

# A INCERTEZA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

## CONTRIBUTOS PARA UM CUIDAR HOLÍSTICO E HUMANIZADO

## THE UNCERTAINTY IN THE CRITICALLY ILL PERSON:

## CONTRIBUTIONS TO A HOLISTIC AND HUMANIZED CARE

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.  
IC19, 2720-276 AMADORA, PORTUGAL  
E.MAIL: joanamsilva@gmail.com)

**Joana Silva**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA  
PALMA DE CIMA, 1649-023 LISBOA, PORTUGAL

**Patrícia Pontífice Sousa**

### RESUMO

#### *Introdução*

*A proximidade com a ameaça à vida despoleta na pessoa sentimentos de incerteza, sendo esta o stressor psicológico com maior influência em situação crítica.*

#### *Objetivos*

*Conhecer o impacto da incerteza vivenciada pela pessoa em situação crítica e, inerentemente, de que forma direccionar o cuidado de enfermagem no âmbito.*

#### *Método*

*Revisão integrativa da literatura.*

#### *Resultados*

*Sentimentos de carácter pejorativo e ambivalente são associados à incerteza. Estar longe de pessoas significativas, incapacidade para influenciar o próprio cuidado, entre*

### INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica é, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010)<sup>1</sup>, aquela que apresenta a sua vida ameaçada por eminência da falência ou mesmo falência de uma ou várias funções vitais do seu organismo, dependendo de avançados meios para a sua vigilância, monitorização e terapêutica. Esta proximidade com a ameaça à vida despoleta na pessoa sentimentos de incerteza, sendo esta o stressor psicológico com maior influência em situações de doença crítica (Hansen, et al., 2012)<sup>2</sup>.

Tal foi percecionado por Merle Mishel que desenvolveu a sua Teoria da Incerteza na Doença, onde reconhece o risco de ameaça à vida como um dos indicadores do seu desenvolvimento. De acordo com esta teórica, tal fenómeno define-se como a incapacidade da pessoa para estruturar, de forma adequada, os eventos associados à sua doença, ou como inaptidão para prever os resultados no âmbito. É descrita, de igual modo, como um estado cognitivo no qual a pessoa não consegue categorizar a sua doença devido a pistas insuficientes sobre a mesma (Tomey & Alligood, 2004; Hansen, et al., 2012)<sup>2-3</sup>.

Para a compreensão do fenómeno à luz desta teoria há que atender ao que precede e caracteriza a incerteza, ao processo da sua avaliação e às estratégias utilizadas para lidar com a mesma. Os seus antecedentes são o quadro de estímulos, a capacidade cognitiva e os fornecedores de estrutura. O quadro de estímulos inclui o padrão de sintomas (sintomas percecionados como tendo um padrão), familiaridade do evento (com pistas reconhecidas ou situação usual) e congruência do evento (coerência entre o experienciado e o esperado). A capacidade cognitiva diz respeito à capacidade de proces-

outros, fomentam-na. A sua apreciação traduz-se num novo propósito de vida. Mecanismos de coping ajudam no processo adaptativo.

#### Conclusão

Conhecer o impacto da incerteza na pessoa em situação crítica alude a direcionar o cuidado de enfermagem no sentido de maximizar a adaptação, nomeadamente otimizando os fornecedores de estrutura e quadro de estímulos da pessoa, envolvendo-a no seu cuidado, e promovendo estratégias de coping.

---

#### PALAVRAS-CHAVE

INCERTEZA; EMOÇÕES; CUIDADOS CRÍTICOS.

---

#### ABSTRACT

##### Introduction

*The proximity to life's threat triggers the person's feelings of uncertainty, being this the psychological stressor with greater influence in critical situation.*

##### Objectives

*To know the impact of the uncertainty experienced by the critically ill person and, inherently, how to direct the nursing care in this scope.*

##### Methods

*Integrative literature review.*

##### Results

*Pejorative and ambivalent feelings are associated with uncertainty. Being away from significant people, inability to influence one's own care, among others, fosters it. Their appreciation translates into a new life purpose. Coping mechanisms help in the adaptive process.*

##### Conclusion

*Knowing the impact of uncertainty in the critically ill person refers to directing nursing care in order to maximize adaptation, namely by optimizing the structure providers and framework stimuli of the person's, involving her in their own care, and promoting coping strategies.*

---

#### KEYWORDS

UNCERTAINTY; EMOTIONS; CRITICAL CARE.

---

sar informação. E os fornecedores de estrutura são recursos que ajudam a pessoa a interpretar o seu quadro de estímulos, como sejam a autoridade credível, apoios sociais e educação (Tomey & Allgood, 2004; Miller, 2015)<sup>3,4</sup>.

Na fase de avaliação, a pessoa aprecia a incerteza como oportunidade ou como ameaça e, na fase final, a pessoa utiliza estratégias de coping, isto é, estratégias para “gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.46)<sup>5</sup> visando a sua adaptação (Miller, 2015)<sup>4</sup>.

A constante preocupação pela ameaça à vida conduz à incerteza que é descrita como stressante e como um fardo. Conduz à perturbação do senso de controlo da pessoa e prejudica as suas estruturas de equilíbrio e a sua direção de vida. Este sentimento de incerteza, por sua vez, também despoleta preocupação, medo e solidão. Existe, efetivamente, um equilíbrio delicado e sustentadas incertezas perante a consciência do risco de vida. Este fenómeno surge, assim, como uma presença constante na pessoa em situação crítica, alertando-a para a sua vulnerabilidade (Sheilds, et al., 2015)<sup>6</sup>.

Por outro lado, enfrentar a incerteza resulta num continuum que se inicia no stress e conduz à reorientação e adaptação, até à aceitação, esperança e otimismo (Hansen, et al., 2012)<sup>2</sup>. Processos de mudança contínua, nomeadamente a nível cognitivo e emocional, são descritos na literatura (Sheilds, et al., 2015)<sup>6</sup>.

Com efeito, a vivência prolongada da incerteza pode mudar a sua apreciação como perigo para a sua perceção como oportunidade. Assim, esta fase pode ser reestruturante na medida em que a pessoa ganha uma nova perspetiva ou mesmo aceitação da imprevisibilidade, sendo um processo dinâmico onde ocorre mudança contínua e a pessoa reescreve a sua história pessoal (Miller, 2015)<sup>4</sup>. Muitas das pessoas em situação crítica empenham-se, de facto, num persistente processo de reflexão (Sheilds, et al., 2015)<sup>6</sup>.

#### OBJETIVOS

Dado o impacto da incerteza na pessoa a vivenciar uma situação crítica, urge, em consonância com um cuidar humanizado e holístico, conhecê-lo à luz da perspetiva do nosso alvo de cuidados – a pessoa. Compreender este fenómeno de enfermagem permitirá, por conseguinte, direcionar o cuidado no âmbito. Assim, a questão que se impõe é: de que forma a pessoa em situação crítica experiencia a incerteza?

## MÉTODO

De modo a responder à questão supracitada, tendo em vista a busca de conhecimento e a promoção da melhoria do cuidado à pessoa, foi elaborada uma revisão integrativa da literatura alicerçada em seis passos preconizados, como sejam a elaboração da questão de investigação, pesquisa da literatura, categorização dos estudos/dados encontrados, avaliação dos mesmos, interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento obtido (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008)<sup>7</sup>.

Em conformidade, foi utilizada a plataforma EBSCOhost, na qual foram selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Subsequentemente, foi efetuada uma pesquisa da literatura dos últimos 5 anos (entre 2011 e 2016), utilizando indicadores booleanos e termos validados de acordo com a nomenclatura Medical Subject Headings da seguinte forma: (uncertainty OR feelings) AND critically ill NOT

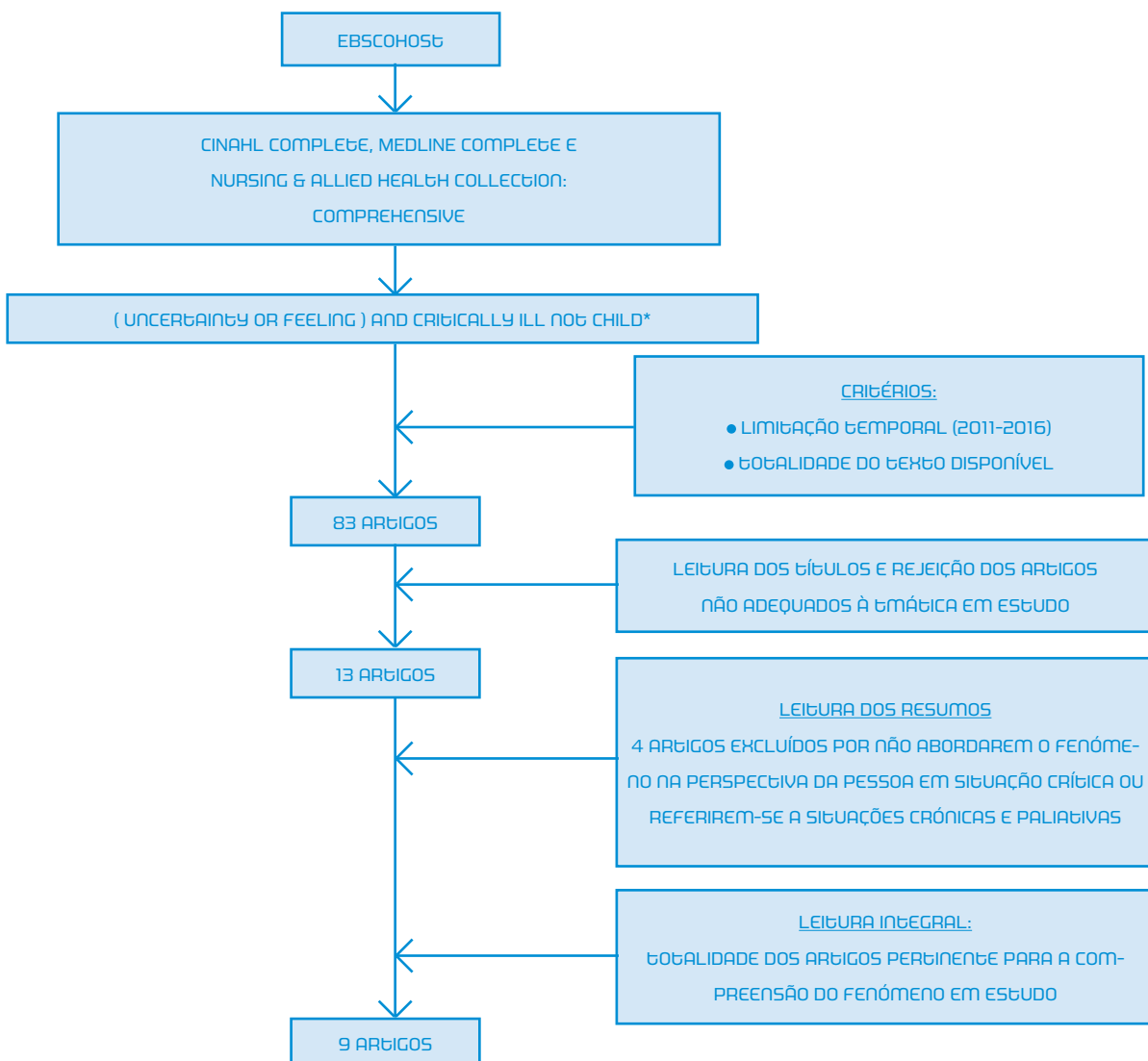


FIGURA 1 Percurso metodológico

child\*. Deste modo, está subjacente que a população pediátrica foi excluída desta pesquisa. Não obstante, o critério de totalidade de texto disponível foi, também, aplicado. Assim, obtiveram-se 83 artigos para serem eventualmente selecionados. Após leitura, em primeira instância, dos títulos e, posteriormente, dos resumos dos mesmos, permaneceram 9 artigos para serem submetidos a leitura integral de modo a verificar a sua potencialidade para responderem à questão de investigação elaborada. Tal foi verificado, e foi sobre estes que incidiu a presente revisão integrativa da literatura. A Figura 1 demonstra, de modo sintetizado, o percurso metodológico desenvolvido.

#### QUADRO 1 Resultados dos primeiros artigos analisados

AUTORES E ANO	CONTEXTO	SENTIMENTOS ASSOCIADOS À INCERTEZA	ANTECEDENTES DA INCERTEZA	AValiação DA INCERTEZA	MECANISMOS DE COPING
ABRÃO, SANTOS, ARAÚJO, OLIVEIRA & COSTA (2014) <sup>11</sup>	NA UCI	MEDO E INSEGURANÇA; ANSIEDADE; STRESS; PROXIMIDADE DA MORTE.	ESTAR LONGE DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; AMBIENTE DESCONHECIDO; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE; CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO.		SUPORTE FAMILIAR; PRESENÇA DE SIGNIFICATIVOS; ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO.
ARO, PIEBILA & VEHVILAINEN-JULHONEN (2012) <sup>16</sup>	FACE ÀS NECESSIDADES NUMA UCI		CONFORTO FÍSICO; SENTIMENTO DE SEGURANÇA; PRESENÇA E CREDIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS; TER INFORMAÇÕES CLÍNICAS; CAPACIDADE PARA TOMAR DECISÕES; RESPEITO PELA INDIVIDUALIDADE.		APOIO EMOCIONAL
BAUMGARTEN & POULSEN (2015) <sup>12</sup>	FACE À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UCI	RAIVA; FRUSTRAÇÃO; VULNERABILIDADE; ANSIEDADE; DEBILITAÇÃO; STRESS; IMPOTÊNCIA; MEDO; PÂNICO.	INCAPACIDADE PARA COMUNICAR; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS; INCAPACIDADE DE CONTROLAR O CORPO E SENTIMENTOS; AMBIENTE NÃO FAMILIAR E ASSUSTADOR; REALIDADE DIFUSA; RECEBER INFORMAÇÕES CLÍNICAS; SOLIDÃO; SENTIR-SE UM FARDO.	LUTA PELA SOBREVIVÊNCIA; EXPERIENCIAR CONTROLO.	ACREDITAR EM ALGO RELIGIOSO; SUPORTE DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS
JOHNSON (2011) <sup>9</sup>	RECUPERAÇÃO DA DOENÇA CRÍTICA	INTROSPEÇÃO; LUTA; SENTIMENTOS DE PERDA AMBÍGUOS.	ALUCINAÇÕES; FALTA DE APOIO DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; PAPEL SOCIAL INDEFINIDO.	MUDANÇA E RENASCIMENTO.	TENTAR RECUPERAR; QUERER MAIS DA VIDA; NOVAS REDES DE SUPORTE SOCIAL; PRÁTICA ESPIRITUAL.

## RESULTADOS

A totalidade dos dados obtidos no âmbito da revisão da literatura efetuada remetem para a experiência da situação crítica associada ao contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo, desde já, uma eventual limitação da presente revisão.

É consensual que sentimentos de cariz pejorativo estão associados à incerteza, tais como ansiedade e medo. Sentimentos ambivalentes são, também, mencionados neste âmbito. Os restantes dados parecem corroborar a Teoria de Merle Mishel. Os quadros seguintes (Quadro 1 e Quadro 2) mostram, de forma sucinta, os achados mais relevantes para a compreensão da experiência do fenómeno em estudo pela pessoa em situação crítica.

## QUADRO 2

### Resultados dos restantes artigos analisados

AUTORES E ANO	CONTEXTO	SENTIMENTOS ASSOCIADOS À INCERTEZA	ANTECEDENTES DA INCERTEZA	AValiação DA INCERTEZA	MECANISMOS DE COPING
KHALAILA ET AL. (2011) <sup>4</sup>	FACE À DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO DEVIDO A VENTILAÇÃO MECÂNICA	STRESS; ANSIEDADE; MEDO; RAIVA	DEPRESSÃO; EXPERIÊNCIAS STRESSANTES; DIFICULDADE EM COMUNICAR.		
LASIBER (2011) <sup>5</sup>	FACE AO SENTIMENTO DE SEGURANÇA NA UCI	RISCO DE SENTIR-SE INSEGURO.	AMBIENTE DIFERENTE; CAPACIDADE PARA TOMAR DECISÕES; SENTIMENTO DE CONTROLO; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS E SUA CREDIBILIDADE.		
PALESJO, NORDGREN & ASP (2015) <sup>9</sup>	APÓS INTERNAMENTO NA UCI	LUTA EXISTENCIAL; EXPERIÊNCIA ENTRE O REAL E O NÃO REAL; SENTIMENTO DE VAZIO; VULNERABILIDADE; MEDO E ANSIEDADE.	CORPO DIFERENTE E FRÁGIL; SENSações ALTERADAS; CONFUSÃO; APOIO DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; CUIDADO ADEQUADO.	LUTA PARA CRIAR SENTIDO E COERÊNCIA; SUPERAR A INCERTEZA; CRIAR SENTIDO EXISTENCIAL	APRECIAR OS MOMENTOS USUAIS DA VIDA; VIVER UM DIA DE CADA VEZ; SUPERAR A ANSIEDADE.
STAYT, SEERS & TUTTON (2015) <sup>13</sup>	FACE AO SUPORTE TECNOLÓGICO NA UCI	FALTA DE CONTROLO.	CUIDADO IMPESSOAL; SOLIDÃO; MEDO DE SER UM FARDO; INCAPACIDADE PARA INFLUENCIAR O CUIDADO; RECONHECIMENTO DA EXPERIÊNCIA E JULGAMENTO CLÍNICO DOS PROFISSIONAIS; PRESENÇA DE TECNOLOGIA NÃO FAMILIAR; CONFORTO FÍSICO.		
WASSENAR, SCHOUBEN & SCHOONHOVEN (2014) <sup>17</sup>	FACE AO SENTIMENTO DE SEGURANÇA NA UCI	INSEGURANÇA; MEDO; ANSIEDADE; VULNERABILIDADE; PERDA DE CONTROLO; DISEMPOWERMENT; FRUSTRAÇÃO.	CUIDADO IMPESSOAL; CREDIBILIDADE DOS ENFERMEIROS; EXPLICAÇÃO DOS ACONTECIMENTOS; NÍVEL FLUTUANTE DE CONSCIÊNCIA; SOLIDÃO.	GANHAR NOVAMENTE O CONTROLO; MANTER A ESPERANÇA.	MANTER A ESPERANÇA; CRENÇAS RELIGIOSAS; APOIO SOCIAL E FAMILIAR.

De ressaltar que alguns dos contextos específicos, retratados na literatura incluída, foram considerados de forma a proporcionar uma visão mais abrangente da problemática.

## DISCUSSÃO

Para a pessoa, estar em estado crítico é sentido como uma profunda experiência de vida que a impele, forçosamente, a si e às suas pessoas significativas, a uma conjuntura transicional (Johnston, 2011)<sup>8</sup>. Por conseguinte, o foco na experiência da incerteza existencial, inerente a esta situação, é fulcral para um cuidado holístico (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)<sup>9</sup>, dado que atribuir à pessoa o papel de centralidade no cuidado de enfermagem é considerar as suas reações, as suas angústias e o seu ser além do corpo (Sousa, 2014)<sup>10</sup>.

Em virtude da natureza crítica do seu estado de saúde, a pessoa carece de cuidados intensivos, sendo tais cuidados percebidos como assen-

tes num conceito paradoxal do cuidar (Johnston, 2011)<sup>8</sup>. Com efeito, a complexidade de todo o cuidado no âmbito despoleta a incerteza. Não obstante, o simples facto de se estar numa UCI gera sentimentos de ansiedade, medo e stress, associados ao manifesto medo da morte (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014; Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)<sup>9,11</sup>.

Estar em estado crítico é perceber o mundo usual como uma neblina, é viver entre o real e o não real. Implica confrontar-se com um corpo não familiar que é desobediente, vulnerável e fornece sensações alteradas, experienciando sentimentos de deterioração e incerteza fomentados pela imprevisibilidade de como o corpo reagirá (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015; Baumgarten & Poulsen, 2015)<sup>9,12</sup>.

Também a natureza da tecnologia utilizada na UCI, não conhecida pela pessoa, aumenta a angústia da mesma (Stayt, Seers & Tutton, 2015)<sup>13</sup>. O seu

papel social indefinido, experiências stressantes e uma atmosfera diferente conduzem a um senso de insegurança e medo do desconhecido (Johnston, 2011; Khalaila et al., 2011; Lasiter, 2011; Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)<sup>8,11,14,15</sup>.

Sentimentos de ser invisível no seio da panóplia de dispositivos tecnológicos, conduzindo a um cuidado impessoal são, também, relatados (Stayt, Seers & Tutton, 2015)<sup>13</sup>. Porquanto, ser respeitado como um ser humano único é essencial (Aro, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2012)<sup>16</sup>. Neste sentido, Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven (2014)<sup>17</sup> referem que o cuidado despersonalizado fomenta a incerteza na pessoa em situação crítica.

Com efeito, a pessoa em situação crítica depara-se com inúmeros eventos que não lhe são familiares. Experiência, de igual modo, incongruências nos diversos eventos com que se depara, tais como cuidado insuficiente, contrariamente ao esperado, sentir-se um fardo para os profissionais de saúde, e não receber informação sobre a sua condição clínica, conduzindo à insegurança e ao desempowerment. Ao invés, sentimentos de conforto físico e conceito relativo de controlo, tal como poder solicitar ajuda dos profissionais ou participar nas decisões clínicas sobre si, parecem fomentar a esperança e o senso de segurança (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015; Stayt, Seers & Tutton, 2015; Baumgarten & Poulsen, 2015; Lasiter, 2011)<sup>9,12,13,15</sup>.

Esforços para compreender coerentemente o desenrolar dos eventos são, também, descritos pela pessoa em situação crítica (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)<sup>9</sup>. Assim, depreende-se que não há consistência suficiente para os sintomas serem percebidos como tendo uma configuração específica. A sua natureza ambígua e a dificuldade em atribuir significado às sensações experienciadas têm sido reconhecidas como fontes de incerteza (Tomey & Alligood, 2004)<sup>3</sup>.

De acordo com Merle Mishel, conforme a familiaridade do evento, a sua congruência e o padrão de sintomas diminuem, aumenta a incerteza. Não obstante, também as capacidades cognitivas estão associadas à forma como a pessoa estrutura os estímulos num esquema cognitivo, que, por sua vez, diz respeito à interpretação subjetiva da pessoa acerca do seu estado de saúde (Tomey & Alligood, 2004)<sup>3</sup>. Ora, a pessoa em situação crítica experiencia confusão mental, flutuações no estado de consciência, sensações alteradas, memórias fragmentadas, alucinações, incapacidade para influenciar o cuidado e tomar decisões (Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven, 2014; Palesjo, Nordgren, & Asp, 2015; Johnston, 2011; Stayt, Seers, & Tutton, 2015)<sup>8,9,13,17</sup>. Além disso, pode não receber

a informação relevante sobre o seu estado clínico (Aro, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2012)<sup>16</sup>.

Incapacidade para comunicar devido à presença de ventilação mecânica é igualmente mencionada, associada a sentimentos pejorativos tais como ansiedade, raiva, medo, depressão (Khalaila et al., 2011)<sup>14</sup> e à percepção de não ser visto como um ser humano (Baumgarten & Poulsen, 2015)<sup>12</sup>.

Fornecedores de estrutura como sejam a autoridade credível, apoio social e educação diminuem a incerteza ao promover a interpretação de eventos (Tomey & Alligood, 2004)<sup>3</sup>. Todavia, a pessoa em situação crítica em contexto de UCI, apesar de reconhecer a competência e o julgamento clínico dos profissionais de saúde, descreve sentimentos de solidão e falta de apoio de pessoas significativas (Lasiter, 2011; Stayt, Seers, & Tutton, 2015; Johnston, 2011)<sup>8,13,15</sup>. É, de igual modo, relatado que estar longe da família significa o início do fim, fomentando a incerteza e o medo da morte (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)<sup>11</sup>. A falta de informação clínica sobre a sua situação é, uma vez mais, mencionada neste contexto (Aro, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2012)<sup>16</sup>.

Relativamente à avaliação da incerteza fomentada pelos aspetos descritos, parece consensual a sua apreciação como oportunidade. Neste sentido, é levada a cabo uma luta motivada pelo desejo de viver e pelo voltar ao local onde se pertence. Tal luta envolve criar sentido e coerência para o vivido de modo a que haja uma reconciliação com o novo corpo e com a vida (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)<sup>9</sup>. Narrativas de renascimento, tais como um novo propósito de vida ou um novo emergir da vida, são usuais no âmbito (Johnston, 2011)<sup>8</sup>.

Manter a esperança e ganhar novamente controlo é, similarmente, imperativo para a pessoa e vivenciar uma situação crítica (Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven, 2014)<sup>17</sup>. Envolver-se no seu próprio cuidado ajuda a enfrentar a incerteza, na medida em que a pessoa se sente verdadeiramente humana, a lutar pela sua sobrevivência e pela sua necessidade de experienciar controlo (Baumgarten & Poulsen, 2015)<sup>12</sup>.

No que concerne às estratégias de coping utilizadas, as pessoas que vivenciaram uma situação de doença crítica referem que se focalizaram em viver o dia-a-dia, apreciando os momentos banais da vida que, anteriormente, eram tidos como garantidos (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)<sup>9</sup>. Motivação para recuperar e manter a esperança é, igualmente, relatado (Johnston, 2011; Wassenaar, Schouten & Schoonhoven, 2014)<sup>8,17</sup>.

Ter suporte social e familiar é um mecanismo significativo, porquanto proporciona conforto,



humanização (Baumgarten & Poulsen, 2015)<sup>12</sup> e possui um impacto direto sobre a incerteza, reduzindo a complexidade observada pela pessoa (Mishel & Braden, 1988, citados por Tomey & Alligood, 2004)<sup>3</sup>. Não obstante, a espiritualidade e a religião são vistas como recursos importantes que sustentam a crença da pessoa numa recuperação mais rápida e fornecem uma referência de força sobrehumana (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO

A proximidade com a ameaça à vida experienciada pela pessoa em situação crítica fomenta o despoletar de sentimentos de incerteza. Inúmeros eventos decorrentes da natureza crítica do estado de saúde da pessoa, bem como do próprio contexto de cuidado numa UCI, concorrem a favor do seu desenvolvimento. Apesar do impacto deste fenómeno na pessoa em situação crítica, parece con-

sensual a instalação de um continuum que se inicia com sentimentos pejorativos ou ambivalentes até à apreciação do fenómeno como uma oportunidade de criar uma nova narrativa e um novo propósito de vida.

É ambicionando explorar este fenómeno à luz da experiência vivenciada pela pessoa, em conformidade com um paradigma humanista e mais compreensivo, que surge o presente contributo para uma efetiva prática baseada na evidência. Embora, perscrutá-lo deverá transbordar o contexto específico da UCI que aqui se encerra.

Compreender o fenómeno da incerteza e respetivo impacto na pessoa em situação crítica alude ao direcionar o cuidado de enfermagem no sentido de ajudar a pessoa a adaptar-se à incerteza, nomeadamente envolvendo-a no seu próprio cuidar, influenciando positivamente os seus fornecedores de estrutura e o seu quadro de estímulos, e, ainda, otimizando os mecanismos de coping utilizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. (20 de outubro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
2. Hansen, B. S., Rortveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty - a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, pp. 266-277.
3. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
4. Miller, C.-A. (2015). Pseudoprogression: Patient experience and nursing in uncertainty. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2).
5. Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa.
6. Sheilds, L., Molzahn, A., Bruce, A., Makaroff, K. S., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 207-215.
7. Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (Outubro/Dezembro de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 758-764.
8. Johnston, L. B. (2011). Surviving Critical Illness: A Case Study in Ambiguity. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, pp. 363-382.
9. Palesjo, C., Nordgren, L., & Asp, M. (Julho de 2015). Being in critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 3494-3502.
10. Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
11. Abrão, F. M., Santos, E. F., Araújo, R. A., Oliveira, R. C., & Costa, A. M. (Março de 2014). Feelings of Patients while Staying in Intensive Care Unit. *Journal of Nursing*, 8, pp. 523-529.
12. Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Nordic College of Caring Science*, 29, pp. 205-214.
13. Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71, pp. 2051-2061.
14. Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (Novembro de 2011). Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), pp. 470-479.
15. Lasiter, S. (2011). Older adults' perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 67, pp. 2649-2657.
16. Aro, I., Pietila, A.-M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1847-1858.
17. Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, pp. 261-273.