família e ao doente (com 32,50% da totalidade das repostas), seguindo-se a divulgação (27,50%), a consulta de enfermagem (17,50%), a formação (15,00%) e a investigação (7,5%). Dos estudos consultados apenas existe referência a estratégias para aumentar os conhecimentos da população no geral, sendo que se o aumento dos conhecimentos sobre esta temática for bem-sucedido certamente que também os utentes submetidos a técnicas de substituição da função renal possuirão mais conhecimentos sobre esta temática.

Como exposto anteriormente é mencionado em diversos estudos, a importância dos PS, nomeadamente dos enfermeiros, no que toca ao aumento da literacia da população relativamente às DAV (Capelas et al., 2017; Santos & Cerqueira, 2022). Nos estudos consultados verifica-se a necessidade aumentar os conhecimentos da população relativamente às DAV, no entanto encontram-se mencionadas estratégias gerais a implementar e não estratégias a implementar diretamente pelos PS, nomeadamente os enfermeiros, ainda que se mantenha a referência à importância da aplicação dessas estratégias pelos PS, sendo que os enfermeiros são dos PS que se encontram melhor posicionados para informar e promover discussões sobre as DAV (Hsieh et al., 2019).

Ainda que diversos estudos mencionem que deveriam ser os PS a informar e esclarecer a população sobre as DAV (Capelas et al., 2017; Santos & Cerqueira, 2022) uma grande percentagem dos utentes que refere já ter ouvido falar sobre as DAV obteve essa informação maioritariamente através dos meios de comunicação, sendo que, apenas uma ínfima percentagem obteve informações através dos PS (Capelas et al., 2017).

Denota-se a importância de incentivar o envolvimento dos PS no esclarecimento e informação para a elaboração das DAV, de forma a que estes participem nas estratégias

a implementar (Santos & Cerqueira, 2022). Em diversos estudos encontram-se enumeradas estratégias para aumentar os conhecimentos da população sobre as DAV, nomeadamente através da criação de campanhas públicas de sensibilização (Shepherd et al., 2018), campanhas de esclarecimento sobre as DAV (Capelas et al., 2017), ações de educação para a saúde dirigidas pelos PS, em especial pelos enfermeiros uma vez que são dos profissionais mais próximos dos utentes (Cogo et al., 2021).

Um estudo realizado por Courson et al. (2019) destacou o papel dos hospitais na transmissão de informação e consciencialização dos pacientes relativamente às DAV, uma vez que a maioria dos PS respondentes referiam os internamentos como o melhor momento para abordar as DAV com os utentes ainda que as consultas fossem referenciadas por alguns PS como um local importante para abordar o assunto, o que vai ao encontro de algumas respostas dadas pelos enfermeiros neste estudo, referindo a consulta de enfermagem como uma boa estratégia para abordar as DAV e aumentar os conhecimentos dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal.

Outra das estratégias identificadas para promover o diálogo sobre as DAV era realizar uma pequena abordagem às mesmas no folheto de admissão hospitalar dos utentes, dando assim uma introdução às discussões sobre o fim de vida. Também o aumento da exposição de informações sobre as DAV, dentro do hospital, nomeadamente através da criação de folhetos e cartazes onde abordassem as DAV e a transmissão de informação em televisores foi outra das estratégias mencionadas, o que implicaria uma maior divulgação do tema tal como referido pelos enfermeiros neste estudo para aumentar os conhecimentos dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV (Courson et al., 2019).

Uma estratégia implementada, numa zona dos Estados Unidos da América, foi a criação de um programa de formação dirigida a diferentes setores da sociedade, mais concretamente a líderes comunitários, sendo que após a implementação de diversas ações existiram resultados positivos quanto à adesão às DAV (Contreras et al., 2015). Pegando nos resultados do estudo realizado por Contreras et al. (2015), uma estratégia poderá passar pela organização e implementação, por parte dos enfermeiros, de programas de formação dirigidos a líderes comunitários, de forma a que a informação chegue ao maior número de pessoas, aumentando assim os conhecimentos relativamente às DAV assim como a adesão às mesmas. Assim, podemos referir que a realização de estudos de investigação é importante de forma a aumentar os conhecimentos sobre as melhores

estratégias a adotar para aumentar os conhecimentos dos utentes submetidos a técnicas de substituição da função renal assim como da restante população.

CONCLUSÃO

Durante este percurso denotou-se importante a realização de reflexões tanto da componente prática como da componente teórica e de investigação. Assim é relevante referir que a elaboração deste relatório e a realização dos estágios foram promotores de crescimento pessoal e profissional, através do aprimoramento de conhecimentos, competências e habilidades, sempre tendo por base as competências comuns do EE e as competências específicas do EEEPSC.

Existiram diversas dificuldades e percalços no decorrer desta etapa, nomeadamente dificuldade em conciliar a vida pessoal, laboral e académica, exacerbada por uma pandemia que dificultou em tudo a realização deste percurso, no entanto, todas as dificuldades foram encaradas como oportunidades de crescimento e aprendizagem o que contribuiu para que esta caminhada tivesse um rumo feliz.

De forma a promover a qualidade dos cuidados prestados torna-se evidente a importância da prática baseada na evidência científica pelo que a elaboração da componente de investigação foi uma mais-valia durante este percurso. Assim, através do nosso estudo foi possível avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros, que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, sobre as DAV. A amostra foi obtida através do método de amostragem não probabilística por conveniência, sendo que todos os elementos do estudo trabalham no mesmo serviço o que foi uma vantagem na facilidade de envio dos questionários assim como no acesso aos inquiridos, mas também constitui uma limitação, uma vez que todos os elementos fazem parte da mesma instituição e do mesmo serviço os quais se regem pelas mesmas normas e frequentam as mesmas formações em serviço.

Outra limitação encontrada foi a falta de estudos sobre as DAV direcionadas aos enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, existindo, no entanto, diversos estudos sobre esta temática direcionados aos PS e aos enfermeiros na generalidade. O facto de se ter utilizado uma escala direcionada para a população portuguesa e não apenas para os PS poderá também ser uma limitação, uma vez que é expectável que os PS detenham melhores conhecimentos sobre as DAV o que, de acordo com alguns estudos poderá influenciar as atitudes dos mesmos relativamente às DAV, no entanto os resultados deste estudo quanto às atitudes perante as DAV são coincidentes com os estudos efetuados por outros autores.

Considerando a amostra deste estudo, 27 enfermeiros, poderá ser pouco representativa quando comparando com todos os enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal. Ainda que, neste estudo se tenha demonstrado que o nível de conhecimentos relativamente às DAV é maioritariamente positivo e bom, é importante realçar que existem diversas lacunas importantíssimas no que toca aos conhecimentos, sendo por isso importante a realização de formações, ações de sensibilização e discussão por pares de forma a melhorar os conhecimentos dos enfermeiros.

Quanto às atitudes demonstradas por estes profissionais relativamente às DAV elas são positivas, existindo, no entanto, uma fraca adesão às mesmas assim como pouca discussão ou elucidação dos doentes relativamente a esta temática. Denota-se importante compreender os motivos pelos quais os enfermeiros apresentam baixa adesão às mesmas assim como o motivo para uma ínfima percentagem falar sobre o tema com os doentes, deixando assim em aberto a necessidade realizar estudos de investigação direcionada para esta temática.

Tanto neste estudo como em estudos prévios consultados denota-se a importância da divulgação e da realização de formações, por parte dos PS, nomeadamente os enfermeiros, tendo em vista o aumento da literacia em saúde aumentando os conhecimentos dos doentes relativamente às DAV.

Através da análise de diversos estudos é possível verificar um melhor ou pior conhecimento dos enfermeiros relativamente às DAV, sendo que neste estudo os conhecimentos eram maioritariamente bons, no entanto em todos os estudos é possível verificar que existem sempre algumas lacunas importantes no que toca aos conhecimentos sobre as DAV. Assim, é pertinente realizar um estudo mais exaustivo de forma a compreender as maiores lacunas nos conhecimentos sobre esta temática tendo em vista a realização de formações, ações de sensibilização e disponibilização de material informativo, de forma a capacitar os PS, nomeadamente os enfermeiros, sobre este tema, tendo em vista o aumento da literacia em saúde assim como o aumento da adesão às DAV, caminhando assim para uma melhoria da autonomia e do poder de decisão do doente assim como a partilha de decisões terapêuticas em fim de vida.

Em suma, considero que todo este percurso foi uma mais-valia, tendo oportunidade de desenvolver competências importantes para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. A., Fernandes, M. S. & Goldim, J. R. (2012) Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Revista HCPA*, 32(3), 358-62. <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981/22041>
- Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: An integrative review. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://www.scielo.br/j/csc/a/VZJJRXcjhPfy5vqCs4BMmFc/?lang=pt>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência: RT 14/2019. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Agência para a modernização administrativa (2023, maio 10). *O que é o consentimento informado?* <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/consentimento-informado>
- Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Fernández, F. P., Ladios-Martín, M., Fernández-de-Maya, J. & Cabrero-García, J. (2018). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria* 32(4), 339-345. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302194>
- Ameneiros-Lago, E., Carballada-Rico, C. & Garrido-Sanjuán, J. A. (2013). Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de Atención Primaria y Especializada del área sanitaria de Ferrol. *Revista de Calidad Asistencial*, 28 (2), 109-116. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conocimientos-actitudes-sobre-instrucciones-previas-S1134282X1200098X>
- Andrez, S., Sousa, P. P. & Marques, R. (2020). Fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de enfermagem: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 124-125. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/download/10296/9980>
- Barreto, A. L. F. & Capelas, M. L. V. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde* 12(1), 36-40. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/5834>
- Barreto, A. L. F. & Capelas, M. L. V., (2023). Atitudes dos profissionais de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. *Cuidados Paliativos*, 8(1), 25-30. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/40670>
- Batista, M. V., Patrocínio, J., Moraes, R., Proença, L., Louro, F., & Major, M. (2018). Diretivas Antecipadas da Vontade: A Propósito de Um Caso Clínico. *Revista da sociedade portuguesa de medicina interna*, 25(4), 296–299. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/540>
- Bernacki, R. & Block, S. D. (2014). Communication About Serious Illness Care Goals - A Review and Synthesis of Best Practices. *JAMA Internal Medicine*, 174 (12), 1994-2003. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1916912>
- Bortolato-Major, C., Mantovani, M. F., Felix, J. V. C., Boostel, R., Silva, Â. T. M. & Caravaca-Morera, J. A. (2019). Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72 (3), 788-794. <https://www.scielo.br/j/reben/a/DRHMC77PzkzK9fMhyG8cdQz/?format=pdf&lang=en>
- Camelo, S. H. H. (2012). Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Rev. Latino-Am*, 20(1), 192-200. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?format=pdf&lang=en>
- Capelas, M. L. V., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S., Ferreira, C. M. D., Pereira, C. M. F., Alvarenga, M. I. S. F. & Freitas, M. S. (2017). Os Portugueses e o Testamento Vital. *Cadernos de Saúde* 9, 44-53. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2864>
- Cardoso, B. G., Carneiro, T.A. & Magro, M. C. S. (2017). Recuperação de pacientes com lesão renal aguda dialítica e não dialítica. *Cogit Enferm*, 22 (1), 1-9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859680>
- Carneiro, A. H., & Carneiro, R. (2020). DNR Decisão de Não Reanimar. *Revista da sociedade portuguesa de medicina interna*, 27(2), 239-240. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/164>
- Centers of Disease Control and Prevention (2019, Outubro 8). *Antibiotic Resistant Germs in Hospitals: Information for Patients and their Families*. Disponível em <https://www.cdc.gov/hai/patientsafety/ar-hospitals.html>

- DGS (2011). Orientação n.º 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde - Orientação 018/2011. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- DGS (2012). Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 – Precauções Básicas de Controlo de Infecção. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- DGS (2013). Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 – Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
- DGS (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. <https://comun.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>
- DGS (2018). Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Janeiro/i024340.pdf>
- DGS (2020). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- DGS (2017). Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS (2020b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- DGS (2022). Norma Clínica n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação. 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
- DGS (2023). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Entidade Reguladora da Saúde (2020, Novembro 22). Diretiva Antecipada de Vontade em cuidados de saúde. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/diretiva-antecipada-de-vontade-em-cuidados-de-saude/>
- Farias, M. S., Brito, L. L. M. S., Santos, A. S., Guedes, M. V. C., Da-Silva, L. de F., & Chaves, E. M. C. (2019). Reflections on Knowledge, Knowing-How and How To Behave in Nursing Training. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-5. https://www.researchgate.net/publication/336266730_REFLECTIONS_ON_KNOWLEDGE_KNOWING-HOW_AND_HOW_TO_BEHAVE_IN_NURSING_TRAINING
- Fernandes, A., S. & Coelho, S. P. F. (2014). Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Revista cuidar* 5(2), 564-568. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000200014
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A. & Araújo, I. M. (2020) Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 5(1), 1-8. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=2755&codigo=
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. S. & Carmo, T. I. G. (2022) Pain Evaluation and Registration in an Emergency Department: A Cross-sectional Study. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1-12. http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v11n1/en_2393-6606-ech-11-01-e2712.pdf
- Fontes, L. A. (2014). Autonomia na última vontade: a legitimidade do jovem para formular o testamento vital. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/34846>

- Forero, J., Vargas, I. & Bernaldes, M. (2019). Voluntades anticipadas: desafios éticos en el cuidado del paciente. *Pers Bioet.* 23(2), 224-244. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/10197/pdf>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa, Lusodidacta.
- Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 45-53. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021). Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001). [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Gimeno, M. L. M., Escribano, C. C., Fernández, T. H., García, M. C. O., Benito, D. H., Arenas, T. B. & Almagro, P. R. (2018). Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitários. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 270-277 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conocimientos-actitudes-sobre-instrucciones-previas-S1134282X1200098X>
- Gomes, A. M. (1988). *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. 2 ed. Editora Pedagógica e Universitária: São Paulo
- Gonçalves, S. C. M. & Carmo, T. I. G. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11 (1). <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v11n1/2393-6606-ech-11-01-e2746.pdf>
- Gueifão, L. M. A. O. (2018). Atitudes da População Portuguesa sobre as DAV. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/3857/1/ATITUDES%20DA%20POPULA%C3%87%C3%83O%20PORTUGUESA%20SOBRE%20AS%20DAV%20BLu%C3%ADs%20Gueif%C3%A3o.pdf>
- Hsieh, C., Huang, H., Tung, T., Chen, I., Beaton, R. D. & Jane, S. (2019). The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses. *BMC Palliative Care* 18:99, 3-11. <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0483-9>
- INEM (2012). Situação de exceção – manual de TAS. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- INEM (2013). Sistema Integrado de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- INEM (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2022, setembro 26). *Esperança de vida à nascença diminuiu em todas as regiões do continente*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=577174880&att_display=n&att_download=y
- Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68. <https://www.ceemjournal.org/journal/view.php?doi=10.15441/ceem.16.127>
- Joint Commission International (2022, Agosto 6). JCI evaluate. Disponível em https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital/jci-evaluate/?utm_source=google&utm_medium=cpcsaf&utm_campaign=jci2022evaluatesafety&gclid=Cj0KCQjw-daUBhCIARIsALbkjSbuvMjCLjpb68o17OIV03juXEPDFuU6ra20TxCA0HQ7mbvIKn_N4gcaAk-6EALw_wcB
- Kellum, J.A., Romagnani, P., Ashuntantang, G., Ronco, C., Zarbock, A., & Anders, H. (2021). Acute kidney injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(52), 1-17. <https://www.nature.com/articles/s41572-021-00284-z>
- Kovács, M. J. (1998). Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. *Revista Bioética*, 6 (1). https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326

- Laranjeira, C., Querido, A., Dixe, M.A., Gueifão, L., Caetano, L. & Passadouro, R. (2021). Awareness and Attitudes towards Advance Care Directives (ACDs): An Online Survey of Portuguese Adults. *Healthcare* 9, 1-12. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/6/648>
- Lee, C. H. (2010). Disaster and Mass Casualty Triage. *American Medical Association Journal of Ethics* 12(6), 466-470. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/disaster-and-mass-casualty-triage/2010-06>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República (2012). Diário da República I.ª Série, n.º 136/12. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República (2014). Diário da República, I.ª Série, n.º 57/14. Acedido a 29 mai. 2022. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lino, M. M., & Calil, A. M. (2008). O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42(4), 777-783. <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/Q6pt5WmPbKSwWf6H78T6Ymx/>
- Loureiro, R. J., Roque, F., Rodrigues, A. T., Herdeiro, M. T. & Ramalheira, E. (2016). O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 77-84. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a11.pdf>
- Mabtum, M. M., & Marchetto, P. B. (2015). O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas da vontade. 1.ed. – São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Macedo, M. R. (2012). Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9956/1/7045.pdf>
- Marques, F. M., Pinheiro, M. J., Alves, P. V., David, C. P., & Neves, S. (2022). Julgamento clínico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: Um olhar em tempo de pandemia. *New trends in qualitative health research*, 13, 2-11. <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/691/691>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. <https://www.crossref.org/iPage?doi=10.5935%2F0103-507X.20160027>
- Martínez, S. M. B., Chacón, M. G., Valdiviezo, G. D. L. Á. C., & Criollo, L. M. T. (2022). Insuficiência renal aguda. *Tesla Revista Científica*, 27(1), 77-88. <https://tesla.puertomadereditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/64/62>
- Melo, H. P. & Nunes, R. (2007). Projeto de diploma N. P/06/APB/06 - Regula o exercício do direito a formular diretivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional. 1-11. <https://silo.tips/download/associacao-portuguesa-de-bioetica>
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal. <https://ds3.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>
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017a). O que é o Sistema Integrado de Emergência médica (SIEM)? <https://www.inem.pt/2017/05/26/o-que-e-o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-siem/>
- Ministério da Saúde. (2017b). O que é uma ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)? <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>
- Ministério da Saúde. (2017c). O que é uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)? <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao-vmr/>
- Ministério da Saúde. (2017d). Qualidade. Disponível em <https://www.inem.pt/category/institucional/qualidade/>
- Ministério da Saúde. (2017e). INEM renova e completa equipa de comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos. <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>
- Ministério da Saúde (2023). Registo de testamentos vitais duplicou em 2022. <https://www.spms.min-saude.pt/2023/01/registo-de-testamentos-vitais-duplicou-em-2022/>

- Moreira, C. S. M. (2015). Situação de paragem cardiorrespiratória: experiências dos enfermeiros [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1451/3/Celine_Moreira.pdf
- Mororó, D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. C., Silva, C. M. B. & Menezes, R. M. P. (2017). Integrative Review Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (3), 323-332. https://www.researchgate.net/publication/319222807_Analise_conceitual_da_gestao_do_cuidado_em_enfermagem_no_ambito_hospitalar/fulltext/59e8c7a1aca272bc4247dadd/Analise-conceitual-da-gestao-do-cuidado-em-enfermagem-no-ambito-hospitalar.pdf?origin=publication_detail
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Coelho, M. F., Filho, W. D. L. & Sousa, L. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 129–135. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9SBVHtZMtb6BtfGNBJCBbJq/?lang=pt>
- Neto, J. A. C., Ferreira, R. E., Silva, N. C. S., Delgado, A. H. A., Tabet, C. G., Almeida, G. G. & Vieira, I. F. (2015). Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde?. *Revista Bioética*, 23 (3), 572-582. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZS7ghnfbMX9gXf7xY4Bn6vD/?lang=pt>
- Neves, M. E. O. (2013). Perceção dos enfermeiros sobre diretivas antecipadas de vontade [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2057/1/NEVES%2c%20Maria%20Em%2c%20adlia%20Oliveira%20-%20Disserta%2c%20a7%2c%20a3o%20mestrado.pdf>
- Novaretti, M. C. Z., Santos, E. D., Quitério L. M., Daud-Galloti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (5), 962-699. <https://www.scielo.br/j/reben/a/9nbqvZDkZCrfGxMnYPbD7r/abstract/?lang=pt>
- OE (2001). Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 45 pps.
- OE (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- OE (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_d_e_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- OE (2015). Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE (2015a). Código deontológico do enfermeiro – dos comentários à análise dos casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE (2015b). Deontologia Profissional em Enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE (2017). Parecer Conjunto n.º01/2017 - Atribuição de Responsável de Turno. Lisboa: Conselho de Enfermagem e Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica 2016-2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- OE (2018). Parecer n.º 14/2018 - Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação- posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência. Lisboa: Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf

- OE (2023). Estatística de Enfermeiros – Anuário estatístico 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Médicos. (2018). Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva - Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de doentes críticos adultos: recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%C3%83o-marc%C3%A7o-2023-final-II_CEMI_OM.pdf
- Pacheco, S. (2014). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética. Loures: Lusodidacta, 3ª Edição.
- Paiva, M. C. M. da S., Popim, R. C., Melleiro, M. M., Tronchim, D. M. R., Lima, S. A. M., & Juliani, C. M. C. M. (2014). The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 747–754. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/C9YYVMLnxb3gFYsVBzmggLs/?lang=en>
- Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. Disponível em <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Politécnico de Leiria (2023). Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas – Normas APA 7.ª edição. Disponível em https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2023/08/Guia_APA_7%C2%AAEd_CC-v082023.pdf
- Portaria n.º 141/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República, 1ª Série, n.º 96./18. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/96-2014-25343768>
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (2021). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03 de Janeiro - Convenção da biomedicina e protocolo adicional. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República, II.ª Série, n.º 123/15. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República, II.ª Série, n.º 135/18. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>;
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República, IIª Série, n.º 26/19. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República, 2.ª Série, n.º 184/19. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rocha, S., Aguilar, A., Mota, C., Faria, M. S., Costa, T., Carvalho, C., Marcelino, F., Mota, C., Rocha, P., Pereira, E. & Duarte, C. (2006). Técnicas Dialíticas a Insuficiência Renal Aguda. *Nascer e Crescer*, 15 (2), 71-76. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/887/1/TecnicasDialiticas_NeC_15-2_Web.pdf
- Rodrigues, C. I. A. (2019). Testamento Vital - Perceção dos conhecimentos e Atitudes dos enfermeiros. [Dissertação de Mestrado, Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/19559>
- Roque, P. S., Costa A., Monteiro, C. A. S. & Silva, A. F. (2020). Diretivas antecipadas da vontade: percepção e conhecimento entre graduandos em enfermagem. *Rev. iberoamericana. Educ. investi. Enferm*, 10(1), 18-26. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/320/diretivas-antecipadas-da-vontade-percepcao-e-conhecimento-entre-graduandos-em-enfermagem/>
- Saioron, I. S., Ramos, F. R. S., Schneider, D. G., Silveira, R. S. & Silveira, L. R. (2017). Diretivas Antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7. <https://www.scielo.br/j/ean/a/c4t4GsLg38y59mdvcRrLYDs/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, L. B. (2019). A perspetiva dos profissionais de saúde sobre a diretiva antecipada de vontade. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2285/1/Lucia_Santos.pdf
- Santos, L. & Cerqueira, M. (2022). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Revista de enfermagem Referência* 6 (1), 1-7. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/29134>

- Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K. & Ball, J. (2018). Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 74–81. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748918301433>
- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, 16 (4), 147-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388256613015>
- Silva, R. S., Campos, A. E. R. & Pereira, A. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 738-744. <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/sGTP85cNpC3HpMeks3rspXf/?lang=pt>
- Sociedade Portuguesa de Emergência Pré-Hospitalar (2022, jun 18). Quem Somos?. <https://speph.pt/sobrenos/>
- Scottini, M. A., Siqueira, J. E. & Moritz, R. D. (2018). Direitos dos Pacientes às diretivas antecipadas de vontade. *Revista bioética*, 26(3), 440-450. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rp7hBkqsmCdjyZZHrBncy8N/abstract/?lang=pt>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135– 142. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97
- Trindade, L. L., Grisa, C. C., Ostrovski, V. P., Adamy, E. K., Ferraz, L., Amestoy, S. C. & Bordignon, M. (2014). Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. *Enfermería Global*, 36, 147-155. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_docencia3.pdf
- Valadas, A. (2022). Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV): Necessidade Premente de (In)Formação para Aumento de Adesão. *Revista da sociedade portuguesa de medicina interna* 29(3), 239-240. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/617>
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Ventura, P. F. E. V., Freire, E. M. R. & Alves, M. (2016). Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(1), 126-47. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3398/3083>
- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2018). Pain in emergency units: Correlation with risk classification categories. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4dzLBBJPY99v6FnWLRHdHh/?lang=en>
- Yu, L., Santos, B. F. C., Burdmann, E. A., Suassuna, J. H. R. & Batista, P. B. P. (2007). Insuficiência Renal Aguda. *Brazilian Journal of Nephrology*, 29 (1). <https://www.bjnephrology.org/en/article/insuficiencia-renal-aguda/>

APÊNDICES

Apêndice I – Poster Abordagem da Vítima: ABCDE

Abordagem da Vítima: ABCDE

¹ Alves, Ana Cláudia; ² Pinto, Marco; ³ Soares, Custódio
¹ Estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
² Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Cooperante do Ensino Clínico I – Serviço de Urgência ³ Docente da Escola Superior de Saúde de Leiria

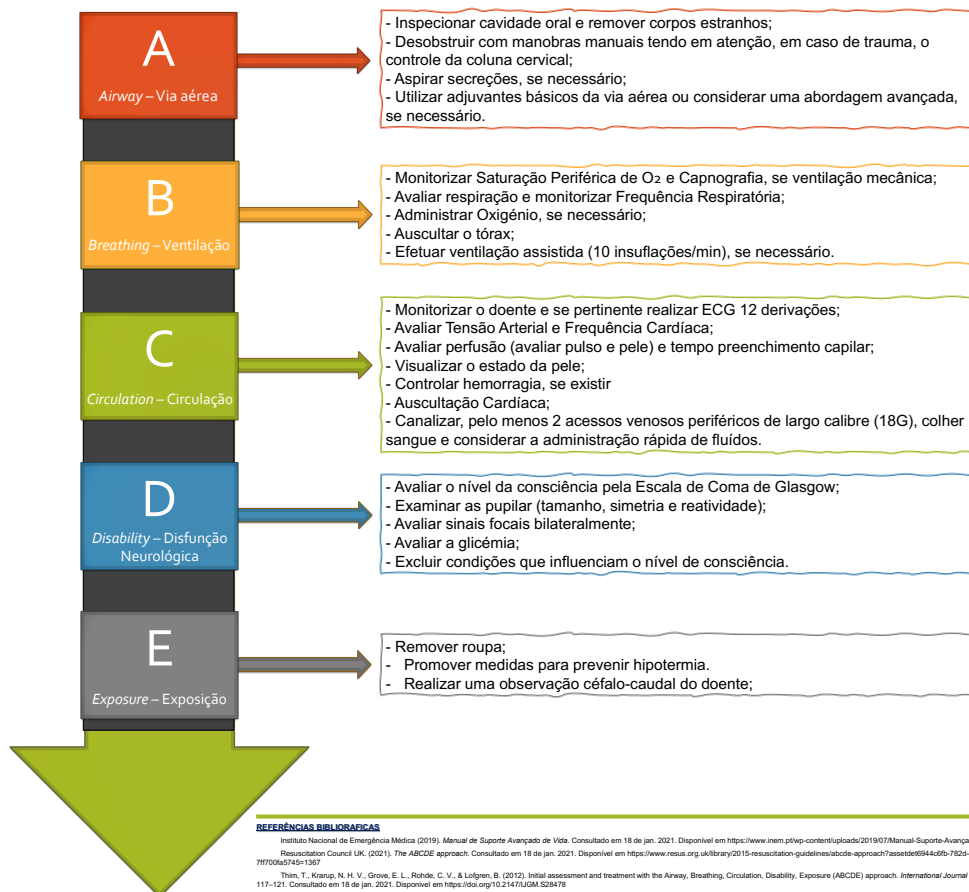
Aquando a abordagem de uma vítima é necessário utilizar métodos de avaliação eficazes com o intuito de identificar lesões e trata-las de acordo com o grau de prioridade. A **abordagem ABCDE** consiste numa mnemónica comumente utilizada como avaliação transversal do doente crítico, sendo de extrema importância seguir a sequência definida sem negligenciar os passos anteriores. A sua utilização define prioridades na abordagem ao doente com o intuito de identificar precocemente problemas que ameaçam a vida e instituir tratamento para corrigi-los. Esta mesma abordagem é amplamente aceite, principalmente em situações de emergência, auxiliando os profissionais de saúde na priorização e identificação dos problemas que coloquem em causa a vida.

OBJETIVOS:

- Reforçar e esquematizar a abordagem ABCDE como avaliação do doente crítico;
- Sensibilizar a equipa do SUMC de Abrantes para a utilização desta abordagem como auxílio na priorização e identificação de problemas.

METODOLOGIA:

- Conversa informal com elementos da equipa de enfermagem com o intuito de compreender as necessidades formativas da equipa do SUMC de Abrantes;
- Revisão bibliográfica acerca do tema.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. Consultado em 18 de jan. 2021. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Resuscitation Council UK. (2021). The ABCDE approach. Consultado em 18 de jan. 2021. Disponível em <https://www.resus.org.uk/library/2015-resuscitation-guidelines/abcde-approach/assets/6944c9b-7624-4aae-9596-71f70265745e1367>
- Thim, T., Kranup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117-121. Consultado em 18 de jan. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.2147/IJGM.S29419>
- Rodrigues, M. S.; Santana, L. F.; Galvão, I. M. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista Médica – USP*, 95(4), 278-280. Consultado em 18 de jan. 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95n4p278-280>

Apêndice II – Estudo de Caso: Ensino Clínico III



Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Estudo de Caso – Ensino Clínico III

Ana Cláudia Alves, nº5190210

Torres Novas, julho de 2021

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Estudo de Caso – Ensino Clínico III

Ana Cláudia Alves, nº5190210

Unidade Curricular: Ensino Clínico III

Professor Orientador: Bráulio Sousa

Enfermeira Orientadora: Enf^a Anabela Ribeiro

Torres Novas, julho de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition

AVDS - Alerta, Verbais, Dolorosos, Sem resposta

BV - Bombeiros Voluntários

CHAMU - Circunstâncias, História, Alergias, Medicação, Última Refeição

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo

ECG - Escala de Coma de Glasgow

Enf^o - Enfermeiro

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MR - Médico Regulador

OVA - Obstrução da Via Aérea

OVACE - Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPO₂ - Saturação Periférica de Oxigénio

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TPC - Tempo de Preenchimento Capilar

VOSP - Ver, Ouvir, Sentir e Pulso

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	CVI
RELATO DO CASO CLÍNICO	CVIII
DISCUSSÃO	CXI
REFLEXÃO DA SITUAÇÃO VIVÊNCIADA.....	CXVII
BIBLIOGRAFIA.....	CXIX

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do ensino clínico III, integrado no 2º ano do mestrado em enfermagem médico – cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, que se encontra a decorrer em parceria com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais concretamente na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Torres Novas e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), foi-me proposta a realização de um trabalho, para o qual selecionamos uma ocorrência.

Tendo em vista o desenvolvimento de conhecimentos e competências, achei pertinente realizar um estudo de caso selecionando para tal uma saída da ambulância de SIV de Torres Novas, a qual considere interessante e pertinente para a minha aprendizagem. A seleção do caso foi realizada em conjunto com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro Paulo Graça.

A elaboração deste trabalho apresenta como objetivo o relato e a reflexão de uma experiência cuja aprendizagem contribui para o desenvolvimento das competências presentes no Regulamento nº 140/2019-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento nº 429/2018-Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O caso selecionado, foi uma ativação por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), para uma ocorrência primária de natureza médica, mais concretamente uma Obstrução da Via Aérea (OVA).

A Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE), pode ocorrer em qualquer idade, no entanto é mais comum em crianças e idosos. Os principais fatores de risco são a idade acima dos 75 anos, distúrbios neurológicos e psiquiátricos, alterações do estado de consciência e mastigação ineficiente (Matos & Sousa, 2016).

A apresentação clínica das vítimas é variável e depende do grau de obstrução da via aérea, sendo que a identificação precoce de uma OVA é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e conseqüentemente no tratamento acarreta maiores complicações e pode mesmo ser fatal (INEM, 2020). Na presença de uma OVA, é importante recolher algumas informações, nomeadamente se o evento foi testemunhado, a idade da vítima, o tipo de material aspirado e o tempo decorrido desde o incidente (Gonçalves, Cardoso & Rodrigues, 2011).

Assim, tal como na situação selecionada, a atuação das equipas do extra-hospitalar, nomeadamente da tripulação da ambulância de SIV, é de extrema importância, contribuindo para a identificação precoce de focos de instabilidade, assim como de complicações respondendo de forma pronta e antecipatória.

Neste sentido, a elaboração deste trabalho pretende ainda ser um mote para uma reflexão e procura de novos saberes, conduzindo para a formação avançada e especializada, proporcionando um crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos de elevado nível, sustentados na evidência científica.

Este trabalho é composto por quatro partes que se encadeiam logicamente, sendo a primeira parte composta pela presente introdução, a qual contextualiza a elaboração do mesmo assim como a sua pertinência. Seguidamente encontra-se o relato do caso clínico selecionado. A terceira parte consiste na discussão sobre o caso clínico e por último uma breve reflexão da situação vivenciada.

RELATO DO CASO CLÍNICO

É apresentado o caso de um idoso do sexo masculino, com 87 anos de idade, o qual, de acordo com os cuidadores, não faz qualquer medicação no domicílio e não souberam informar sobre antecedentes pessoais.

Foi ativada a ambulância de SIV, para uma ocorrência primária de natureza médica, pelo fluxograma de OVA. A caminho do local da ocorrência, fomos contactados pelo CODU, o qual transmitiu a informação que o estado clínico da vítima teria evoluído desfavoravelmente tendo culminado em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e estariam no local os Bombeiros Voluntários (BV).

À nossa chegada, vítima no chão, inconsciente, com pulso palpável e sob suporte ventilatório com ressuscitador manual, assegurado pelos BV. Realizada avaliação da vítima de acordo com a abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition*) e posteriormente recolhidas informações sobre a ocorrência através do CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação, Última Refeição). Obteve-se informação, por parte dos cuidadores, de que a vítima estaria a comer arroz quando apresentou “engasgamento” com posterior alteração do estado de consciência, provavelmente por aspiração de conteúdo alimentar.

Tendo em consideração os dados recolhidos, assumiu-se OVA, pelo que iniciámos imediatamente o protocolo. Aparentemente via aérea parcialmente obstruída, no entanto devido ao estado da vítima a atuação foi rápida, como se de uma obstrução total se tratasse.

Avaliação ABCDE:

Airway:

- Via Aérea parcialmente obstruída, com respiração ruidosa. Feita tentativa de permeabilização da via aérea através de extensão da cabeça, elevação do mento e realização de laringoscopia rápida, em simultâneo com aspiração de conteúdo alimentar em moderada quantidade, com melhoria progressiva da ventilação. Seguidamente colocado tubo orofaríngeo.

Breathing:

- Realizado VOSP (Ver, Ouvir, Sentir e Pulso), apresentava pulso palpável, respiração não eficaz, com bradipneia, Frequência Respiratória (FR) de (+/-) 8 ciclos/min e

utilização dos músculos acessórios, pelo que foi dado continuidade a suporte ventilatório através de reanimador manual, já iniciado anteriormente pelos BV. Saturação Periférica de Oxigénio (SPO₂) de 91% com aporte de Oxigénio a 15 l/min. Expansão torácica simétrica e irregular, realizada auscultação pulmonar a qual não apresentava alterações de relevo.

Circulation:

- Vítima monitorizada com o *LifePack 12* através de pás multifunções. Encontrava-se normocárdica, Frequência Cardíaca (FC) de 71 bpm, com pulso cheio, simétrico e arritmico, hipertensa (170/80 mmHg) e com pele pálida e quente. Sem hemorragias visíveis, com Tempo de Preenchimento Capilar (TPC) de 3 segundos. Colocado Acesso Venoso Periférico e iniciada perfusão de NaCl 0,9%.

Disability:

- Apresentava hiperglicémia (175 mg/dl) e pupilas mióticas. Realizada avaliação através da escala AVDS (Alerta, Verbais, Dolorosos, Sem resposta), encontrando-se a vítima sem resposta (S), sendo que na ECG apresentava um *score* de 3.

Exposition:

- Temperatura auricular de 36,2 °C e tinha um penso oclusivo no calcâneo direito.

Seguidamente, vítima mais estável, com acessos de tosse e farfalheira, pelo que foi aspirada novamente com sucesso e melhoria significativa da ventilação. Melhoria do quadro clínico, encontrando-se eupneico, com FR de 16 ciclos/min, expansão torácica simétrica e regular e melhoria da SPO₂, que apresentava 96%, pelo que foi colocado aporte de O₂ por máscara de alta concentração, ficando com SPO₂ de 95%. Auscultação pulmonar sem alterações. Manteve-se normocárdico (FC = 67 bpm) com pulso cheio e simétrico, ficando posteriormente normotenso (125/67 mmHg), com TPC < 2 segundos, mantendo pele pálida e quente. Vítima manteve pupilas mióticas e simétricas, no entanto encontrava-se mais reativa aos estímulos externos, com resposta a estímulos dolorosos (letra D na escala AVDS) e com *score* de 7 na ECG.

Além do cumprimento do protocolo e dos procedimentos foi também transmitida informação aos cuidadores relativamente ao estado e evolução de saúde da vítima, os quais compreenderam e mantiveram-se afastados do cenário, no entanto sempre disponíveis e atentos.

Seguidamente foi contactado Médico Regulador (MR) para transmissão de dados, tendo este dado indicação de que a VMER estaria indisponível, e que, de acordo com a informação transmitida, a vítima seria para transportar para o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de Abrantes, pela equipa da ambulância de SIV. No decorrer do transporte, por vítima se encontrar mais reativa e com acessos de tosse frequentes foi retirado o adjuvante da via aérea, mantendo-se via aérea permeável e vítima estável. Transporte decorreu sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Inicialmente a ambulância de SIV de Torres Novas foi ativada, através do CODU, para uma ocorrência primária, uma OVA. Nesta situação torna-se importante reconhecer que uma OVA é uma emergência absoluta, que caso não seja reconhecida e resolvida precocemente, leva à morte em poucos minutos (INEM, 2013a).

Nestas ocorrências, é importante saber atuar, com o intuito de reconhecer e resolver precocemente a OVA, sendo por isso importante conhecer e saber aplicar o protocolo de SIV para OVA.

A caminho do local da ocorrência, a tripulação da ambulância de SIV foi novamente contactada pelo CODU, para informar que o estado da vítima teria evoluído desfavoravelmente tendo culminado em PCR e que os BV já estariam no local.

No extra-hospitalar, em situações de risco de ocorrência de PCR, nomeadamente na OVA, é essencial o acesso ao sistema de emergência, uma vez que cada minuto sem chamar socorro aumenta a probabilidade de lesões irreversíveis e diminui a probabilidade de sobrevivência da vítima (INEM, 2020).

Tendo conhecimento de que uma OVA pode ser parcial ou total, que as obstruções parciais precedem frequentemente as obstruções totais, e que as obstruções totais conduzem rapidamente a PCR, é facilmente compreendida a importância da atuação precoce dos elementos da ambulância de SIV assim como a percepção de que, numa situação de OVA poderá ser necessário aplicar não só o protocolo de OVA, mas também o de PCR (INEM, 2020).

Com o intuito de compreender todo o percurso até a ativação da ambulância de SIV, é importante compreender algumas das fases do SIEM, as quais têm como base a estrela da vida, sendo que cada uma das suas pontas corresponde a uma fase (INEM, 2013b) A primeira fase corresponde à deteção da situação, ou seja, quando alguém se apercebe da existência da vítima de doença súbita ou acidente, sendo que nesta situação, a deteção foi efetuada pelos cuidadores. Posteriormente existiu a fase do alerta, em que os cuidadores contactaram os serviços de emergência através do 112. Importa referir que, em Portugal, as chamadas são atendidas inicialmente pela polícia de segurança pública ou pela guarda nacional republicana e só posteriormente as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para o CODU o qual possui médicos e técnicos com formação específica. A informação sobre a situação que originou a chamada é transmitida ao

CODU, por quem realizou a chamada, sendo seguidamente determinado os recursos necessários e adequados a cada situação, tal como a ativação da ambulância de SIV quando necessária (INEM, 2013b; Ministério da Saúde, 2017).

No decorrer da ativação da ambulância de SIV, existem diversos intervenientes e frequentemente situações de stress, o que por vezes dificulta a transmissão e compreensão da informação assim como a seleção da informação pertinente para transmitir. Neste sentido, é importante saber que toda a informação fornecida antes da chegada à vítima tem sempre uma margem de erro, pelo que, sempre que possível, deve ser validada.

Nesta situação, os cuidadores da vítima reconheceram a possibilidade de OVA, contactaram 112, tendo sido ativado os meios do INEM. Como pudemos verificar, existiu um lapso de informação, sendo que a caminho do local tivemos informação que a vítima estaria em PCR, no entanto à nossa chegada não se verificou.

Numa situação de emergência é frequente a chegada dos bombeiros antes da chegada da ambulância de SIV, pelo que é importante não só recolher informações dos circundantes, do ambiente e da pessoa como também dos elementos mais diferenciados presentes no local. Importa também referir que aquando da chegada à vítima é possível recolher imediatamente algumas informações, nomeadamente se anda ou fala, nunca descurando a importante abordagem sistemática e metódica ABCDE, que deve ser sempre realizada.

A avaliação segundo a abordagem ABCDE, deve ser adotada em todas as ocorrências, sendo que no protocolo de SIV de abordagem da vítima, encontra-se esquematizada esta abordagem. Esta constitui um método de avaliação eficaz com o intuito de identificar precocemente problemas que ameaçam a vida e instituir tratamento para os corrigir, de acordo com o grau de prioridade. Tem ainda como finalidades fornecer tratamento *life-saving*, servir com algoritmo de avaliação e resolução de problemas e ganhar tempo para estabelecer um diagnóstico e tratamento final (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lofgren, 2012).

Através da avaliação da vítima pela abordagem ABCDE, e tal como referido anteriormente, foi rapidamente percebida uma obstrução parcial da via aérea, no entanto devido ao estado da vítima a atuação foi rápida como se de uma obstrução total se tratasse. A vítima encontrava-se no chão, inconsciente, pelo que foi realizada laringoscopia rápida, a qual permitiu uma melhor observação e simultaneamente aspiração de conteúdo alimentar em moderada quantidade. Estes procedimentos estão de

acordo com as indicações do protocolo de SIV para OVA, o qual refere que numa vítima adulta inconsciente devido a OVA deve ser efetuada laringoscopia rápida e caso seja visível algum corpo estranho efetuar tentativa de remoção (INEM, 2013a). No protocolo refere ainda que esta tentativa de remoção deve ser efetuada com pinça de *magill*, no entanto da informação recolhida sabíamos que a vítima se encontrava a comer arroz, pelo que a tentativa de remoção foi feita através de aspiração com um aspirador de secreções portátil utilizando uma sonda de grande calibre, uma vez que o conteúdo era alimentar espesso. É importante ter em atenção que a introdução da sonda para aspiração pode estimular as zonas da faringe e provocar reflexo de vômito e consequente agravamento da obstrução (INEM, 2020).

Nesta situação, após os procedimentos para permeabilização da via aérea, existiu melhoria do estado clínico do doente, no entanto este mantinha-se inconsciente, tendo-se colocado um adjuvante da via aérea, tubo orofaríngeo. Tendo em vista a permeabilidade de via aérea, assim como o risco de obstrução da via aérea em doentes com alteração do estado de consciência, é útil colocar um tubo orofaríngeo simultaneamente com a manutenção do correto posicionamento da cabeça em extensão e elevação do mento, os quais foram efetuados (INEM, 2020).

A hipoxemia, que é uma das causas potencialmente reversíveis de PCR, surge habitualmente em contexto de asfixia/OVA e é uma das principais causas de PCR não cardíaca. Apesar de, nestas situações, existir uma combinação de hipoxemia e hipercapnia, é a hipoxemia que acaba por causar a PCR (INEM, 2020). Nestas situações, a avaliação imediata da via aérea, a sua permeabilização e ventilação são essenciais, tanto para prevenir lesões associadas à hipoxia como para efetuar uma reoxigenação adequada, independentemente da existência de PCR (INEM, 2020).

Relativamente à avaliação do B (*breathing*), inicialmente a vítima encontrava-se bradipneica, com FR (+) 8 ciclos/min, pelo que foi dada continuidade às ventilações assistidas com reanimador manual, já iniciadas anteriormente pelos BV. De acordo com o manual de TAS/TAT de abordagem à vítima, deve-se efetuar ventilações assistidas se FR < 8 ciclos/min, realizando 10 insuflações por minuto, em adultos, o que vai de encontro os procedimentos efetuados (INEM, 2012).

A vítima mantinha-se inconsciente, com SPO₂ de 91%, pelo que se manteve administração de oxigénio a 15l/min, já iniciada anteriormente pelos BV, tendo existido melhoria das saturações periféricas, ficando com SPO₂ de 96%. Neste sentido importa

referir que a administração de oxigénio a vítimas inconscientes, como o caso apresentado, deve ser administrado a 15l/min, tentando manter oximetrias \geq a 95%, exceto se gravidez ou história de doença pulmonar obstrutiva crónica, que não era o caso (INEM, 2012). Sendo que a expansão torácica era simétrica e a auscultação pulmonar não apresentava alterações de relevo auxiliou-nos na validação da resolução da OVA.

Quanto à avaliação do C (*circulation*), a vítima foi monitorizada com *Lifepack 12* através de pás multifunções. Esta monitorização foi simultânea à laringoscopia, uma vez que foi efetuada pelo técnico de emergência pré-hospitalar. A decisão de utilizar as pás multifunções foi do enfermeiro, e deveu-se à possibilidade de existir PCR, pelo que, caso necessário, se ganharia tempo na avaliação do ritmo e consequentemente na desfibrilhação precoce, se ritmo desfibrilhável, aumentando assim a taxa de sobrevivência da vítima (INEM, 2020).

De acordo com o protocolo de SIV para OVA, quando a vítima é encontrada inconsciente, deve-se pesquisar a cavidade oral, realizar o VOSP e caso a ventilação não seja normal, mas exista circulação presente e se consiga ventilar a vítima, deve-se proceder de acordo com o protocolo PCR no adulto e iniciar compressões torácicas (INEM, 2013a). Neste caso, após laringoscopia rápida existiu melhoria da ventilação e oxigenação, tendo passado rapidamente a ventilação eficaz, pelo que se optou por não iniciar compressões torácicas.

Seguidamente, assim que possível, foi colocado um acesso venoso periférico e colocado NaCl 0,9 % em perfusão de acordo com protocolo de abordagem à vítima, o qual refere que na presença de risco potencial ou real de ABCD deve ser iniciada administração de fluídos (INEM, 2013c).

Relativamente à avaliação do D (*disability*), a vítima encontrava-se com um Glasgow de 3, de acordo com a avaliação da ECG, sendo que a depressão do estado de consciência pode comprometer a proteção da via aérea, com conseqüente risco de aspiração ou obstrução, nomeadamente com ECG $<$ 8 (INEM, 2020). Ainda neste contexto e após estabilização da vítima, foi contactado o MR, transmitida toda a informação relativamente à melhoria rápida e progressiva da vítima, pelo que se optou por transportar a vítima apenas com adjuvante da via aérea até ao SUMC de Abrantes.

Quanto à avaliação do E (*exposition*), não existiram alterações de relevo, que fossem preditores importantes de intervenção de enfermagem assim como de riscos associados.

Posteriormente, após estabilização da vítima e tendo em conta que foi, aparentemente, resolvida a OVA e conseqüentemente o doente ficou com ventilação normal, eupneico e com SPO₂ de 96 %, a restante atuação regeu-se pelo protocolo de abordagem à vítima, tendo sido colocada máscara de alta concentração ficando com SPO₂ = 95%.

No decorrer do transporte vítima mais reativa, pelo que foi necessário retirar o adjuvante da via aérea, uma vez que existiam acessos de tosse, aparentemente eficazes, e ao manter o tubo orofaríngeo poderia provocar vômito ou laringospasmo devido à presença dos reflexos glossofaríngeo e laríngeo (INEM, 2020).

Importante referir que nesta ocorrência os cuidadores se mantiveram afastados do cenário, por opção, mas sempre atentos e disponíveis, tendo sido uma mais-valia a informação que nos transmitiram, nomeadamente as circunstâncias da ocorrência. Sendo que numa situação de emergência, independentemente do tipo de ocorrência existe agravamento do estado de saúde da vítima, sendo um acontecimento indesejável e imprevisto, acarreta sofrimento para o indivíduo e para as pessoas significativas. Cada vez mais se fala sobre cuidados holísticos, sendo que em qualquer que seja a ocorrência, a família/pessoas significativas devem ser vistas como parte integrante para a prestação de cuidados, já que podem ter um papel fundamental seja no apoio à vítima ou mesmo no apoio à própria equipa (Soares, Martin, Rabelo, Barreto & Marcon, 2016; Cruz, Gomes, Barreto & Marcon, 2019).

Relativamente ao trabalho em equipa, assim como a colaboração entre todos os elementos que compõem o SIEM são de extrema importância tendo em vista um objetivo comum, a recuperação da vítima e a prevenção de complicações, sendo por isso importante a presença de um *team leader*. Este tem como objetivo liderar e coordenar a equipa na prestação de cuidados, deve ser responsável e possuir capacidades comunicacionais com o intuito de interpretar a realidade, definir prioridades e estabelecer condutas (Silva & Camelo, 2013).

Destaco a importância do En^o Paulo Graça enquanto *team leader*, tendo uma perspetiva global de todo o cenário, delegado funções e supervisionando o trabalho dos restantes elementos. Assim considero que existiu uma correta delegação de tarefas, bem como entreajuda entre todos os elementos presentes no local.

Em suma, a OVACE é uma causa de morte acidental potencialmente remediável. Nos adultos, a causa mais comum de sufocação é a OVA por alimentos, sendo que nas

crianças, além dos alimentos, é frequente a OVA por objetos de pequenas dimensões, como tampas de canetas ou moedas. É também nas crianças onde se verifica maior percentagem deste tipo de acidentes com objetos de pequenas dimensões. É importante ressaltar que a OVA por corpo estranho é uma situação muitas vezes prevenível, requerendo medidas educacionais, nomeadamente a realização de ensinamentos sobre hábitos que predisponham estes acidentes tendo em conta as faixas etárias de maior risco assim como ensinamentos básicos sobre técnicas de desobstrução da via aérea (Silva, Prehaz & Marques, 2016).

REFLEXÃO DA SITUAÇÃO VIVÊNCIADA

No decorrer de toda a situação por mim vivenciada, existiu um misto de emoções e sentimentos.

Logo após a ativação e a visualização da informação transmitida pelo CODU, entendemos que se tratava de uma OVA num idoso, ocorrência nunca antes vivenciada por mim, tendo percecionado imediatamente a possibilidade da gravidade da situação. Posteriormente, e de acordo com a transmissão de informação pelo CODU, veio a confirmar a gravidade da situação, quando nos contactaram para informar que a vítima estaria em PCR, ainda que à nossa chegada não se verificasse a PCR.

Neste contexto, importa referir que uma situação de emergência é frequentemente associada a fatores stressantes, sendo que, o grau de exigência criado nesta ocorrência, poderia ser superior à minha capacidade de resposta, tendo sido à partida uma situação indutora de stress (Pinto, 2010).

Posteriormente, e como habitual, a caminho da ocorrência reli o protocolo de SIV de OVA, o que, para mim, enquanto futura enfermeira especialista, é uma mais-valia e uma ajuda para consolidar conhecimentos assim como adquirir maior confiança e segurança na prestação de cuidados de saúde, uma vez que estes protocolos são baseados na evidência. Ainda, a caminho do local, realizei conjuntamente com o Enf^o Paulo Graça uma breve revisão do protocolo assim como uma breve contextualização de como poderia ser o cenário encontrado assim como algumas possibilidades de atuação rápidas e eficientes, dependendo da avaliação da vítima. Estas estratégias, assim como toda a ajuda e apoio prestado pelo Enf^o Paulo Graça, antes da chegada à vítima, foram uma mais-valia.

Aquando da chegada à vítima foi realizado imediatamente a avaliação de acordo com a abordagem ABCDE, com a qual me encontro familiarizada, sempre com o apoio e ajuda do Enf^o Paulo Graça. A realização da laringoscopia rápida, uma vez que é um procedimento que nunca realizei na prática, apenas pratiquei a sua realização no decorrer das bancas práticas de suporte avançado de vida há uns anos, tenho algum receio e dificuldade, pelo que foi realizada apenas pelo Enf^o Paulo Graça, no entanto foi entendido por mim como um procedimento necessário para realizar tentativa de desobstrução da via aérea de forma rápida e eficiente. Após a realização deste procedimento senti uma sensação de alívio, uma vez que nada “estava ganho”, mas existiu rapidamente uma melhoria significativa do quadro clínico da vítima.

Relativamente às situações indutoras de stress, de acordo com Lazarus & Folkman (1984), estas pertencem a três categorias, sendo elas a ameaça, o dano e o desafio. Nesta situação senti a ameaça, uma vez que diz respeito à antecipação de uma contingência desagradável que poderá vir a acontecer, nomeadamente a morte da vítima decorrente da OVA, e o desafio, visto que toda a situação representava, para mim, uma circunstância em que as exigências estabelecidas poderiam ser alcançadas ou ultrapassadas, sempre com o apoio e colaboração do Enf^o Paulo Graça.

Assim, importa ressaltar a felicidade sentida durante a colaboração na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista a prestação de cuidados ao doente crítico nomeadamente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, tendo sido um caso de sucesso. Consegui ainda de forma rápida e clara compreender não só a importância da atuação dos meios no extra-hospitalar, como a importância dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde no pré-hospitalar.

Em suma, a ocorrência por mim vivenciada foi indutora de pesquisas, de conhecimento, de competências e de habilidades, pelo que foi selecionada para a realização deste estudo de caso. Também este se revelou uma mais-valia, não só a sua elaboração como a sua discussão em conjunto com a enfermeira orientadora e com o Enf^o. Paulo Graça.

BIBLIOGRAFIA

- Cruz, J. F. M., Gomes, J. R. Z., Barreto, M. S., Marcon, S.S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial pré-hospitalar: percepção e vivência dos profissionais. *Journal Nursing and Health*, 9(2): 1-14. 193-204. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/aa49/e5afaa8ffc2be5ed46c562e7cbf6c57bb1dd.pdf>
- Gonçalves, M., Cardoso, S., & Rodrigues, A. (2011). Corpo Estranho em via aérea. *Pulmão RJ*, 52(20), 54-58. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2011/n_02/10.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual TAT/TAS – Abordagem à vítima. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013a). Protocolo Ambulância SIV - Obstrução da via aérea.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013b). Sistema Integrado de Emergência Médica. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013c). Protocolo Ambulância SIV – Abordagem da vítima.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020) Manual Suporte Avançado de Vida. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Matos, C., & Sousa, M. (2016). Aspiração de corpo estranho no idoso. *Acta Medica Portuguesa*, 29(5), 340-343. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.20344/amp.6986>
- Ministério da Saúde. (2017). Ligue 112. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://www.inem.pt/2017/05/30/ligue-112/>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República: 2ª Série, N.º 26*, p.4744-4770.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República: 2ª Série, N.º 135*, p.19359-19370.
- Soares, J. S., Martin, A. R., Rabelo, J.F., Barreto, M.S., Marcon, S.S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16 (2): 193-204. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a07.pdf>
- Silva, A. G., Prelhaz, C., Marques, I. (2016). Corpo estranho na via aérea: ... como um avião passou despercebido. *Nascer e Crescer* 25(4), 255-257. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2039/1/13_CasosClinicos-5_25-4.pdf
- Silva, V. L.S., Camelo, S. H. H., (2013). A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Rev. Enferm. UERJ*, 21(4), 533-539. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/289350310_Nursing_leadership_competence_Concepts_essential_attributes_and_the_role_of_the_nurse_leader
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117-121. Consultado em 25 de junho, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Apêndice III – Questionário: Diretivas Antecipadas de Vontade

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE – ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 8ª edição, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Este surgiu na realização do estudo sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o qual tem como objetivo saber qual o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros que trabalham com doentes críticos e colaboram no suporte artificial da função renal, perante as DAV.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (tese de Mestrado), sendo realçado que o questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

Obrigada pela sua colaboração.

PARTE I

1. Género:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: ___ número

3. Formação Académica e Profissional:

- Bacharelato
 Licenciado
 Especialista
 Mestre
 Doutorado

4. Anos de experiência profissional: _____

5. Já ouviu falar das Diretivas Antecipadas de Vontade/Testamento vital?

Sim

Não

6. Tem testamento Vital?

Sim

Não

7. Considera que os enfermeiros deveriam abordar o assunto das DAV com os doentes?

Sim

Não

8. No decorrer da sua prática profissional, já se informou ou discutiu com algum doente a possibilidade de este elaborar um testamento vital?

Sim

Não

9. Na atualidade, considera que este tema, as DAV, é um assunto importante de abordar?

Sim

Não

10. Considera que as DAV podem evitar a prática de uma “medicina defensiva”, que visa prolongar a vida até ao limite.

Sim

Não

PARTE II

	V	F
11 - O Testamento Vital é vitalício, mas pode ser revogado a qualquer momento?		
12 - As DAV só têm validade se registadas no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)?		
13 - O TV depois de efetuado e registado pode ser revogado a qualquer momento		
14 - As DAV constituem uma forma legal de eutanásia?		
15 - O testamento Vital é valido para recusar a participação em tratamentos que se encontrem em fase experimental e/ou participação em ensaios clínicos?		
16 - Através do testamento Vital qualquer cidadão pode expressar a vontade de não doar órgãos?		
17 - As DAV refletem as preferências do cidadão na tomada de decisão terapêutica em fim de vida?		
18 - No documento das DAV, é possível constar a vontade clara e inequívoca do cidadão de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais		
19 - No documento das DAV, é possível constar a vontade clara e inequívoca do cidadão de não querer ser submetido a medidas de alimentação artificial que apenas visem retardar o processo natural de morte.		
20 - Numa situação de Paragem Cardiorrespiratória, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde, tem o dever de ter em consideração as DAV, mesmo que o acesso às mesmas implique uma demora no início do Suporte Básico de Vida.		
21 - Sempre que se realiza um testamento Vital é obrigatório nomear um procurador de cuidados de saúde.		
22 - Caso um indivíduo tenha outorgado um documento de DAV onde expresse a vontade clara e inequívoca de não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado, nomeadamente no que concerne a medidas de suporte básico de vida, este poderá ter dificuldades na subscrição de um contrato de seguro.		
23 - A nomeação de um procurador de cuidados de saúde substitui o Testamento Vital.		
24 - Caso a família não concorde com o conteúdo da declaração das DAV, estas não podem ser aplicadas.		
25 - Para serem cumpridas as DAV, estas têm de acompanhar sempre a pessoa ou serem levadas por alguém ao hospital.		
26 - O procurador de Cuidados tem de ser um familiar.		
27 - A DAV possibilita que os médicos não possam ser acusados de negligência.		
28 - Caso se comprove que o indivíduo não desejaria manter as DAV, ainda que estas se encontrem válidas, estas não devem ser respeitadas.		
29 - Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm o dever de abordar este assunto com os doentes?		
30 - Nas situações em que é solicitado aos enfermeiros, que prestam cuidados de saúde ao indivíduo, para o cumprimento do disposto no documento das DAV, estes têm o direito à objeção de consciência.		
31 - Tem possibilidade de aceder às DAV, que se encontram registadas no RENTEV, a partir do seu local de trabalho (CHMT).		

PARTE III

Escala Atitudes da População portuguesa sobre Diretivas Antecipadas de Vontade

Assinale com qual das opções está mais de acordo, para as afirmações efetuadas

1 -discordo totalmente 2 -discordo 3 -nem concordo nem discordo 4 - concordo 5 -concordo totalmente

Afirmações	1	2	3	4	5
1. É importante a existência do testamento vital					
2. A minha opinião deve ser respeitada no processo de fim de vida					
3. As DAV refletem os valores e as preferências do doente na tomada de decisão terapêutica em fim de vida					
4. As DAV são um instrumento útil para os profissionais de saúde na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida					
5. O Procurador de Cuidados de Saúde nomeado pelo doente facilita a tomada de decisão dos profissionais					
6. O Cumprimento das DAV dizem respeito apenas ao médico					
7. As DAV constituem uma forma legal de eutanásia					
8. É importante que os doentes façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de					
9. É importante que todos os cidadãos façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade					
10. As DAV são importantes só por questões religiosas.					
11. A legalização do testamento vital contribuiu para a dignidade humana					
12. A morte deve ser adiada, independentemente da condição da pessoa.					
13. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião do profissional					
14. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião do doente					
15. Quero poder ter uma opinião sobre os cuidados a que vou ser submetido em situação de fim de vida					
16. Os cuidados em fim de vida devem ser prestados com base na opinião da família					
17. A minha família tomará as decisões de fim de vida por mim quando for necessário					
18. Eu espero não sobrecarregar a minha família com decisões de fim de vida					
19. O meu médico tomará as decisões de fim de vida por mim, quando chegar o momento.					
20. O Testamento Vital só tem importância para idosos e doentes					
21. Atualmente, estou saudável e não há necessidade de considerar as decisões relativas à fase final da minha vida.					
22. Na minha idade atual, não há necessidade de considerar decisões de fim de vida.					
23. Não tenho informações sobre DAV/Testamento Vital.					
24. É impossível tomar decisões de fim de vida, pois não consigo imaginar-me em tal					
25. Não faço Testamento Vital porque a informação disponível ainda é pouca.					
26. Não quero pensar que acabe por morrer ou ficar incapacitado a ponto de não ser capaz de tomar decisões.					

(Gueifão, 2018)

PARTE IV

Na sua opinião, identifique três estratégias que devem ser desenvolvidas para melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV.

Na sua opinião, identifique três estratégias que devem ser utilizadas pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento dos doentes submetidos a técnicas de substituição da função renal sobre as DAV?
