



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE APOIO AO LUTO
DA FAMÍLIA DA PESSOA
EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS

NURSING INTERVENTIONS TO SUPPORT THE BEREAVEMENT OF THE FAMILY
IN THE CRITICAL CARE CONTEXT

Por

Inês Santana de Moura Neves

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE APOIO AO LUTO
DA FAMÍLIA DA PESSOA
EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS**

*NURSING INTERVENTIONS TO SUPPORT THE BEREAVEMENT OF THE FAMILY
IN THE CRITICAL CARE CONTEXT*

Por

Inês Santana de Moura Neves

Sob a orientação de Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2022

*“Let us never consider ourselves finished.
We must be learning all of our lives.”*

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

Aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

Quando decidi sair do meu conforto, trocar de emprego e rumar a outra cidade à procura deste sonho nunca pensei chegar até aqui.

Um agradecimento especial à minha mãe, a pessoa mais incrível deste mundo. A que me criou, a que não me deixou desistir da licenciatura, acreditando sempre que este era o meu sentido de vida e a minha missão – cuidar do outro – e que esta era a área profissional da minha vida. Obrigada pelo teu conforto, amparo e amor inesgotável.

A ti, Ricardo, obrigada pelo teu amor, companheirismo, apoio e incentivo.

Restante família – pai, tios, primos, cunhada e sogros, com um lugar muito especial no meu coração e bússolas contantes na minha vida. O meu muito obrigado por nunca desistirem de mim e reconhecerem em mim uma referência profissional nas vossas vidas.

Aos meus amigos, obrigada por estarem sempre de braços abertos para me receberem e me perdoarem pelas minhas ausências constantes nos últimos dois anos.

Um agradecimento também sincero aos Enfermeiros que me orientaram na prática clínica, Enfermeiro Especialista Tiago Amaral e Enfermeira Especialista Iolanda Bernardo. Por todo o incentivo, reflexão e partilha de conhecimento.

Agradeço igualmente aos Professores, bem como aos colegas de profissão e mestrado.

À Professora Doutora Rita Marques a quem expresso o meu profundo agradecimento pelo empenho, disponibilidade, compreensão e apoio em todos os momentos, mesmo quando eu não acreditava.

Muito obrigada, sem vocês não teria chegado até aqui.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório surge o presente Relatório de Estágio, encontrando-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Lisboa.

Inicialmente este percurso foi composto pelo desenvolvimento de competências durante a componente teórica integrada no curso. Posteriormente, foi desenvolvida a componente prática que se pretende expor neste documento, tendo representado um processo dinâmico e contínuo na aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Este documento tem como objetivos descrever o meu percurso de aprendizagem em ambiente clínico e demonstrar a aquisição de competências durante este percurso académico. Será implícita uma análise crítica e reflexiva sob forma de fundamentar a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em dois contextos distintos da prática: Módulo I – Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos. Estes dois contextos foram orientados com o objetivo de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Para o desenvolvimento de competências de mestre e promoção de uma cultura científica e de inovação, elaborei uma *Scoping Review* sobre a temática transversal a todos os meus contextos clínicos “*Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto da Família da Pessoa em Contexto de Cuidados Críticos*”. O contexto de morte inesperada necessita da implementação de cuidados de Enfermagem sensíveis e intervenções direcionadas para a família presente, que é confrontada com a morte do seu familiar e inicia o seu processo de luto. Estas intervenções são essenciais para a recuperação e promoção de um processo de luto saudável.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências de Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Luto, Família.

ABSTRACT

During the Final Placement and Report subject of the Specialisation in Medical Surgical Nursing Masters' Degree of the Lisbon Portuguese Catholic University, a report was developed. This report pretends to expose the dynamic continuous acquisition, development and consolidation of the competencies specific of a Specialist Medical Surgical Nurse for the Person in Critical Situation, which were acquired during the practical component of the Master Degree and through the completion of two professional placements (internships). However, the acquisition of these practical competencies were only possible after initially acquiring knowledge and competencies through theoretical pathway of the Master Degree.

This critical analysis will fundament the acquirement of Specialist Nurse title in these contexts as these experiences were lived with the objective of developing and consolidating scientific, technique, ethical and relational competencies essential for the Specialised Medical Surgical Nursing care of the Person in Critical Situation.

To support the acquisition and development of competencies at a master's level and for the promotion of innovation and evidence-based practice in Nursing a Scoping Review regarding "*Nursing Interventions to Support the Bereavement of the Family in the Critical Care Context*" was completed, as this is a traversal thematic to both Clinical Placement (internship) contexts.

The unexpected death of a relative confronts its family with a sudden loss and family centred, prompt, sensible and efficient implementation of nursing interventions is essential for the promotion of a healthy grieving process and for adequate family recovery.

Keywords: Specialist Nurse, Nurse Skills, Critical Care, Bereavement, Family.

SIGLAS

ACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ECPR – *Extra-Corporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EEMCPSC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica.

GCS – *Glasgow Coma Scale*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

INDICE

INTRODUÇÃO	19
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE APOIO AO LUTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW ...	25
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	35
2.1. Módulo I – Viatura Médica de Emergência e Reanimação	37
2.2. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos	49
3. CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES	77
APÊNDICE I - Processo de identificação e inclusão dos estudos PRISMA diagram flow (JBI, 2020)	79
APÊNDICE II - Resumo dos estudos incluídos na revisão e níveis de Evidência de Estudos segundo a JBI (2020)	83
APÊNDICE III - Cartaz: “SARS-CoV2: Fármacos para EOT – Sequência Rápida”	91
APÊNDICE IV - Poster Científico “Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto da Família da Pessoa em Situação Crítica: Scoping Review”	95
APÊNDICE V - Procedimento Setorial: “Acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica e transição para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP/UCI)”	99
ANEXOS.....	109
ANEXO I - Certificado de Publicação de Poster Científico no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde” ..	111
ANEXO II - Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”	115

ANEXO III - Certificado de Participação nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva
..... 119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 - Ativações da VMER durante o período de estágio	39
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final e Relatório surge o presente Relatório de Estágio, encontrando-se inserido no 14º Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Lisboa (UCP).

Durante a construção do meu projeto pessoal e profissional espera-se que tenha uma atitude globalmente ativa no meu processo de aprendizagem, demonstrando reflexão e crítica relativa à minha ação, com vista à aquisição de conhecimento que permita o meu crescimento e a obtenção das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Segundo a OE – Ordem dos Enfermeiros (2019) atualmente a regulação profissional assume uma extrema relevância pois os cuidados de saúde em Portugal e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem impõem uma maior exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Devido a esta exigência técnica e científica solicitada na última década e perante a minha ambição pessoal e profissional, em que sou invadida por constantes sentimentos de aquisições inacabadas na minha prática diária, foi um desejo claro ingressar neste percurso académico e profissional. Segundo Deodato (2011), o enfermeiro abre-se à construção da decisão, mas incorpora os contributos vindos de fora como elementos que ajudarão a formar a sua vontade, mas no final, é a sua vontade que determina a escolha. Vontade em adquirir e desenvolver competências, sempre com o objetivo máximo de melhorar a prestação de cuidados com vista à prática de cuidados mais especializada, promoção do bem-estar da pessoa e melhoria do estado de saúde em situações complexas.

Dei início à minha atividade profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais em 2012, tendo ingressado na área de Urgência/Emergência em 2016 onde me mantenho até

hoje. No entanto, mantinha-se uma ambição interior de evoluir e adquirir conhecimentos para conseguir prestar cuidados especializados.

Atualmente os cuidados à pessoa em situação crítica são cada vez mais diferenciados, complexos e especializados sendo esta evolução fundamental para a minha decisão. A citação *“Let us never consider ourselves finished, we must be learning all of our lives”* (Wilson, 2015, citando Nightingale, 1800s) é um lema que esteve sempre presente na minha prática enquanto enfermeira de cuidados gerais, um sentimento de *sede* por saber mais, estar melhor e fazer melhor, ser um exemplo de profissional de prática segura e intervenções fundamentadas em evidência científica atualizada. Somos seres em constante aprendizagem, seres inacabados, regidos por um quadro de referência próprio que engloba princípios e valores, que guiam a nossa ação e decisão. A Enfermagem é uma arte, não só técnica como humanista e, tal como refere Hesbeen (2001), *“os Enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”*.

Nesta caminhada de enfermeira de cuidados gerais a enfermeira especialista pressupõe-se que mantenha intrínseco na minha prática as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, no entanto com um aprofundamento dos domínios de competências. Segundo a OE (2019), o Especialista *“é um Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

As competências do Enfermeiro Especialista encontram-se publicadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2018b) que as define como as competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas independentemente da sua área de especialidade. Todos os Enfermeiros Especialistas partilham um grupo de domínios sendo eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Aprofundando para o conjunto de competências clínicas especializadas consoante o alvo e contexto de intervenção específica pretendida nesta área de atuação apresenta-se os

cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica. Segundo a OE (2018b) os cuidados de Enfermagem nesta área são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Têm como objetivo a sua recuperação total, através da implementação de respostas às necessidades afetadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por eminência ou falência efetiva de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018b).

Segundo o seu regulamento específico – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018b), o Enfermeiro Especialista *“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximiza a prevenção, intervenção e controlo de 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”*.

Este relatório tem como objetivos descrever o meu percurso de aprendizagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família e demonstrar a aquisição de competências nesta área.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a introdução, posteriormente apresenta-se o segundo capítulo *“Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto da Família da Pessoa em Contexto de Cuidados Críticos: uma Scoping Review”*. Neste capítulo, que dá nome ao presente Relatório, é apresentada a Revisão da Literatura, uma Revisão de Escopo – *Scoping Review*, que teve como objetivo mapear, na literatura científica, as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em contexto de cuidados críticos. Optei por estruturar esta revisão da literatura em formato de artigo, com o objetivo de efetuar a submissão a uma revista científica.

O terceiro capítulo, denominado descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, tem como objetivo descrever os contextos do ambiente clínico experienciado, as atividades desenvolvidas e o processo de desenvolvimento de competências. Para além disso, demonstrar a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar intervenções e avaliar os resultados obtidos, as suas implicações éticas e

sociais, bem como a capacidade de refletir sobre as ações realizadas. Apresento esta análise de forma individualizada e dividida em dois subcapítulos de acordo com a divisão dos dois contextos de estágio: Módulo I – Viatura Médica e Emergência Médica (VMER) e Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

O quarto capítulo apresenta as Considerações Finais onde elaborei uma análise transversal ao relatório e uma reflexão pessoal sobre o percurso de aprendizagem realizado para o desenvolvimento das competências descritas pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Posteriormente, as referências bibliográficas apresentam-se de acordo com a norma American Psychological Association (APA, 2020). Por último, são apresentados os anexos e apêndices.

Relativamente à temática escolhida, transversal ao presente Relatório “*Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto da Família da Pessoa em Contexto de Cuidados Críticos*”, tinha claro desde o início que queria desenvolver a temática do luto, por considerar uma lacuna na prática diária da Enfermagem em Portugal, principalmente nos Serviços de Urgências, onde diariamente somos confrontados com a morte e com a satisfação das necessidades da família da pessoa falecida.

Segundo Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva inicia-se com a perceção de situações especialmente significativas para o sujeito, habitualmente uma situação de desconforto pessoal. Ao longo da minha experiência profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais tenho-me questionado *porque afastamos a família? Porque ficam distantes? Alguém questiona a sua vontade de desejar permanecer? A nossa intervenção limita-se a isto?* O contexto de morte inesperada necessita da implementação de cuidados de Enfermagem sensíveis e intervenções direcionadas para a família presente, que é confrontada com a morte do seu familiar e inicia o seu processo de luto. Estas intervenções são essenciais para a recuperação e promoção de um processo de luto saudável e devem ser implementadas desde a primeira abordagem do Enfermeiro. Devemos ser promotores de mudança de comportamento e intervenções tendo por base a evidência científica atual. Ao longo do processo de luto a família será confrontada com uma adaptação à sua nova realidade. Roy e Andrews (2001) define adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades.

Assim, suportei a minha intervenção e o meu processo de aquisição de competências no referencial teórico da Teoria da Adaptação de Callista Roy.

Na década de 80, englobado no Paradigma da Integração, surge a orientação para a pessoa, um ser global, um todo bio-psico-sócio-cultural-espiritual formado por partes em interação. Neste paradigma surgiram várias Escolas de Pensamento de Médio Alcance e Grande Teoria, onde foi abordada pela primeira vez a Escola dos Resultados. Em 1984, nesta Escola de Pensamento surge Callista Roy com a Teoria da Adaptação que engloba quatro modelos adaptativos.

Na perspetiva de Callista Roy, a Enfermagem é uma profissão pertencente aos cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos, enfatizando a promoção da saúde aos indivíduos, grupos e sociedade como um todo, sendo que a ciência e a prática expande a capacidade de adaptação e melhora a transformação ambiental da pessoa (Roy & Andrews, 2001).

Segundo Roy e Andrews (2001), a Teoria da Adaptação define-se com conceitos centrais de pessoa, ambiente, saúde e cuidados de Enfermagem. De acordo com a matriz conceptual da Teoria a pessoa é um sistema adaptativo em que o seu *input* é o nível de adaptação aos estímulos com mecanismos de *coping* individuais, que tem efeito na sua função fisiológica, perceção do auto-conceito, desempenho do seu papel num determinado ambiente/contexto que resultará em respostas adaptativas ou ineficazes (Roy & Andrews, 2001). Assim, Roy assume que os cuidados de Enfermagem têm como objetivo central a promoção de respostas adaptativas que afetam positivamente a saúde. Têm como finalidade restabelecer o equilíbrio, a hemostasia ou a preservação de energia, encontra-se centrada no porquê da disciplina de Enfermagem, sendo essenciais quando a pessoa desenvolve uma resposta ineficaz perante o estímulo ambiental. Os fenómenos são multidimensionais no contexto e existe uma relação causa-efeito.

1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE APOIO AO LUTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: Mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em situação crítica.

Método: *Scoping Review*, recorrendo ao motor de busca EBSCOhost entre Setembro e Outubro de 2021, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute 2020. Os descritores DeCS/MeSH utilizados foram “*bereavement*”, “*family*”, “*resuscitation*”, conjugados através do operador booleano “AND”. Definiu-se como questão de investigação: “*Quais as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em situação crítica?*”.

Resultados: Após leitura de título, resumo e texto completo, a amostra final ficou constituída por 10 artigos. De entre as intervenções identificadas na literatura emergiram: comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Walker & Deacon, 2016; Fridh et al., 2019), providenciar equipas de cuidados aos familiares durante o luto: realizar follow-up após o óbito (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Edwardsen et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Fridh et al., 2019; Carlsson et al., 2021), providenciar suporte de serviços religiosos (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013; Walker & Deacon, 2016; Magowan & Melby, 2019), explorar preocupações culturais (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Kentish-Barnes et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Magowan & Melby, 2019), responder a questões (Walker & Deacon, 2016; Carlsson et al., 2021), avaliar o suporte informal da família (Edwardsen et al., 2014; Carlsson et al., 2021), prevenir a morbilidade e mortalidade dos sobreviventes (Zalenski et al., 2006) e promover a presença da família durante a reanimação (Zalenski et al., 2006; Compton et al., 2008; Walker, 2010; Scott, 2013; Edwardsen et al., 2014; Kentish-Barnes et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Fridh & Akerman, 2019; Magowan & Melby, 2019; Carlsson et al., 2021). As intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em situação crítica implicam a identificação das necessidades da família para ajustar

o planeamento e implementação das mesmas (Zalenski et al., 2006; Edwardsen et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Fridh & Akerman, 2019).

Conclusão: A morte repentina e inesperada da pessoa em situação crítica provoca um sofrimento nos primeiros meses de luto, pelo que é fundamental os Enfermeiros estarem sensibilizados para as implicações do seu agir no apoio ao luto da família.

Descritores: Enfermagem em Emergência; Luto; Morte; Reanimação Cardiopulmonar; Família; Cuidados Críticos

INTRODUÇÃO

A morte repentina e inesperada no adulto e idoso provoca nos familiares sentimentos intensos que podem resultar em sofrimento prolongado, morbidade e mortalidade nos primeiros seis meses de luto (Zalenski et al., 2006; Carlsson et al., 2021). Inicialmente a família desenvolve sentimentos de choque, raiva, dormência e irrealidade (Walker, 2010), no entanto cada experiência é única e individual (Scott, 2013). Posteriormente surgem efeitos psicológicos como tristeza, ansiedade, insónia e depressão (Zalenski et al., 2006; Carlsson et al., 2021). Devido ao grau elevado de mortalidade e morbidade verificado, torna-se fundamental e prioritário implementar precocemente intervenções de Enfermagem de apoio ao luto à família da pessoa em situação crítica. Para além da família, este acontecimento é um fator de *stress* para o profissional de saúde presente, pelo que também deverá ser alvo de implementação de estratégias de *coping* (Zalenski, et al, 2006).

O conceito de morte inesperada é definido como uma morte que ocorre até uma hora após início de sintomas (quando presenciada) ou vinte e quatro horas desde a última vez que foi vista bem, ou que ocorre em menos de seis semanas em contexto de cuidados intensivos (Walker & Deacon, 2016). Sendo uma situação comum nos contextos de ação no quotidiano do Enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica, procurámos com esta *Scoping Review* mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em contexto de cuidados críticos.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa foi uma *Scoping Review*. Como recurso acedeu-se à plataforma EBSCOhost®, que inclui as seguintes bases de dados: MEDLINE®,

CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection®, MedicLatina® e Cochrane®, no friso cronológico entre Setembro e Outubro 2021, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). As palavras-chave selecionadas, enquanto descritores MeSH foram “*bereavement*”, “*family*”, “*resuscitation*”, conjugados através do operador booleano “*AND*”. Recorreu-se à mnemónica PCC (população, conceito, contexto), abaixo definida da qual emergiu a seguinte questão de investigação: “*Quais as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em contexto de cuidados críticos?*”.

P (população) – Família

C (conceito) – Intervenções de Enfermagem de apoio ao luto

C (contexto) – Cuidados Críticos

Como critérios de inclusão: tipo de estudo: estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, secundários e de opinião; População: adultos ou idosos; Língua: português, espanhol ou inglês; resumo disponível. Inicialmente, foi definido como critério de inclusão publicações na última década (2011-2021), no entanto, foi necessário realizar um alargamento temporal para publicações entre 2006-2021, pela verificação de resultados reduzidos na última década (n=80), com reduzida evidência científica. Como critérios de exclusão: Artigos duplicados, exclusão pelo título, exclusão pelo resumo e exclusão pelo texto integral.

Após o processo de pesquisa, foi realizada uma leitura dos títulos dos artigos obtidos, com a finalidade de excluir aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão, ou que cumpriam critérios de exclusão. Posteriormente, foi realizada a leitura integral dos artigos selecionados, para posterior análise e extração de resultados.

Para maior elegibilidade da *Scoping Review* em questão, foi utilizado o método de avaliação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (Apêndice I). A extração dos resultados foi elaborada por método de tabela (Apêndice II), com o autor, título, metodologia, nível de evidência, objetivo e resultados. Os resultados, a análise e a discussão são apresentados por método narrativo.

RESULTADOS

Tal como apresentado em Apêndice I, a pesquisa identificou 156 estudos potencialmente relevantes. Não foram encontrados artigos duplicados. Destes, 26 foram

excluídos após verificação de idioma e faixa etária; 67 artigos foram excluídos após avaliação do título e 39 pela leitura do resumo; 14 dos restantes artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após leitura integral do texto. Deste modo, foram incluídos nesta revisão 10 estudos, sendo que foram efetuados os respectivos resumos dos estudos incluídos na revisão e níveis de Evidência de Estudos segundo a JBI (2020) – Apêndice II.

DISCUSSÃO

O objetivo desta *Scoping Review* foi mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem de apoio ao luto da família da pessoa em situação crítica. Para dar resposta a este objetivo, foram incluídas nesta revisão sete estudos primários e três artigos de revisão sistemática da literatura.

O Enfermeiro encontra-se numa posição única para avaliar as necessidades da família e possui habilidades profissionais para promover uma adaptação saudável à nova realidade (Walker, 2010). As reações à morte inesperada são diferentes de pessoa para pessoa, podem ser cruéis e intensas, ou por outro lado serenas. Todas as hipóteses observadas são reais, e não existe a atitude certa ou errada. O Enfermeiro deverá estar preparado para atitudes físicas e emocionais dispare, como choque, raiva, negação, isolamento, descrença ou culpa e deverá atuar em conformidade, aceitando, escutando e intervindo com ações sensíveis (Walker, 2010). Segundo o autor é comum observar sentimentos de raiva para com a atuação dos profissionais de saúde perante a morte inesperada, depositando neles culpa pela sua intervenção.

Há fatores que influenciam a relação família-Enfermeiro, como a exigência do cuidar de uma pessoa em situação crítica, a complexidade do contexto de urgência – um ambiente sobrelotado e ocupado, reduzidos recursos humanos e a brevidade e natureza do encontro. O autor defende a aplicação de valores como dignidade, compaixão e respeito em vez de atitudes paternalistas.

Após análise dos artigos científicos emergiram oito intervenções a implementar na prestação de cuidados à família da pessoa em situação crítica: comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Walker & Deacon, 2016; Fridh et al., 2019), responder a questões (Walker & Deacon, 2016; Carlsson et al., 2021), providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar

follow-up após o óbito (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Edwardsen et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Fridh et al., 2019; Carlsson et al., 2021), providenciar suporte de serviços religiosos (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013; Walker & Deacon, 2016; Magowan & Melby, 2019), explorar preocupações culturais (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Kentish-Barnes et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Magowan & Melby, 2019), avaliar o suporte informal da família (Edwardsen et al., 2014; Carlsson et al., 2021), prevenir a morbidade e mortalidade dos sobreviventes (Zalenski et al., 2006) e promover a presença da família durante a reanimação (Zalenski et al., 2006; Compton et al., 2008; Walker, 2010; Scott, 2013; Edwardsen et al., 2014; Kentish-Barnes et al., 2014; Walker & Deacon, 2016; Fridh & Akerman, 2019; Magowan & Melby, 2019; Carlsson et al., 2021).

Embora a comunicação de má notícia seja um momento de sofrimento para a família e fonte de *stress* para os profissionais, a mesma deve ser comunicada de forma eficaz, com privacidade e escuta ativa. Se a mesma for transmitida de forma competente e empática, garantimos a prevenção da mortalidade e morbidade psicológica e física da família enlutada (Zalenski et al., 2006). Esta comunicação deverá ser efetuada numa sala privada, que garanta a permanência lado a lado com a família (Walker, 2010; Fridh & Akerman, 2019). Esta relação da díada família-Enfermeiro deverá, então, ocorrer num sítio privado sem influência do ambiente externo, sendo oportuno a criação de uma sala para a família nos serviços hospitalares, como facilitador de relação e comunicação com objetivo de prestar um cuidado confortador e individualizado.

Confirmar a identidade das pessoas presentes e a sua relação com o falecido, bem como o conhecimento prévio sobre a situação, sendo honesto e direto. É importante utilizar palavras diretas como “*morreu*” e não frases como “*não o conseguimos salvar*”; “*perdemos o seu familiar*”. Promover momentos de silêncio, e evitar frases como “*eu sei o que está a passar*”. A linguagem não verbal é importante, mas o toque deverá ser efetuado ou evitado consoante as crenças sociais e culturais da família presente (Walker, 2010).

Assim, a comunicação é imprescindível, através de uma escuta ativa entre a informação fornecida e a informação recebida de modo que seja uma oportunidade de partilha de decisões, escolhas, crenças e definir a participação. Segundo Walker e Deacon (2016), as informações sobre os procedimentos a efetuar após o óbito deverão ser escritas e repetidas diversas vezes, validando a receção e compreensão da mensagem transmitida.

Associado à implementação de uma comunicação eficaz, a intervenção do Enfermeiro exige a promoção de um ambiente seguro, onde a família se sente livre e confortável para colocar questões e esclarecer as suas dúvidas. As questões deverão ser respondidas na totalidade, validando se a resposta foi recebida e compreendida (Walker & Deacon, 2016; Carlsson et al., 2021). Por último, deve-se validar se existem outras questões.

Segundo Edwardsen et al. (2014) os cuidados prestados no pré-hospitalar em contexto de paragem cardiorrespiratória (PCR) vão para além da vítima, não esquecendo a família presente, sendo-lhe facultada resposta a questões sobre o acontecimento e suporte ao seu luto. Neste sentido, existem vários fatores determinantes na ação do Enfermeiro: escutar e aplicar, sempre que possível, as crenças e valores da família; questionar as necessidades e os desejos e concretizá-los, se possível; respeitar os costumes religiosos, promover a visualização do corpo se desejado, assim como providenciar um suporte religioso (Walker & Deacon, 2016). A religião constitui uma fundamental estratégia de *coping* para um momento de crise devendo ser reconhecida como um instrumento a utilizar. O Enfermeiro deve explorar os apoios existentes no local – hospitalar ou pré-hospitalar – a nível religioso ou cuidados de saúde primários, garantindo o seguimento dos cuidados à família e respetivo apoio e orientação (Zalenski et al., 2006).

Um cuidado culturalmente sensível, incluindo a caracterização cultural da família e explorando as suas preocupações é outra intervenção primordial (Zalenski et al., 2006). O respeito pela sua cultura deve ser um guia de atuação, sendo que o Enfermeiro deve ser incentivador das práticas culturais da família perante um momento de luto. Permitir a presença da família junto do corpo e demonstrar abertura para que este cumpra os seus rituais culturais conforme o seu desejo. Zalenski et al. (2006) enfatizam ainda a necessidade da criação de uma equipa hospitalar de apoio ao luto da família, composta por Médico, Enfermeiro, Capelão e Técnico de Serviços Sociais com protocolos de atuação.

Enquanto intervenção de Enfermagem transversal, defendida pela totalidade dos autores, surge a importância da presença da família no momento de reanimação ou morte como medida eficaz de redução dos sinais e sintomas de luto prolongado ou patológico. De forma unânime, todos os autores defendem a presença da família durante a reanimação. A presença da família reduz a ansiedade, depressão, sentimento de culpa e *stress* pós-traumático (Kentish-Barnes et al., 2014; Magowan & Melby, 2019); permite que observem a prestação de cuidados com respeito e dignidade (Kentish-Barnes et al., 2014); facilita o processo de transição vida-morte (Walker, 2010; Kentish-Barnes et al., 2014); e promove o

início de um luto próximo e apropriado – tocar, sentir, falar (Walker, 2010; Kentish-Barnes et al., 2014). A implementação desta prática impõe: atender às necessidades culturais e religiosas da família (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Kentish-Barnes et al., 2014; Magowan & Melby, 2019), identificar as competências individuais de cada Enfermeiro para desempenhar o seu papel (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013), promover role-play e treino das equipas (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013) e atender a uma norma de procedimento institucional sobre a presença da família e respetiva implementação (Zalenski et al., 2006; Magowan & Melby, 2019).

Ao longo dos últimos anos muitos autores abordam a importância da presença da família no momento de reanimação. Segundo Magowan (2019) ao longo das últimas décadas este tema continua a ser controverso, no entanto, a presença da família provoca menos sentimentos de ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático nos primeiros três meses em comparação com as famílias cuja presença não foi permitida. O estudo concluiu que a presença não interferiu com os cuidados prestados e as decisões tomadas, nem resultou em conflitos médico-legais ou *stress* nos profissionais. O distanciamento do local leva a família a fazer especulações irrealistas, por falta de apoio, informação e confronto com a realidade (Magowan & Melby, 2019).

Após a avaliação das necessidades da família e sendo reconhecida a importância da mesma no momento de reanimação, caso o desejo, esta tem que estar acompanhada por um profissional no local, de modo que se tornem claras as intervenções que estão a ser implementadas e que sejam esclarecidas as suas dúvidas. Assim, defende-se a elaboração de protocolos hospitalares para regular esta intervenção da equipa multidisciplinar (Magowan & Melby, 2019). Segundo estas autoras, a capacidade da família em estar presente durante o processo de reanimação facilita a adaptação à morte do familiar e respetivo processo de luto. Para além disso, promove visibilidade aos cuidados de saúde e melhora a impressão sobre os cuidados prestados ao familiar. É importante que a família constatare que todas as intervenções profissionais e técnicas foram realizadas para resolver o problema de saúde inesperado que provocou o óbito e partilhe desse sentimento, que tenha a possibilidade de tocar no familiar no local onde se certificou o óbito e, finalmente, que possa falar com o seu familiar enquanto o mesmo ainda está vivo de modo a realizar a despedida (Walker, 2010). Segundo Scott (2013), o toque deverá ser uma medida facilitadora de luto permitida pelo Enfermeiro. O profissional deverá clarificar que, se assim for o seu desejo e necessidade, a família pode realizar a ação de tocar, beijar e falar com o falecido.

Segundo Zalenski et al. (2006), a American Heart Association defende a presença da família durante o momento de reanimação e recomenda essa permissão, com suporte e supervisão demonstrando-se como benéfico para a família. Segundo este autor vários estudos realizados na última década concluem que a maioria dos familiares prefere que seja questionada a sua intenção de estar presente e seja permitida a sua entrada e visualização. Embora a experiência seja dolorosa e emocionalmente desgastante pode ajudar no seu processo de luto e, embora os Enfermeiros e Médicos sejam relutantes a esta intervenção, reconhecem o seu valor e benefício. Segundo Kentish-Barnes et al. (2014) a presença da família permite a prorrogação temporal para a família aceitar a morte inesperada; permite que observem que tudo foi feito para salvar o familiar e que foi cuidada com todo o respeito e dignidade; diminui o sentimento de culpa pelo ocorrido; facilita o processo de transição vida-morte e oferece a possibilidade de iniciarem um luto próximo e apropriado.

Em 2008, Compton et al. avaliou os sintomas de transtorno de *stress* pós-traumático em famílias presentes no momento da reanimação cardiopulmonar pré-hospitalar e famílias que foram impedidas de participar. Embora o ambiente pré-hospitalar influencie a reação familiar, por ser um ambiente menos controlado, verificou-se que a presença da família reduziu em metade os sintomas do diagnóstico da patologia. A presença da família deve ser questionada como uma possibilidade e, portanto, uma ação voluntária por parte da mesma (Fridh & Akerman, 2019). Segundo Edwardsen et al. (2014) a decisão de não transportar para o hospital e certificar o óbito no pré-hospitalar apresenta um impacto positivo no processo de luto, se não for visível um ambiente de hostilidade ou raiva.

A implementação da presença da família durante a reanimação requer educação de familiares, treino de profissionais, execução de *roleplays* em vários cenários, bem como, discussão e partilha de experiências e sentimentos por parte da equipa multidisciplinar. Segundo Walker e Deacon (2016), é essencial que os profissionais de saúde que se confrontam com o luto tenham acesso a educação formal e informal, *role modellings* e apoio dos pares, de modo que ocorra partilha de conhecimento e experiências, escuta reflexiva e orientação. A implementação desta prática necessita que se identifiquem as competências individuais de cada Enfermeiro para o desempenho da sua função.

Os profissionais de saúde são influenciados por estas situações de confronto com a morte e pelo *stress* emocional de cuidar do familiar, provocando alterações no seu bem-estar e na sua habilidade para desempenhar a sua função com qualidade. Sendo difícil realizar um distanciamento entre a área pessoal e profissional do Enfermeiro, no seu contexto

profissional, aconselha-se a implementação de momentos de partilha formal e informal entre os diversos elementos das equipas de Enfermagem, de modo a que alcancem recursos em conjunto, estratégias de *coping*, reflexão e discussão de sentimentos. Trata-se de uma catarse, um momento para acalmar os seus próprios sentimentos após o confronto com o luto da família e a situação de *stress* (Scott, 2013).

Após a implementação das intervenções anteriormente identificadas, deverá ser providenciada a continuidade dos cuidados prestados através da criação de equipas de cuidados à família durante o luto, sendo necessário realizar contactos de follow-up. É transversal a todos os autores a necessidade de medidas de *follow-up*, para providenciar estratégias de *coping* após o evento trágico de modo que a adaptação seja saudável e menos traumática (Walker, 2010). Este *follow-up* é associado ao fornecimento de informação escrita *do que fazer a seguir* e um contato telefónico de referência do serviço hospitalar para que a família, se necessário, contacte e esclareça dúvidas.

Duas medidas de *follow-up*: realização de um contacto telefónico até 48h após o evento pela equipa hospitalar ou uma entrevista com a família no serviço hospitalar até 6 semanas após o óbito para avaliar necessidades ou encaminhamento para recursos na comunidade (Walker, 2010; Fridh & Akerman, 2019). Este contacto *follow-up* poderá ser uma intervenção de Enfermagem a implementar para avaliar sinais e sintomas, bem como, uma medida de prevenção primária a fim de lembrar a família da importância de manter o seu auto-cuidado e vigilância médica (Zalenski et al., 2006).

Assim, nesta etapa surge outra importante intervenção do Enfermeiro: prevenir a morbilidade e mortalidade dos sobreviventes. Durante a presença da família no ambiente hospitalar ou pré-hospitalar, o Enfermeiro deverá promover uma curta sessão de educação para a saúde, ou seja, realizar ensinamentos sobre o que fazer a seguir, a necessidade de manter a sua rotina diária familiar e social, prevenir o isolamento social, procurar recursos clínicos na comunidade quando necessário, manter vigilância clínica com o seu médico habitual e estar atento à identificação de fatores de alerta. Estes elementos devem ser reforçados no *follow-up* efetuado posteriormente.

É, pois, neste quadro geral que acreditamos estar subjacente uma atitude de compromisso implícita de conforto. Embora seja um desafio a prestação de cuidados de elevada complexidade à pessoa em situação crítica e sua família, as intervenções de Enfermagem referidas e exploradas estão ao alcance de qualquer Enfermeiro e são medidas

eficazes e facilitadoras do processo de adaptação da família em processo de luto com melhoria do seu bem-estar. A intervenção do Enfermeiro poderá fazer toda a diferença no processo de luto e na sua morbidade e mortalidade após o evento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão evidenciou que o contexto de morte inesperada tem um impacto significativo na saúde da família e nas suas reações ao luto, sendo importante fornecer suporte neste processo, principalmente nos grupos com maior risco de luto prolongado. Este suporte consiste na implementação de um conjunto de intervenções de Enfermagem sensíveis direcionadas para a presença da família que é confrontada com a morte do seu familiar, de modo a promover o luto saudável. É necessária uma comunicação empática com escuta ativa, promoção de uma estrutura física apropriada para os acontecimentos inesperados (sala privada para a família e comunicação de más notícias), criação de equipas de promoção de um luto saudável, protocolos de *follow-up* e medidas de *coping* para os profissionais de saúde. Para além disso, há que ponderar a aplicação de protocolos para permitir a presença da família no momento de reanimação cardiopulmonar. Tendo em conta que os contextos culturais e sociais alteram a atuação do Enfermeiro e a reação da família à morte, o facto de não haver investigação efetuada em Portugal sobre a temática limita a revisão, não sendo possível aferir se a intervenção a nível internacional será eficaz a nível nacional. Devido à escassez literária recente, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de investigação relacionada com a temática.

Para investigações futuras sugerimos a realização de estudos que identifiquem as necessidades da família da pessoa em situação crítica, perante a morte inesperada, em contexto de Serviço de Urgência em Portugal.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As competências inerentes ao cuidar especializado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica foram o guia condutor da análise crítico-reflexiva desde capítulo. Será realizada uma descrição das atividades desenvolvidas nos dois módulos de estágio, com a exposição dos momentos de aprendizagem que contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Ordem dos Enfermeiros, entidade reguladora profissional, define o Enfermeiro Especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem (OE, 2019). Este cuidar de forma especializada implica a criação de uma relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa-família onde a tomada de decisão sobre o diagnóstico de necessidades e as intervenções são baseadas em evidência científica, tal como nos refere a OE (2015). Este exercer de um cuidado humanista, o respeito pelo outro, a sua liberdade, dignidade e valores é aplicado em simultâneo com as boas práticas estabelecidas no Código de Ética e regulação profissional.

Segundo Santos e Fernandes (2004), em contexto académico, esta prática reflexiva é para o estudante uma potencial situação de aprendizagem e um processo de análise consciente acerca do que verificou, permitindo que este aumente a sua confiança, adquira novos conhecimentos e aborde a Enfermagem de forma mais crítica e intencional. A construção do nosso projeto pessoal e profissional é um processo complexo e dinâmico onde se espera que tenhamos uma atitude globalmente ativa no nosso processo de aprendizagem, demonstrando reflexão e crítica relativa à nossa ação com vista à aquisição de conhecimento.

Anteriormente à UC “Estágio Final e Relatório”, está curricularmente inserida a UC “A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e Decisão Clínica” que pressupunha frequência de estágio em Serviço de Urgência Geral. Segundo os termos do Artigo 4º do Aviso 3127/2016, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 47 – 8 de Março de 2016 (República Portuguesa, 2016), foi solicitada creditação, tendo por base a minha experiência

profissional em contexto de Serviço de Urgência Geral na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica.

Dei início à minha atividade profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais em 2012, tendo ingressado em 2016 na área de Urgência/Emergência num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um Centro Hospitalar distrital. Em 2019 transferi-me para um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) Central com Centro de Trauma Integrado.

A atividade profissional no SUP é um desafio constante. A experiência adquirida neste contexto hospitalar permitiu-me desenvolver competências técnicas, comportamentais, organizacionais e humanas, na gestão da pessoa em situação crítica e sua família. Adquiri competências na avaliação das necessidades da pessoa/família, planeamento de intervenções, prevenindo instabilidade hemodinâmica ou identificando focos de instabilidade.

Desenvolvo formação em serviço, como é o exemplo da elaboração do cartaz “*SARS-CoV2: Fármacos para EOT – Sequência Rápida*” (Apêndice III), para uma rápida consulta e consequente célere atuação dos intervenientes na preparação da pessoa em situação crítica com SARS-CoV2, que será submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) com necessidade de iniciar o suporte ventilatório em curto espaço de tempo para evitar a sua falência. Realizo supervisão clínica de pares e a integração de Enfermeiros no SUP, bem como, sou Elo de ligação do Grupo Dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos desde 2020, onde realizo planos estratégicos de atuação para cumprimento das *bundles* bem como auditorias mensais.

Paralelamente, dada a complexidade deste cuidar, e por forma a desenvolver competências específicas, realizei a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e posteriormente em Doente Crítico, que englobou Curso EMPACT – *Emergency Medical Patients: Assessment, Care and Transport*, Curso ACLS/SAV – Suporte Avançado de Vida e Curso ITLS – *International Trauma Life Support* com creditação internacional.

Após esta creditação iniciei a UC “Estágio Final e Relatório” composta por dois módulos de estágio com a duração de 400h de contacto definido (360 h de estágio). Os dois módulos foram realizados entre Setembro 2021 e Dezembro de 2021 na VMER (vertente opcional) e numa UCI. Na escolha do local destes dois contextos era premissa e ambição serem ambos no Centro Hospitalar onde exerço funções diariamente no SUP, de modo a

desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação no *antes* e no *após* da minha prestação de cuidados diária.

Transversal aos dois módulos foi estabelecido um objetivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família.

Apresentarei seguidamente o meu percurso de aprendizagem em cada um dos módulos, com a respetiva descrição, análise e reflexão crítica das atividades, bem como as competências adquiridas.

Cada competência específica do título de Enfermeiro EEMCPSC atribuído pela OE é apresentada com unidades de competência e critérios de avaliação, sendo a minha reflexão-crítica reflexiva baseada nesses parâmetros.

2.1. Módulo I – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

O projeto formativo individual reflete a forma como o estudante pretende concretizar objetivos específicos e atividades a desenvolver no contexto de prática clínica, onde o estágio é realizado (Ferrito et al., 2021). Para a realização da primeira fase de prática clínica – Módulo I – selecionei a VMER, com a duração de 180 horas no período de 6 de Setembro a 26 de Outubro de 2021.

Aquando da escolha do local de estágio na vertente opcional, tinha como objetivo realizar o mesmo numa área não familiar da minha prestação prévia de cuidados, tendo considerado a área pré-hospitalar relevante para a aquisição de competências a avaliação e abordagem da pessoa em situação crítica antes da sua chegada ao SUP. A VMER selecionada tem base num Hospital no Concelho de Lisboa, com protocolos intrainstituição (Via Verde Coronária Unidade Hemodinâmica, Hipotermia Terapêutica, Via Verde Acidente Vascular Cerebral – VVAVC, *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* – eCPR) e apresenta-se como um prolongamento do Serviço de Urgência à comunidade. É constituída por uma equipa de 20 Enfermeiros pertencentes à instituição, que desempenham funções maioritariamente no SUP. Localiza-se num gabinete em edifício autónomo, com acesso direto ao exterior.

A VMER é um organismo englobado no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que se define como um veículo de intervenção pré-hospitalar constituído por um

Médico e um Enfermeiro, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local em caso de doença súbita ou acidente (Diário da República, 2007). Tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. Atua na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que define as suas ativações.

O Enfermeiro de Emergência Extra-Hospitalar é detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência pré-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional (OE, 2018a). É responsável pelo processo de cuidados de Enfermagem no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde (OE, 2018a).

Para a concretização do projeto de Estágio – Módulo I – foi definido um objetivo geral e dois objetivos específicos:

Objetivo geral:

1. Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família em contexto pré-hospitalar.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de emergência pré-hospitalar;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto pré-hospitalar.

Primeiramente, procurei conhecer a dinâmica funcional, estrutural e orgânica da VMER, bem como o funcionamento do SIEM. Foi possível conhecer a sua estrutura organizacional, física e funcional bem como metodologia de trabalho, financiamento, circuito/encaminhamento da pessoa em situação crítica e articulação com o SIEM. Posteriormente, tornou-se fulcral realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as Competências do Enfermeiro Extra-Hospitalar e consultar normas e protocolos intra-hospitalares em vigor na VMER.

O processo de integração na equipa foi facilitado por desempenhar funções diariamente com os elementos do SUP que integram a VMER, bem como pela iniciativa em

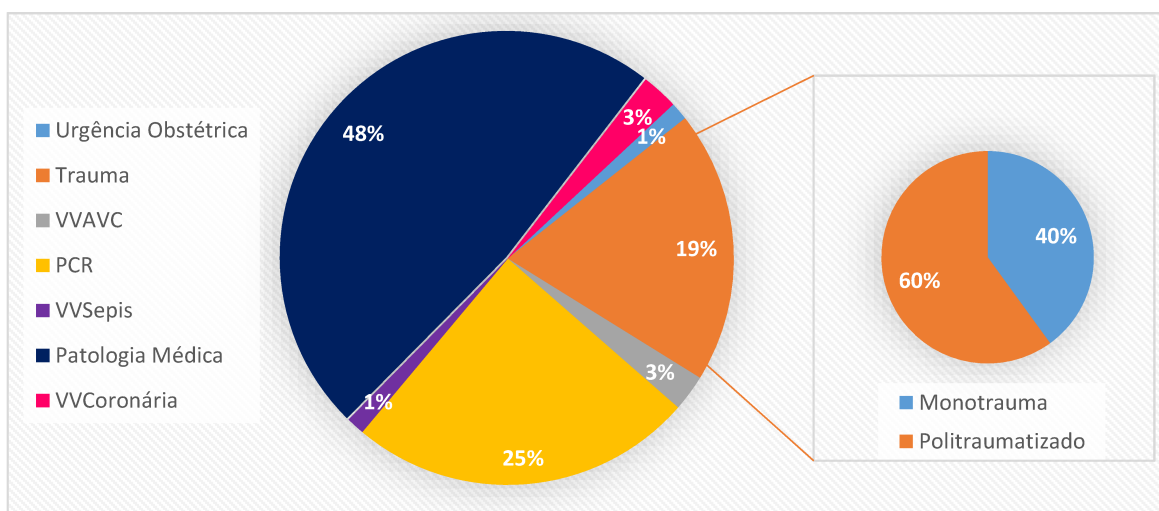
orientarem o meu percurso e aquisição de competências diariamente com a promoção da minha inclusão na prestação de cuidados, autonomia e tomada de decisão na intervenção da equipa.

Ao longo do meu percurso procurei desenvolver a competência “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*” (OE, 2018b), sendo que utilizo uma atitude crítico-reflexiva para a abordagem seguinte na sua justificação.

Participei na tomada de decisão na atuação à pessoa em situação crítica, nas intervenções e seu transporte para unidade hospitalar. Elaborei o respetivo processo de Enfermagem baseado na Teoria de Adaptação de Roy que é composto por: investigação do comportamento, investigação do estímulo, elaboração de diagnósticos, estabelecimento de metas, a intervenção e a avaliação – etapas descritas isoladamente, no entanto, o processo é contínuo e as suas etapas estão inter-relacionadas, ocorrendo, muitas vezes, simultaneamente (Beserra et al., 2008).

A pessoa em situação crítica pode apresentar, em curto espaço de tempo, deterioração clínica com risco iminente de vida e falência orgânica, sendo que a implementação rápida deste processo de Enfermagem de forma efetiva e eficaz, em tempo útil previne os riscos associados e permite a recuperação da pessoa para que volte a assumir o seu papel familiar e social. Durante a prática clínica tive oportunidade de experienciar 77 ativações da VMER, muito diferenciadas e enriquecedoras, que se expõem no seguinte gráfico:

Grafico 1 - Ativações da VMER durante o período de estágio



Fonte: Elaboração própria.

A totalidade destas experiências foram fundamentais para a aquisição de competências pois permitiram-me cuidar da pessoa em situação crítica, gerir cuidados e atingir, através da minha atuação, o aumento da sua estabilidade clínica e ganhos da sua condição de saúde.

No início do estágio tive a oportunidade de vivenciar a minha primeira PCR pré-hospitalar, com implementação de algoritmo de SAV, com retorno da circulação espontânea. Identifiquei de imediato na chegada ao local o Sr. X. em PCR, sendo que confirmei o ritmo de assistolia após monitorização. No entanto, após este momento, senti-me “paralisada”, sem capacidade de atuar, confrontada com a rapidez e perícia do Enfermeiro orientador, e relembro-me dos sentimentos que experienciei naqueles segundos, como confusão em não conseguir priorizar a minha atuação, nem clarificar mentalmente a minha intervenção.

Embora tenha solicitado uma reflexão com o Enfermeiro orientador e respetivo *briefing* da situação, foi-me transmitido um claro reforço positivo perante a minha atuação com a equipa. Interiorizei que todos os sentimentos que experienciei e toda a frustração que senti fazem parte do meu crescimento profissional e pessoal.

Assim, de modo a que a situação descrita não influenciasse de forma negativa o meu percurso de desenvolvimento que estava a iniciar naquele contexto clínico, precisei de encontrar evidência científica que me permitisse encontrar um significado para a situação. O Enfermeiro Orientador referiu que a situação era expectável, tendo sido esse o motor para a procura de uma resposta. Porque seria expectável? Benner (2001) introduziu o modelo “*Iniciado a Perito*” que explicita como é realizado o desenvolvimento de competências do Enfermeiro, que começa no nível iniciado e ao longo da aquisição de novos conhecimentos e prática progride em vários estadios até alcançar o nível de perito. Define cinco estadios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo este modelo, o Enfermeiro experiencia uma progressão gradual de níveis ao longo da sua experiência profissional, com aquisição sistemática de competências. No entanto, Benner (2001) refere que, tal como o profissional passa de iniciado a perito, também pode ocorrer uma evolução no sentido oposto. Ou seja, quando o Enfermeiro é confrontado com uma situação nova, ou altera o contexto de uma situação já múltiplas vezes experienciada, regressa ao nível de iniciado.

Benner (2001) refere-se aos peritos como chefes de orquestra em situações complexas, que respondem a todas as necessidades, superam os problemas, estabelecem rapidamente as prioridades e delegam funções nos recursos disponíveis. Sabem como agir em situações imprevisíveis e ajustam a sua estratégia, têm confiança na sua própria capacidade, raramente entram em pânico em alturas de crise e estabelecem a ordem no meio do caos.

Perante esta contextualização consegui alcançar um sentido para o ocorrido e atribuir um significado para a minha intervenção, como algo que faça parte do processo e possa interpretar como uma etapa normal do meu crescimento. Durante o estágio fui confrontada com contextos diferentes em diagnósticos de Enfermagem no passado experienciados. Para mim seria expectável que, perante diagnósticos iguais em que já intervim múltiplas vezes e possuo um juízo clínico de proficiente no meu dia-a-dia, a minha intervenção neste contexto de estágio fosse igualmente proficiente e autónoma. No entanto, consigo aceitar tendo por base a teoria de Benner que isso pode não acontecer e ao alterar o meu contexto regresse ao nível de iniciado e seja necessário refletir, encontrar um significado para os sentimentos experienciados, aprender com os mesmos, seguir as orientações do tutor e progredir na minha intervenção com aumento da qualidade da mesma. Com o avançar do processo, com confrontação de múltiplos novos contextos e repetição dos mesmos, será possível adquirir novas competências e alcançar níveis superiores de competência.

Observar um perito, aprender com ele e o mesmo estar disposto a transmitir as suas aprendizagens e competências a um elemento com menor nível de competência foi algo marcante positivamente neste episódio. Benner (2001) defende que devem ser reforçadas as aprendizagens realizadas e que é necessário um ambiente seguro e aberto para o ensino de uma reflexão corajosa da aprendizagem na prática.

Presenciei um acidente de viação com o Sr. P., 35 anos de idade, condutor de motociclo com choque lateral com veículo ligeiro. Na chegada ao local, realizei a avaliação inicial ABCDE do senhor, vítima de traumatismo crânio-encefálico, dorsolombar com dor intensa na cintura pélvica, fractura tibiotársica exposta do membro inferior direito com hemorragia ativa e alteração de estado de consciência com *Glasgow Coma Scale* (GCS) 14. Após a minha avaliação realizei com a médica responsável e com os técnicos de emergência pré-hospitalar a estabilização do Sr. P., tendo referido a necessidade de colocação de cinta pélvica, colar cervical e plano duro. Iniciei o controlo de hemorragia, a monitorização hemodinâmica, administrei fluidoterapia, controlei a dor com administração de analgesia

como morfina e iniciei o protocolo de ácido-tranexâmico. Nesta situação foi-me permitida, de forma autónoma, a avaliação do Sr. P., a implementação de protocolos e intervenções, bem como o transporte para a unidade hospitalar com supervisão da médica presente e discussão das intervenções com o Enfermeiro orientador. O mesmo aconteceu com o Sr. R., 60 anos de idade, vítima de queda de andaime de sete metros, em obra pública.

Outra situação enriquecedora neste percurso foi a ativação da VMER para o Sr. F., 55 anos, encontrado com alteração de estado de consciência no seu domicílio, visto pela última vez, bem, três horas antes. À chegada, realizei a avaliação inicial. O Sr. F. apresentava GCS 4 com necessidade de VMI emergente. Realizei a monitorização hemodinâmica, punção de acesso venoso periférico, administração de antagonista benzodiazepínico e de antagonista dos recetores opioides, sem benefício. Posteriormente colaborei com o médico responsável na entubação orotraqueal e início de VMI, com a administração de sedoanalgesia e fármacos para curarização.

Recordo-me que em todas as situações vivenciadas nas últimas semanas de estágio, onde se incluem as experiências anteriormente descritas, a equipa depositava em mim toda a sua confiança e reconhecia a minha capacidade autónoma de atuação, permitindo que eu fizesse a abordagem à pessoa em situação crítica de forma independente e implementasse intervenções com a sua supervisão, tendo sido muito recompensador.

O cuidado, através das intervenções do Enfermeiro, estabelece-se com base nos conhecimentos, experiências profissionais e na prática do cuidado baseada em evidência. A decisão do Enfermeiro, como profissional de saúde autónomo, tem como objetivo o cuidado à pessoa e sua família, em situação de saúde/doença (Deodato, 2014).

Relativamente à unidade de competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*” (OE, 2018b) – no decorrer da minha prestação à pessoa em situação crítica com instabilidade hemodinâmica foi necessário implementar de forma rápida e eficaz protocolos complexos da VMER, tal como Protocolo de Administração de Ácido Tranexâmico, Ventilação Mecânica Não Invasiva por *Contiunous Positive Airway Pressure* (CPAP) em Edema Agudo Pulmão, Via Verde Coronária, VVAVC, Hipotermia e eCPR.

Durante o contexto de estágio foi fundamental interiorizar e desenvolver a minha capacidade de observação, tomada de decisão e intervenção rápida perante a pessoa em

situação crítica no pré-hospitalar. Esta aquisição foi fundamental para alcançar os objetivos propostos e para desenvolver a competência supracitada, tornando-me autónoma na mesma.

Ao efetuar a análise das ocorrências e experiências vivenciadas, revivo a ativação para “*vítima de 40 anos, convulsão, alteração do estado de consciência e cefaleia*”. À chegada aproximo-me da Sra. L. e ao iniciar a minha avaliação aquando da sua monitorização avalio uma hemiparesia direita aguda com desvio da comissura labial e afasia de expressão, tendo de imediato informado a médica presente. Tive oportunidade de realizar a avaliação de défices neurológicos agudos, tendo a médica realizado a ativação do CODU imediata para VVAVC. Colaborei na estabilização hemodinâmica e no transporte para a unidade hospitalar com Neurorradiologia de Intervenção de prevenção. À chegada acompanhei a Sra. L. para a Angio-TAC, mantive a avaliação contínua de monitorização e sinais e sintomas de agravamento clínico, estabeleci comunicação com a mesma, esclareci as suas dúvidas e implementei uma escuta ativa respondendo às suas necessidades. Aquando da chegada da equipa intra-hospitalar da Unidade Cerebro Vascular de urgência, realizei a passagem de informação à equipa presente, de modo a manter uma continuidade de cuidados eficaz.

Numa outra situação, a VMER foi ativada para uma vítima do sexo masculino, de 40 anos de idade, politraumatizada, vítima de esmagamento em obra pública. À chegada ao local, realizei de forma autónoma a avaliação ABCDE do Sr. C., com sinais evidentes de instabilidade hemodinâmica e suspeita de hemorragia abdominal interna maciça, dor intensa não controlada, trauma cervical e crânio-encefálico e défice neurológico agudo. Com a devida imobilização da vítima, avaliação ABCDE e identificação de diagnósticos de Enfermagem, iniciei técnicas de ressuscitação hemodinâmica, apliquei de imediato o Protocolo de Ácido Tranexâmico e implementei a administração de terapêutica endovenosa para controlo da dor por indicação médica. A totalidade desta avaliação e intervenção desde a chegada ao local até à Sala de Trauma da unidade hospitalar foi autónoma, em colaboração com a médica responsável.

Aranha et al. (2021), através de uma revisão sistemática da literatura, refere que a dor é um sintoma complexo e comum presente nas vítimas que requer tratamento em ambiente pré-hospitalar de modo a prevenir sequelas adversas, diminuir o stress nas equipas, melhorar o prognóstico, diminuir o risco de incidência de dor crónica e perturbação de stress pós-traumático. Os Enfermeiros pela natureza da sua prática e competências inerentes,

desempenham um papel fulcral com vista a uma resposta eficaz e eficiente na gestão da dor (Sayed et al., 2016).

Nesta situação concreta foi-me permitido, pela anterior aquisição de conhecimentos, a prestação autónoma de cuidados à vítima, gestão de protocolos com a equipa médica, bem como o transporte para o SUP acompanhada pela médica presente.

Segundo a SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), um dos aspetos mais importante para a segurança da pessoa em situação crítica, durante o transporte, é a qualificação técnica relacionada com a formação e a experiência clínica. Segundo a SPCI (2008), esta pessoa apresenta maior risco de morbidade e mortalidade durante o transporte, risco que poderá ser minimizado pela identificação e antecipação dos problemas que estão na sua origem, permitindo um planeamento apropriado e utilização de recursos humanos adequados ao transporte.

Ao longo deste contexto clínico realizei uma efetiva avaliação da pessoa em situação crítica, a sua estabilização clínica para um transporte seguro e a validação dos equipamentos da ambulância disponível. Com vista a um transporte eficaz e seguro, avaliei o equipamento e terapêutica em curso, monitorizei, avaliei e reavaliei a pessoa em situação crítica. A minha responsabilidade, atuação e implementação de medidas terapêuticas de estabilidade clínica só termina após a passagem da pessoa no serviço de destino com uma eficiente transmissão de cuidados e informação.

Relativamente às unidades de competência “*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família (...) e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador (...). Assiste a (...) família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (OE, 2018b), vivenciei uma situação de PCR presenciada pela família num local público com equipa pré-hospitalar disponível – Sra. G., de 90 anos de idade, nacionalidade estrangeira, de férias em Portugal. À chegada ao local, estavam em curso manobras de SAV e visualizei a família a observar o cenário, a enfrentar o momento de crise, tendo sido posteriormente encaminhada para outro local. Recebi a passagem de informação do Enfermeiro presente no local e assumi, em conjunto com o médico da VMER, a continuação do algoritmo de SAV, com posterior cessação de manobras de reanimação e respetiva declaração de óbito.

Após este momento, questionei os agentes de autoridade onde se encontrava a família e encaminham-me ao local. A minha intervenção foi baseada na evidência científica atual, já ilustrada no capítulo anterior, relativa à intervenção do Enfermeiro enquanto promotor de um luto saudável. Perante uma escuta ativa e disponibilidade, avaliei necessidades, questionei as suas crenças, valores e desejos para o atual momento.

Observei o marido da vítima, Sr. P. dependente em cadeira de rodas acompanhado pelo genro. Apresentei-me, questionei que informação sabia e o que desejava. Respondeu-me que desejava ir ver a sua esposa, sendo que o acompanhei, conduzindo a sua cadeira de rodas. De realçar, o olhar perplexo do elevado número de profissionais presentes em redor, como se hipoteticamente questionassem a pertinência da minha atitude enquanto eu caminhava em direção à vítima, o que denota o longo caminho que temos pela frente em Portugal em instituir estratégias eficazes de promoção do luto saudável da família. O marido, totalmente dependente nas atividades de vida diárias, filha e genro, transmitiram o desejo de se deitarem no chão ao lado da Sra. G. e de realizarem a sua reza, simbolizando a sua despedida no local. Foi promovido o toque, a conversação e a despedida, conforme era o seu desejo.

Nesta situação específica de PCR irreversível, destaco a minha tomada de consciência da necessidade de implementação de cuidados à família enquanto futura enfermeira especialista, tendo realizado o diagnóstico das suas necessidades e implementado intervenções apropriadas à situação, ao encontro do que a família considerou que era a sua vontade naquele momento. Com vista à promoção do luto observei a família, questionei e intervim, proporcionando o conforto necessário na situação de crise e transição. Este momento é caracterizado por sofrimento que necessita de intervenção do Enfermeiro e, tal como refere Mayer (2017, citando Bowlby, 1980) “*the loss of a loved person is one of the most intensely painful experiences any human being can suffer, and not only is it painful to experience, but also painful to witness, if only because we are so impotent to help*”.

Algo emocionalmente relevante para mim enquanto pessoa e profissional foi ter promovido algo tão simples – o toque. Na maioria dos casos a família deseja tocar no corpo da vítima, beijar, falar ou acariciar. Segundo Scott (2013) este momento deve ser facilitado pelo Enfermeiro, pois a família necessita de alguém que a encoraje a realizar essa ação e que demonstre que é normal sentir esse desejo. Considero também que promovi a visibilidade dos cuidados de qualidade desempenhados pelas equipas de saúde em Portugal com foco na pessoa em situação crítica e sua família.

Relativamente à presença da família, vivenciei várias situações de presença de cadáver ou manobras de SAV sem sucesso, recordando-me de três específicas onde foram visíveis os meus cuidados à família presente: a menina B., de 14 anos de idade, foi confrontada, sozinha, durante uma visita familiar, com uma PCR da avó; o sr. H., de 80 anos de idade, que despertou com a sua esposa em PCR a seu lado; o sr. V., de 80 anos de idade, vítima de suicídio por enforcamento no domicílio, encontrado pelo filho e esposa. Conforme a situação específica, encaminhei o familiar para um compartimento diferente do domicílio, e após consentimento médico, comuniquei de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa, respondi a questões e avaliei preocupações religiosas e culturais, tal como é preconizado nas intervenções de apoio ao luto do familiar. Após avaliação do suporte informal do familiar presente, realizei contato telefónico com outro familiar de referência e aguardámos a sua chegada ao local. Na situação da menina B., de 14 anos de idade, sugeri à equipa médica a ativação da CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise pertencente ao Instituto Nacional de Emergência Médica de modo a que fosse efetuada uma intervenção precoce com a menor, tendo sido implementada.

Torna-se claro que os cuidados à família apresentam-se como determinantes na intervenção do Enfermeiro EEMCPSC, sendo que tentei em todas as ocorrências estabelecer uma comunicação eficaz com a família, fornecendo todas as informações disponíveis com clareza, respondendo a questões e esclarecendo dúvidas e preocupações. Este estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família da pessoa em situação crítica presente, aumenta o seu grau de satisfação (Scott et al., 2019). Segundo Nunes et al. (2005), o Enfermeiro tem o dever de informar a pessoa e sua família no que respeita aos cuidados de Enfermagem, promover o direito ao consentimento informado, atender aos pedidos de informação e esclarecimento de dúvidas. Aquando da avaliação da pessoa e necessidade de transporte para o SUP, informei a pessoa e o seu familiar da situação de doença atual, necessidade de transporte e respetivos cuidados necessários solicitando o seu consentimento após fornecidas todas as informações necessárias para uma tomada de decisão plena e consciente.

Nestas situações específicas documentadas, bem como outras ocorridas em contexto de estágio tais como: Sr. T., de 60 anos de idade, vítima de PCR na via pública; Sr. S., de 20 anos de idade, com crise convulsiva na via pública; Sr. J., de 28 anos de idade, politraumatizado por acidente de motociclo, realcei e executei na minha prática o respeito pela dignidade humana, privacidade e a intimidade da pessoa. Implementei intervenções

como proteger o corpo humano da população presente no local, realizar questões com privacidade e proteger a identidade da pessoa, de acordo com a competência comum do Enfermeiro Especialista “*desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*” (OE, 2019).

O Enfermeiro no seu exercício profissional detém uma formação ética e humanista, conforme os princípios éticos, legais, deontológicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e Código Deontológico do Enfermeiro. Ao longo da minha prática, incentivei a tomada de decisão da pessoa e família, promovi o seu autocuidado e autonomia, o dever de informação à pessoa e família, assegurando o seu consentimento informado e o dever de sigilo.

Em caso de PCR irreversível, de acordo com o Código Deontológico, implementei sempre medidas de proteção do corpo, remoção de dispositivos de reanimação, colocação do corpo no leito retirando-o do chão ou do local de óbito. O corpo da pessoa é protegido e nunca é abandonado ou deixado exposto. A colocação do corpo no leito, vestido, respeitando a sua dignidade e individualidade, foi muitas vezes o local da despedida familiar.

Realizando uma breve reflexão sobre a competência “*Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*” (OE, 2018b), por a VMER pertencer ao Centro Hospitalar onde desempenho funções, o Plano de Emergência e Catástrofe é algo intrínseco à minha prática, sendo do meu conhecimento e aplicabilidade se necessário. Ocorrem por vezes situações de exceção, cenários multivítimas ou catástrofe, no entanto não tive a oportunidade de experienciar.

No entanto, perante as unidades de competência “*Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; Assegura a eficiência dos cuidados de Enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime*” (OE, 2018b), tive oportunidade de desenvolvê-las na prática. Ressalvo a minha atuação em dois casos específicos: Sr. G., de 80 anos de idade, vítima de aparente suicídio por estrangulamento – em situação de cadáver – e Sr. E., de 40 anos de idade, com trauma abdominal e dos membros inferiores por arma de fogo, com dispositivo do crime no local. Em ambas as situações, em conjunto com a equipa, avalei o cenário, procedeu-se ao acionamento de apoio policial e preservei os vestígios que indiciassem a possibilidade de prática de crime, sem permitir contaminação externa por terceiros, até à chegada das autoridades competentes.

Na competência “*Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (OE, 2018b), fiz sempre promoção do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo da Infeção de forma a contribuir para o cumprimento da Norma da Direção Geral da Saúde (2017c). Diariamente assegurei o stock disponível de solução alcoólica para desinfeção das mãos, cumprindo os cinco momentos de higienização, dispositivos de desinfeção de material para implementação entre cada vítima, validação de stock de Equipamentos de Proteção Individual disponíveis, bem como cumpro técnica asséptica na aplicação de dispositivos invasivos.

Foi realizada reflexão e partilha informal sobre as medidas de atuação da equipa, as dificuldades sentidas e os fatores que influenciam, por vezes, o seu incumprimento. As partilhas efetuadas vão de acordo com o referido por Pereira et al. (2021), ou seja, há muitos aspetos que potenciam/promovem o aumento de risco infeccioso para as vítimas e profissionais no pré-hospitalar sendo elas: incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências; ausência de informação sobre o estado infeccioso da pessoa; realização de procedimentos invasivos em ambiente pré-hospitalar; exposição dos profissionais a fluidos orgânicos durante procedimentos e incapacidade de realizar de imediato a sua remoção limpeza e desinfeção; transporte da pessoa em espaços de pequena dimensão com inadequada ventilação. Apesar destas dificuldades, há um foco permanente da equipa nesta temática, sendo que promovi a sua aplicação e manutenção, de forma autónoma e proativa.

De acordo com o objetivo a alcançar “*o estudante deve demonstrar ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma adequada e sem ambiguidades, através de um artigo científico e/ou de uma comunicação oral ou poster em evento científico*” (Ferrito et al., 2021), após realizar a *Scoping Review* apresentada no capítulo anterior, efetuei a sua divulgação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP em Novembro de 2021, com o Poster “*Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica: Scoping Review*” (Apêndice IV), com publicação do resumo em *E-Book* do referido Seminário (Anexo I).

Este Poster foi também meio de divulgação de resultados em contexto informal com a Equipa de Enfermagem e Médica da VMER e discussão de temática com partilha de conhecimentos, experiências vividas e possíveis estratégias de operacionalização. Em

simultâneo, forneceu-se toda a bibliografia consultada, com os artigos científicos com a evidência científica atual, de modo a atualizar e uniformizar práticas com uma prestação mais eficaz em ganhos de saúde para a pessoa em situação crítica e sua família.

O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica em contexto pré-hospitalar permitiu-me desenvolver as unidades de competência anteriormente referidas. A experiência neste estágio contribuiu para o aumento da minha confiança, autonomia e reconhecimento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista, reconhecendo que estou em constante evolução e aprendizagem. Apesar da minha experiência prévia no cuidado à pessoa em situação crítica emergente no SUP, a característica de ser exposta ao meio exterior, via pública, com recursos e materiais reduzidos, permitiu-me desenvolver a minha capacidade de gestão da pessoa em situação crítica e consecutiva atuação para a sua estabilidade clínica.

2.2. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a medicina intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas. Representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento na patologia aguda grave. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2003), o internamento em UCI define-se como *“um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si”*.

O Módulo II do Estágio desenvolveu-se numa UCI, com início a 27 Outubro de 2021 e término a 18 de Dezembro de 2021 com o total de 180 horas. O horário realizado foi de turnos rotativos de oito horas, de acordo com a escala da equipa alocada, tendo sido atribuído um Enfermeiro Orientador da prática – Enfermeira Especialista em EMCPSC. Por este elemento desempenhar a função de chefe de equipa foram realizados turnos com outros Enfermeiros da equipa, especialistas em EMCPSC.

Aquando da escolha do local de estágio tinha como objetivo realizar o mesmo numa UCI polivalente de referência a nível nacional que incluísse todas as valências – pessoa em situação crítica com patologias do foro médico, cirúrgico, politraumatizado e submetidos a

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO). Paralelamente, diariamente realizo a transferência intrahospitalar da Sala de Emergência/Trauma para esta UCI, tendo tido sempre a ambição de poder estagiar nesta unidade de referência, de modo a observar e desenvolver competências com os pares, que se regem pelos mesmos valores e visão da instituição. Realizá-lo na mesma instituição hospitalar constituiu um aspeto facilitador no processo de tomada de decisão, aquisição de competências e trabalho em equipa. Considerei essencial a nível pessoal e profissional poder estagiar na unidade com Enfermeiros EEMCPSC para a aquisição de competências na avaliação e abordagem da pessoa em situação crítica em contexto de internamento após a minha intervenção, estabilização clínica e transferência do SUP.

Esta UCI é constituída por uma vasta equipa multidisciplinar – Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Assistente Social e Fisioterapeutas. A Unidade supracitada é uma UCI Polivalente de Nível III – “*destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras de vida, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico*” (Paiva et al., 2016). Caracteriza-se por um ambiente de grande complexidade e equipamentos de alta tecnologia. Possui equipas funcionalmente dedicadas, assistência médica, dispõe de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, bem como tem a capacidade de receber pessoas em situação crítica complexa de todas as especialidades médicas, cirúrgicas e traumatológicas.

Localiza-se no primeiro piso do centro hospitalar, na entrada principal do edifício com acesso direto ao exterior, piso intermédio entre o Serviço de Urgência/Radiologia (piso 0) e o Bloco Operatório de Urgência (piso 2). Em 2017, este Centro Hospitalar foi reconhecido como Centro de Referência Nacional para ECMO, com uma equipa especializada em ECMO constituída por 38 Enfermeiros e 13 Médicos, com escala de prevenção pré-definida para resgate de pessoas em Portugal Continental e Ilhas.

Em termos de caracterização:

- a) Vagas: 24 camas de nível III;
- b) 4 camas nível III em regime de prevenção/contenção, que engloba 2 quartos de isolamento por pressão negativa com um circuito alternativo para infeção por SARS-COV2 com necessidade de VMI, ventilação não invasiva, ECMO e/ou aporte de oxigénio com alto fluxo;

- c) 1 Sala com 2 camas para realização de Técnicas de Substituição Renal para pessoas do SUP ou em internamento no Centro Hospitalar;
- d) 1 Sala de eCPR;
- e) 1 Sala de Acolhimento Familiar/Comunicação de Más Notícias.

Para a concretização do projeto de Estágio – Módulo II – foi definido um objetivo geral e dois objetivos específicos:

Objetivo geral:

1. Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família em contexto de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos.

Iniciei o estágio primeiramente por identificar a metodologia de trabalho e as características físicas e organizacionais do contexto. Foram-me fornecidos os protocolos hospitalares utilizados e assisti a diversas situações de transmissão de informação que asseguram a continuidade de cuidados nas mudanças de turno entre os elementos chefes de equipa, gestão e Enfermeira Chefe do Serviço facilitando o conhecimento da metodologia de trabalho, caracterização das situações clínicas complexas e gestão de cuidados.

Revelou-se significativo a possibilidade de efetuar o acompanhamento do Enfermeiro Chefe de Equipa durante um turno. Este elemento não está na prática direta de cuidados, mas é o responsável pela gestão dos cuidados, equipa de Enfermagem, material e vagas. A gestão de cuidados e equipa inclui uma constante colaboração nas técnicas invasivas complexas mais diferenciadas, supervisão clínica dos pares, resolução de conflitos e gestão de material de consumo clínico e farmácia.

A observação da sua prática e a permissão para poder colaborar nas suas atividades, como supervisionar os Enfermeiros, participar em implementação de técnicas invasivas, realizar a verificação do material clínico e solicitar a sua reposição, permitiu-me identificar a importância da liderança do Enfermeiro na prestação de cuidados. Esta liderança assegura

a qualidade de atendimento à pessoa em situação crítica, assim como ambientes saudáveis da prática (Grindel, 2016). Segundo McNamara et al. (2011) a liderança clínica eficaz requer conhecimento da prática, influencia e motiva a equipa a oferecer cuidados de saúde seguros e eficazes, bem como apoia inovações práticas que otimizem os cuidados de saúde.

Durante o internamento, a pessoa em situação crítica e sua família encontram-se a vivenciar um processo de adaptação à sua nova condição de saúde, aumento de grau de dependência e imprevisibilidade sobre o futuro. Tal como nos refere Mendes (2018), o ser humano experiencia ao longo do seu ciclo de vida desafios e mudanças com os quais precisa de lidar, alguns com necessidade de internamento. O Enfermeiro tem um papel fulcral na facilitação deste processo de adaptação, tendo como competência implementar “*planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença (...) decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos*” (OE, 2018b). O foco dos cuidados de Enfermagem deve ser orientado pela adaptação, a base para a compreensão do indivíduo como um sistema capaz de se adaptar ao ambiente em que está inserido (Roy & Andrews, 2001), bem como deve ser fornecido suporte para uma adaptação positiva da pessoa em situação crítica à sua nova condição.

Tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica com diversas patologias, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente do foro médico (Choque Séptico, Pneumonia, Estado mal epilético), cirúrgico (pós-operatório imediato de patologia aguda abdominal, urológica, maxilo-facial, vertebro-medular) e à pessoa politraumatizada. Prestei cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ECMO Venovenoso/Venoarterial (por PCR, Ponte para Transplante ou *Acute respiratory distress syndrome* a SARS-CoV2) bem como submetida a Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR): Técnica de Substituição Renal Contínua (CRRT), Hemodiálise Intermitente (IHD) ou Diálise Diária Mantida de Baixa Eficiência (SLED).

Uma situação marcante foi a oportunidade de poder colaborar na prestação de cuidados à Sra. A., de 20 anos de idade, que deu entrada na UCI diretamente do exterior em eCPR com a VMER, por PCR presenciada com suspeita de Tromboembolismo Pulmonar maciço pós-cirúrgico em ritmo de assistolia, com critérios para canulação emergente e iniciar ECMO venoarterial para suporte circulatório. Nestas situações existe uma sala específica com necessidade de seis Enfermeiros para assegurarem os cuidados, com funções pré-definidas. A pessoa em situação crítica é admitida sob SAV, idealmente com compressor mecânico e é canulada por forma a assegurar a circulação. Já sob ECMO são feitos os exames

complementares de diagnóstico necessários para o diagnóstico médico e reverter a causa de PCR. Nos casos em que a chegada é concretizada fora do tempo alvo, ou em que é fútil a ressuscitação, é ponderada a doação em coração parado.

Nesta situação específica, foi mantido um contato telefônico até à chegada, enquanto realizei, em complemento com a Enfermeira Orientadora, a verificação e preparação da sala com o respetivo material necessário e montagem do circuito.

Após a estabilização clínica, foi necessário iniciar a relação terapêutica com a família. A família é parte integrante dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e deverá ser alvo de cuidados pela equipa presente com a implementação de intervenções de Enfermagem sensíveis consoante as necessidades avaliadas. Na UCI a família é parte integrante do plano terapêutico e os profissionais valorizam a sua presença. É evidente em todos os momentos a satisfação da família sobre a qualidade dos cuidados prestados, com resultados atingidos.

Tal como a pessoa em situação crítica, também a sua família experiencia um processo de adaptação para a situação atual de doença, pelo que é fundamental o envolvimento da família no plano terapêutico e intervenções. A família é também ela recetora evidente de cuidados, pois os cuidados de Enfermagem são um sistema aberto onde o seu alvo está em constante interação com o ambiente, promovendo e submetendo-se a trocas de informação, matéria e energia (Roy & Andrews, 2001). A pessoa, a família, a comunidade ou a sociedade são considerados, neste modelo, os recetores dos cuidados de Enfermagem sendo, cada um deles, um sistema adaptativo holístico (Silvério et al., 2012).

Tive oportunidade de realizar o acolhimento a duas famílias, cumprindo o Guia de Acolhimento da Família implementado no serviço. Recebi os familiares de referência e efetuei o seu acolhimento na unidade, cumpri o dever de informação respondendo a questões e esclarecendo dúvidas com base em escuta ativa dos intervenientes. Implementei o questionário de avaliação de necessidades da família e entreguei o folheto de acolhimento familiar, com horário de visitas e contato telefónico. Diariamente efetuei contactos telefónicos com o familiar de referência quando o mesmo contactava a unidade e, durante a visita presencial, realizei a sua receção e acompanhamento, efetuei a avaliação sistemática das suas necessidades diárias e esclareci dúvidas.

Em caso de agravamento clínico, ou situação terminal, a presença da família era contínua enquanto estratégia promotora de um luto saudável. Tive oportunidade de vivenciar

a despedida familiar do Sr. P. com patologia oncológica terminal, tendo sido realizada pela médica responsável a chamada telefónica a informar do prognóstico e agravamento clínico e promovida a visita familiar. Posteriormente a esposa realizou novo contato a questionar a possibilidade de o filho menor a acompanhar, bem como os pais do jovem. Tendo sido eu a recetora da chamada por ser a enfermeira responsável, e após leitura prévia do protocolo para situações terminais, permiti a vinda. Na chegada à unidade, realizei o acolhimento dos familiares e, na sala privada de más notícias, em conjunto com a médica responsável, utilizámos técnicas comunicacionais como linguagem simples, sem termos técnicos, clara e honesta, com privacidade e conforto.

Foi facultada a expressão de sentimentos e dúvidas, bem como a abertura para cumprirem os seus hábitos religiosos. A família permaneceu por período ilimitado até ao momento da declaração do óbito, com efetivo suporte médico e de Enfermagem.

Embora as visitas familiares em fase pandémica por SARS-CoV2 não tenham sido suspensas nesta UCI, os requisitos para efetuar as mesmas foram restritos, o que dificultou a sua concretização, devido a isolamentos ou necessidade de apresentação de teste certificado. Deste modo, foi necessário encontrar estratégias para estabelecer a relação de confiança terapêutica enfermeiro-família, bem como permitir à pessoa em situação crítica manter o seu elo com o familiar de forma não presencial.

Tive a oportunidade de prestar cuidados à Sra. B. submetida a ECMO com internamento superior a um mês. Diariamente, aquando da minha prestação de cuidados, reservei espaço temporal para efetuar a ligação com a sua família, através de contato por videochamada. Recordo-me do agradecimento e satisfação, tanto da pessoa como da família, com ganhos significativos na sua motivação e adesão ao plano terapêutico. Nesta situação específica, recordo-me de a irmã ter trazido um brinquedo e fotografia do filho, que coloquei na unidade, no seu campo de visão de modo a promover a relação de proximidade e estabelecimento de uma aproximação a casa.

A família da pessoa em situação crítica reage à hospitalização do seu familiar como uma crise e, conseqüentemente, atravessa as tradicionais fases de crise. Segundo Leon e Knapp (2008), a Teoria da Crise de Caplan, pioneira em 1964, afirma que os indivíduos encontram-se numa contínua busca de manutenção de equilíbrio emocional que é constantemente afetada por pressões internas e externas. A hospitalização é considerada uma crise, onde se vêem confrontadas com o afastamento do seu maior suporte (Leon & Knapp,

2008). Esta ausência eleva os níveis de *stress* agudo, ansiedade e depressão (Golfarb et al., 2020).

Assim, ao longo de várias situações, tive oportunidade de demonstrar a importância da presença da família e identificá-la como alvo de cuidados, sendo visível a gestão da unidade de competência “*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família (...) e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador (...). Assiste a (...) família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (OE, 2018b). É essencial que os cuidados de Enfermagem não se limitem apenas à interação entre o Enfermeiro e a pessoa, mas que a família seja envolvida, não apenas como um recurso para ajudar a pessoa que está doente, mas também como alvo dos cuidados (Knapp et al., 2013).

A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a VMI é um processo complexo, sendo que, diariamente implementei técnicas de comunicação na relação terapêutica com a pessoa em situação crítica submetida a VMI. Não considero que tenha sido um percurso espontâneo e fácil, pois inicialmente não o fazia. Na primeira semana de estágio foi iniciada uma reflexão pela orientadora do estágio sobre “*o porquê de não comunicar com a pessoa submetida a VMI?*”, pois observou que eu não o fazia de forma espontânea, sistemática e eficaz. Após essa reflexão e partilha, associei uma pesquisa bibliográfica que sustentasse a mudança da minha prática com benefício para a pessoa em situação crítica e conseqüente aumento da qualidade dos cuidados prestados. Assim, houve uma mudança comportamental da minha parte para a aquisição de competências comunicacionais.

Independentemente do nível de sedoanalgesia presente, comuniquei com a pessoa submetida a VMI, apresentei-me, expliquei os procedimentos a realizar, observei e interpretei a sua linguagem não-verbal e expressão facial. Por exemplo, prestei cuidados ao Sr. C. submetido a VMI que, no início do turno demonstrou pela sua expressão facial e pela sua agitação corporal que estava frustrado por não conseguir transmitir eficazmente a sua mensagem. Implementei a utilização de gestos e questões sim/não sem benefício, pelo que foi fornecido uma folha e caneta tendo sido eficaz na transmissão da sua mensagem. Desejava falar com a esposa, tendo sido posteriormente realizada uma videochamada com esse objetivo. Outro exemplo, a Sra. M. realizou múltiplas tentativas através de expressão facial de transmitir a sua mensagem à equipa sem sucesso, deste modo solicitei à minha

orientadora um quadro de figuras disponível no serviço de modo a que a comunicação fosse mais eficaz, com diminuição da frustração da pessoa.

A utilização de comunicação não-verbal e estimular a pessoa a realizar a mesma foi um fator facilitador de comunicação ao longo do estágio, bem como a utilização de meios auxiliares de baixa tecnologia como o papel e a tabela de figuras anteriormente referido.

Segundo Momennasab et al. (2019), os Enfermeiros satisfazem as necessidades físicas como a dor e o desconforto mas, apenas uma pequena percentagem de Enfermeiros implementam técnicas de comunicação relativas a emoções e sentimentos. Segundo o mesmo autor, após satisfazer as necessidades físicas, a pessoa em situação crítica irá, conseqüentemente, expressar as suas necessidades emocionais e espirituais. Devem ser utilizados mecanismos como apertar as mãos, abanar a cabeça em questões simples sim/não, ler os lábios, interpretar a expressão facial da pessoa e sua linguagem corporal, bem como associar dispositivos externos de baixa tecnologia como placas de alfabeto, quadros de figuras, *whiteboard*, papel e caneta (Khalaila et al., 2011; Dithole et al., 2016). A valorização e a implementação de uma comunicação eficaz com a pessoa reduz os seus níveis de angústia, ansiedade, preocupação, frustração, medo e, até, um sentimento de ameaça à sua vida (Khalaila et al., 2011; Dithole et al., 2016; Momennasab et al., 2019).

Associada a implementação de técnicas comunicacionais, surge a necessidade de aplicar protocolos terapêuticos complexos. Nos casos clínicos experienciados durante o estágio foi fundamental desenvolver a unidade de competência “*Prestar cuidados à pessoa em situação; Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; Gerir o estabelecimento da relação terapêutica (...) e a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (OE, 2018b), de modo a alcançar os objetivos terapêuticos, a sua estabilização hemodinâmica e conseqüente melhoria do estado clínico.

Indicado em situações de insuficiência respiratória, em que é mais benéfico manter a pessoa sem ventilação em pressão positiva, implementa-se o ECMO venovenoso, como é o exemplo das pessoas a aguardar transplante pulmonar. A capacidade de deambulação e melhoria da dispneia, com diminuição do cansaço permite uma avaliação mais favorável da equipa de transplantes para ocorrer a manutenção na lista de espera de transplantação. A

mesma é viável, segura e potencialmente benéfica para adultos em condição clínica extremamente crítica (Ferreira et al., 2019).

Assim, era evidente a necessidade de iniciar o levante da pessoa e sua deambulação para validar e promover a sua tolerância ao esforço. Na prestação de cuidados à Sra. R., em conjunto com a equipa médica e de fisioterapia, promovi a mobilização precoce progressiva, realizei o levante, sua ortostase e deambulação, executada de forma simultânea ao ECMO. Assim, realizei a avaliação da pessoa em conjunto com a médica responsável e com a equipa de fisioterapia e, em tomada de decisão conjunta, após validar a sua estabilidade hemodinâmica, procedi a esta intervenção.

Neste contexto de implementação de ECMO, na minha avaliação, verifiquei sinais de má perfusão periférica no membro com cânula na veia cava inferior e sinais inflamatórios no local de inserção. Aquando da verificação do circuito e oxigenador observei o membro frio e pálido, com ligeira cianose periférica e pulso pedioso fino, pelo que alertei a equipa médica, e foi agilizada a observação por cirurgia vascular tendo sido trocado o local/membro de inserção da cânula, por risco de isquémia aguda.

De modo a melhorar o estado clínico da pessoa em situação crítica e ocorrer a uniformização de procedimentos efetuados pelos Enfermeiros, baseados na mais recente evidência científica, diariamente implementei protocolos de atuação: Protocolo de Controlo de Glicémia/Administração de Insulina, Gestão de Temperatura, Sedoanalgesia e Anticoagulação – Heparina.

Geri o protocolo de anticoagulação de forma autónoma na pessoa com perfusão de heparina através da avaliação preconizada diária do tempo de tromboplastina parcial activado (aPTT) e colheita de sangue para determinação do fator anti-X ativado (AntiXa), de modo a realizar o ajuste da dose de heparina. A importância desta intervenção está relacionada com o facto de o contínuo contacto entre o sangue e os materiais do circuito promoverem um estado de hipercoagulabilidade e inflamação (Annich et al., 2012).

Apliquei também, conforme preconizado, a Escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), Escala Behavioral Pain Scale (BPS) e Escala Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Pela sua proximidade com a pessoa, o Enfermeiro torna-se um profissional privilegiado na gestão e monitorização da dor. A aplicação destas três últimas escalas duas vezes turno, tornam-se imprescindíveis na prestação de cuidados à

pessoa em situação crítica, pois permitem a avaliação sistêmica da dor, sedação e delirium de modo a manter/alcançar os alvos das escalas com a dose mínima eficaz possível.

A implementação de protocolos de gestão da dor melhora a prática clínica (Skrobik et al., 2010), uma vez que a pessoa em situação crítica experiencia dor em repouso e durante a realização de procedimentos/cuidados (Puntillo et al., 2014). A minha avaliação foi contínua, com avaliação de sinais ou sintomas e utilização de escalas validadas, com a posterior intervenção de medidas farmacológicas e não-farmacológicas.

Associado a estas escalas é utilizado de forma complementar um protocolo terapêutico complexo – Protocolo de Sedoanalgesia. A aplicação do protocolo é autónoma, ou seja, a titulação das doses é feita de forma autónoma pelo Enfermeiro através de um fluxograma validado. Apliquei o Algoritmo do Protocolo hospitalar e, de forma autónoma, revi, reduzi e suspendi a sedoanalgesia implementada.

A título exemplificativo durante a prestação de cuidados a uma pessoa submetida a ECMO com VMI, avalei a alteração da dor (BPS>6), CAM-ICU negativo e alteração RASS da mesma – superior ao alvo definido, ou seja, a sedoanalgesia estava, naquele momento, insuficiente. Através da análise do Protocolo instituído e seguindo o fluxograma, por BPS>6 administrei bólus de Fentanil 3ml e aumentei a sua perfusão em ¼. Após o aumento da analgesia, ajustei de forma autónoma a sedação em curso: administrei bólus de Propofol 1ml e aumentei a sua perfusão 2ml/h. Após esta titulação terapêutica conforme o protocolo consegui alcançar os alvos preconizados com a dose mínima eficaz. A implementação de protocolos de sedoanalgesia na pessoa em situação crítica reduzem a necessidade de fármacos sedativos, duração da VMI e o tempo de internamento nas UCI (Devlin et al., 2018).

Assim, demonstro o desenvolvimento das competências “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*” (OE, 2018b).

A Ordem dos Enfermeiros (2018b) refere que a pessoa em situação crítica encontra-se numa posição de maior vulnerabilidade ao risco de infeção face à complexidade da sua situação clínica e pela necessidade de recurso a técnicas invasivas. A importância de cumprir cuidados de saúde com rigor baseado em evidência científica e protocolos hospitalares, promovendo medidas de controlo de infeção e diminuição da taxa de infeções associados aos cuidados de saúde (IACS), foi uma premissa observada desde o primeiro dia de estágio,

tendo sido evidente a função do Enfermeiro EEMCPSC nesta área e transversal a toda a equipa de Enfermagem da unidade.

Segundo Silvério et al. (2012), o Modelo de Adaptação de Callista Roy revela a responsabilidade do Enfermeiro em promover a segurança e a qualidade dos cuidados, avaliando estímulos, estabelecendo intervenções e procedendo à sua aplicação e avaliação. Os cuidados de Enfermagem estão inevitavelmente envolvidos na segurança da pessoa em situação crítica através de fatores protetores ou ameaçadores, pois é o profissional que despende mais tempo junto da mesma. Segundo esta Teoria, o Enfermeiro deve-se focar nos resultados pretendidos, controlando ao máximo todos os estímulos do ambiente, uma vez que este pretende promover a adaptação do indivíduo a estímulos que possam alterar o seu estado, melhorando consequentemente a sua interação com o meio ambiente, no sentido de evitar ou reduzir os riscos (Silvério et al., 2012).

Durante a minha permanência neste contexto clínico, a maioria das pessoas em situação crítica estavam submetidas a VMI, tendo sido necessária a minha intervenção na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Segundo Branco et al. (2019) a PAV é uma complicação relacionada com o cuidado à pessoa internada numa UCI, com a maior taxa de mortalidade em comparação com as outras IACS em pessoas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica. A importância desta prevenção é intrínseca a qualquer organismo internacional e é crucial na segurança da prestação de cuidados.

Tive oportunidade de prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica submetida a VMI, com implementação de um feixe de intervenção “*Pneumonia associada à ventilação*”. Diariamente implementei as estratégias preconizadas pela DGS (2017b) com respetivo registo de Enfermagem das mesmas, tais como:

1. Revi, reduzi e, quando possível, suspendi diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento – apliquei o Protocolo de Sedoanalgesia para rever, reduzir ou suspender. Experienciei uma situação do Sr. D., de 25 anos de idade, politraumatizado com traqueostomia com perfusão de sedoanalgesia em nível mínimo com RASS (< alvo) e BPN dentro do alvo, tendo solicitada avaliação médica por considerar após avaliação elegível para suspensão de sedação tendo sido concretizada com ganhos significativos na sua situação clínica;
2. Discuti e avaliei diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação – pessoa que deu entrada por mal epilético, tendo sido submetida a VMI por risco de

compromisso da via aérea. Quadro clínico com evolução favorável, sem crises convulsivas > 48h, com GCS em melhoria com abertura ocular espontânea e reação a tubo endotraqueal. Já tinha iniciado desmame de sedoanalgesia e ventilatório, com FiO2 atualmente muito reduzido. Avaliei a sua estabilidade hemodinâmica e, após discussão com médica responsável, procedeu-se à extubação, com sucesso;

3. Mantive a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$ e evitei momentos de posição supina;
4. Realizei higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, uma vez por turno – intervenção que aumenta o conforto, reduz a mortalidade, morbidade e custos adicionais por internamentos prolongados (Johnny et al., 2021). A sua utilização de 8/8h reduz a colonização oral bacteriana e controla o biofilme da mucosa oral. Outro fator relevante que o mesmo autor enuncia é a sensação comum de xerostomia quando submetidos a VMI sendo a higiene oral uma medida eficaz de conforto e redução de sintomatologia, tal como foi visível na minha prática com a realização desta intervenção em cada turno. Aquando da queixa, implementei esta intervenção com reversão da sintomatologia;
5. Mantive circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes, através da minha avaliação contínua dos circuitos com troca de dispositivos sempre que necessário, como filtros bacteriológicos e *swivel*; bem como mantive a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH2O, vigilância periódica efetuada através do ventilador;
6. Verifiquei a estase gástrica/refluxo, com sugestão à equipa médica de implementação de terapêutica dirigida quando considere necessário; bem como realizei aspiração de secreções com técnica asséptica rigorosa antes da mobilização do tubo orotraqueal/cânula e mantive o fixador da prótese mecânica limpa e seca, realizando a sua troca sempre que necessário, inclusive diversas vezes no turno;

As três últimas intervenções expostas neste último ponto são, segundo Teles et al. (2020), igualmente fulcrais na prevenção da PAV. Outra intervenção interdependente do Enfermeiro essencial nesta prevenção, foi o cumprimento rigoroso na administração de probióticos pois os mesmos reduzem a infeção, particularmente a PAV (Johnstone et al., 2021).

A nível nacional o Ministério da Saúde reconhece a importância na promoção da segurança e considera que requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de

segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Diário da República, 2021). Segundo este plano a segurança é definida como “*um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde*” e refere que são necessárias políticas estruturadas para diminuir os fatores que contribuem para os incidentes associados à prestação de cuidados de saúde.

As IACS são uma condição sistémica ou localizada que resulta da reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas, adquirida no contexto da prestação do cuidado de saúde e decorrente deste (DGS, 2017c). Estas agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade/morbilidade bem como os custos hospitalares (DGS, 2017c). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016) as IACS são o evento adverso mais frequente em qualquer instituição de saúde a nível mundial sendo que aproximadamente 30% dos internados numa UCI desenvolvem pelo menos uma infeção nosocomial, e refere que “*no one should get sick seeking care*”.

De modo a ocorrer uma melhoria na prestação de cuidados foram definidos Feixes de Intervenção - um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhores resultados, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2017c). Em 2017, a DGS, na área da prevenção, emitiu quatro normas de atuação nacional, ou seja, quatro Feixes de Intervenção: Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico; Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação; Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central (CVC).

Ao longo do estágio implementei e desenvolvi uma prática promotora de segurança para a pessoa em situação crítica com o fim de prevenir uma IACS. A minha intervenção baseada no objetivo a atingir – com um fim definido – vai de encontro à Teoria da Adaptação de Roy que é uma teoria de resultado, direcionada para os fins. Tive necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, consulta de procedimentos multisectoriais, normas e orientações para desenvolver competências e fundamentar o meu exercício nesta área. Promovi a manutenção dos feixes de intervenção e desenvolvi práticas seguras em manuseamento de dispositivos, avaliando diariamente sinais e sintomas de infeção no local de inserção dos dispositivos invasivos, realizei tratamento ao local com respetiva desinfeção diária e

mudança de penso asséptico bem como, quando necessário, discuti com a equipa médica a suspeita de infeção com necessidade de troca de dispositivo.

Relativamente à norma “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*” nº 019/2015 de 30/05/2017, esta também foi rigorosamente implementada e avaliada, cumprindo as normas preconizadas. A infeção urinária associada a cateter urinário é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter urinário (Direção-Geral da Saúde, 2017a). A maior parte das infeções associadas ao cateter vesical podem ser evitadas e o Enfermeiro tem um papel fundamental na sua prevenção e redução através da implementação de estratégias específicas (Shadle et al., 2021). Como exemplo, na minha prestação de cuidados a uma pessoa em lista de transplante, pela suspensão de necessidade de monitorização de balanço hídrico de forma rigorosa bem como pela manutenção da sua continência de esfíncter urinário, discuti com a médica responsável a possibilidade de remover o cateter vesical de modo a prevenir as IACS, tendo sido efetuado.

Assim, emerge a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista nesta área, pelo estabelecimento da competência “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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*” (OE, 2018b).

Ainda relativamente à minha intervenção contínua na prevenção das IACS, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto à pessoa em situação crítica, efetuei o banho com cloro-hexidina 4%, sendo a evidência científica clara na sua importância. Vários estudos comprovam que a implementação de um protocolo rigoroso reduz significativamente as IACS nos cuidados intensivos de 50% a 100%. Esta intervenção demonstrou a redução significativa nas taxas de incidência de IACS, incluindo por *Clostridium Difficile*, infeções urinárias associadas ao cateter urinário, infeções associadas ao local cirúrgico e muitas outras (Chapman et al., 2021). Os cuidados de higiene e conforto no leito trazem diversos benefícios, assim sendo, promovi através dos mesmos, conforto, vigilância da integridade cutânea, realização de movimentos e retorno venoso, e a prevenção de IACS.

Nesta área, era evidente uma supervisão clínica dos pares, peritos e Enfermeiros Especialistas na manutenção de práticas seguras, aprendizagem contínua e reforço positivo,

com ambiente seguro e promotor de partilha de opiniões e conhecimentos, sempre com o objetivo de alcançar a satisfação da pessoa e sua melhoria clínica.

Para além da nossa prática importa reforçar que a família é também integrada na prevenção das IACS, sendo uma intervenção de Enfermagem protocolada. As nossas práticas seguras influenciam diretamente a saúde individual e dos familiares pois qualquer visita pode igualmente ser afetado por IACS (Organização Mundial da Saúde, 2016). Tive oportunidade de realizar ensinamentos à família sobre conduta a manter e a importância de implementar uma prática segura junto do seu familiar. Promovi a higienização das mãos, mudança de máscara cirúrgica e colocação de avental protetor. Em contato com a unidade, realizei ensinamentos sobre os cuidados a ter com o seu familiar, inclusive sobre a necessidade de efetuar os cinco momentos de higienização das mãos, quando aplicável e se necessário.

Ao longo do estágio demonstrei *“uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados”* (OE, 2019). Sustentei a minha prática com respeito pelos direitos humanos, dirigi a minha intervenção suportada pelos valores éticos pessoais e profissionais, ao incluir de forma transversal o respeito pela dignidade da pessoa, privacidade e igualdade, contribuindo para uma humanização dos cuidados. Cobrir a pessoa sem exposição do seu corpo a terceiros, prestar cuidados com cortinas fechadas, não fornecer informações sem o seu consentimento, ou cumprir o seu desejo de não receber visitas, são exemplos práticos da minha intervenção nesta área.

Relativamente ao objetivo específico *“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos”*. Durante as passagens de turno foi debatida de forma informal a necessidade de implementação de estratégias de promoção do luto da família da pessoa em situação crítica, tendo fornecido artigos científicos sobre a temática e partilhado o Poster elaborado, anteriormente referido. Houve discussão entre os pares, partilha de informação, ficando clara a ambição de alterar comportamentos.

Elaborei um Procedimento Setorial denominado *“Acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica e transição para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP/UCI)”* (Apêndice V) destinado à equipa do SUP. Este procedimento setorial foi elaborado por proposta da Enfermeira Orientadora e por ser considerado pela equipa de Enfermagem uma necessidade na UCI. Tal como anteriormente exposto, a UCI dispõe de um Guia de

Acolhimento à Família, com questionário, protocolo e intervenções amplamente implementadas, com ganhos efetivos de satisfação da pessoa e sua família, bem como aumento da satisfação das suas necessidades.

Após uma reunião informal com o grupo dinamizador de acolhimento familiar, o mesmo transmitiu a necessidade de implementar estratégias precoces de acolhimento e diagnóstico de necessidades, a introduzir desde a entrada na instituição hospitalar – por conseguinte no SUP. Ou seja, pela evidência científica, o acolhimento à família deve começar precocemente no SUP e ser efetuada uma transição eficaz para o internamento em UCI. Enquanto enfermeira nesse serviço seria elo de ligação do acolhimento entre o SUP e a UCI, reforçando a implementação de intervenções na transição entre os mesmos.

Segundo Hsiao et al. (2016), existe uma diferença substancial entre a perceção do familiar e do Enfermeiro relativamente às necessidades da família, bem como existem estudos na literatura que revelam que existe uma variação na perceção dos Enfermeiros acerca da sua responsabilidade com a satisfação dessas necessidades – apenas ¼ dos Enfermeiros refere que implementa intervenções nesta área. Estudos recentes, segundo o mesmo autor, revelam que os Enfermeiros sentem que o cuidado à família e satisfação das suas necessidades é exigente, contribui para a sua fadiga e consome muito do seu tempo, devendo utilizar esse tempo no cuidado efetivo da pessoa.

Assim, perante esta evidência, considerei fundamental ser um veículo de mudança comportamental e transmitir conhecimento atual baseado em evidência científica sobre a temática. Estas intervenções devem ser implementadas no SUP o mais precocemente possível, tendo por finalidade a satisfação das necessidades da família, assim como aumentar o grau de satisfação com o serviço prestado. A satisfação da família está diretamente relacionada com o cuidado sensível na satisfação de todas as suas necessidades e com a implementação das intervenções de Enfermagem (Botes & Langley, 2016).

O Procedimento Setorial efetuado foi entregue e encontra-se em fase de análise. Assim, participei e promovi a formação em serviço nesta área de especialização.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem organizado pela UCP (Anexo II), bem como nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (Anexo III), organizadas por esta UCI e seu patrocínio científico. O tema transversal foi “*Ressuscitação – Técnicas de Circulação Extracorporeal em Medicina Intensiva*”, tendo-se revelado dois dias de enriquecedora transmissão e

aquisição de conhecimentos, através das diversas mesas científicas nacionais e internacionais que estiveram presentes. Foi importante para clarificar conceitos, adquirir conhecimentos sobre técnicas de suporte à pessoa em situação crítica e a sua evidência atual para sustentar a atualização das práticas.

Em suma, neste contexto de UCI, todos os momentos de aprendizagem foram fundamentais para atingir os objetivos propostos e para o desenvolvimento das competências. Todos os momentos experienciados foram diversos, complexos e enriquecedores. Considero o meu percurso positivo, ao longo do qual demonstrei a aquisição gradual de autonomia e segurança no cuidado prestado, com constante incentivo e reforço positivo da orientadora clínica. A integração foi facilitada tendo sido sempre valorizada a experiência prévia em SUP. A formação e a partilha de saberes foram contínuas. Esta partilha e transmissão de conhecimentos pelos meus pares foi fundamental para o meu percurso, melhoria da minha prática e aquisição de competências.

3. CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio surgiu no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, encontrando-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da UCP.

O ingresso neste ciclo de estudos foi impulsionado pela minha necessidade constante de atualização de conhecimentos e melhoria da qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Inicialmente este percurso foi composto pelo desenvolvimento de competências durante a componente teórica integrada no curso e, posteriormente, foi desenvolvida a componente prática exposta neste documento, tendo representado um processo dinâmico e contínuo na aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Pretendi descrever e analisar de forma critico-reflexiva as atividades que me permitiram adquirir as competências gerais e específicas de enfermeira especialista em EMCPSC, com as respetivas unidades de competência. Efetuei a análise dos objetivos gerais e específicos definidos para cada local de estágio, as experiências que vivenciei e as intervenções que realizei à pessoa em situação crítica e sua família.

Conforme disposto pela OE (2019), o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem. É caracterizado por um nível de desempenho profissional que mostra uma aplicação eficaz dos conhecimentos e competências, que permite fazer julgamentos clínicos e tomada de decisão. Assim, importa considerar que a presença do Enfermeiro Especialista EMCPSC na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica assume uma importância substancial, na medida em que é responsável por mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil a situações de saúde complexas.

Para a aquisição do título e respectivas competências, evidenciei o meu percurso contínuo de desenvolvimento de competências. Foi um processo dinâmico na medida em que foi sendo alterado de acordo com as experiências vividas e com a elaboração contínua de novos diagnósticos de necessidades, com atualização dos projetos de estágio e necessidade de realizar novas reflexões críticas. Assim, a complexidade e especificidade de cada contexto clínico permitiram a minha evolução e constante adaptação a cada etapa, enquanto ser humano e profissional de saúde.

A palavra desafio foi um elemento constante, sendo que os condicionalismos e obstáculos se constituíram como agentes de crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição e ampliação de novos conhecimentos para um futuro próximo, inclusive na área da investigação. A metodologia preconizada permitiu-me o acesso a um percurso orientado pelo meu projeto individual nos módulos de estágio e o desenvolvimento das competências previstas para o grau académico, com objetivos gerais e específicos delineados no início de cada contexto.

Ao longo deste percurso académico foram fornecidas ferramentas e a reflexão do cuidado especializado de Enfermagem, sendo que a formação e a reflexão deverão manter-se como recurso na minha prática diária. Desenvolvi o progresso de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais. Assim, o cuidar da pessoa em situação crítica e sua família permitiu-me a capacidade de intervir de forma eficaz e eficiente no diagnóstico de situações de instabilidade ou falência orgânica, de gerir protocolos terapêuticos complexos, avaliar e gerir a dor e estabelecer uma relação terapêutica com base em comunicação eficaz. Foi possível compreender a resposta em situações de emergência e exceção, bem como maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Em ambos os contextos clínicos, a complexidade de cuidados, técnicas, dispositivos e monitorização, influenciaram o desenvolvimento de competências. Assim, para a melhoria da minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica foi intrínseco na elaboração do processo de Enfermagem intervenções específicas de prevenção de infeção, estratégias a adotar e resultados esperados a atingir. As IACS são atualmente um problema de saúde pública pelo que é necessário uma mudança comportamental no meu dia-a-dia profissional, com vista à promoção da segurança da pessoa em situação crítica, evidencia uma prática segura em Enfermagem especializada sendo competência do Enfermeiro Especialista a promoção de cuidados de saúde seguros em si e nos seus pares, bem como supervisão clínica da sua implementação de práticas seguras de prevenção, ensino e melhoria contínua da

equipa de modo a que se ganhe em saúde e na qualidade dos cuidados prestados pelos Enfermeiros.

A atualização constante sobre as novas *guidelines* e sobre o que se encontra preconizado na segurança da pessoa em situação crítica, de acordo com a atual evidência científica é assim fundamental na minha prática diária. A implementação dos feixes de intervenção está diretamente relacionada com o impacto na prática clínica, pela importância das intervenções de Enfermagem na redução das IACS a nível hospitalar, como também o envolvimento dos profissionais de saúde em cada área de atuação. Esta sistematização de conhecimentos e de evidência, constituiu um reforço positivo para manter na minha prática a implementação dos feixes de intervenção enquanto enfermeira especialista; constituiu ainda o reforço à competência de supervisão clínica dos pares, de modo a promover a melhoria da prática de outros profissionais tal como os Enfermeiros se revelaram para mim neste contexto.

Considero que atingi os objetivos a que me propus nos estágios, e que evoluí profissionalmente, com vista à aquisição da totalidade das competências que me são exigidas neste percurso intenso e recompensador. Reconheço uma responsabilidade acrescida de refletir sobre as ações, implementar e auditar práticas seguras para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A prática baseada na evidência científica e a realização de investigação, como a *Scoping Review* apresentada, permitem que seja produzido conteúdo relevante e pertinente, que permite avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem. A *Scoping Review* permitiu a compreensão da temática “*Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto da Família da Pessoa em Contexto de Cuidados Críticos*”.

Esta revisão evidenciou que o contexto de morte inesperada tem um impacto significativo na saúde da família e nas suas reações ao luto, sendo importante fornecer suporte neste processo, principalmente nos grupos com maior risco de luto prolongado. Este suporte consiste na implementação de um conjunto de intervenções de Enfermagem sensíveis direcionadas para a presença da família que é confrontada com a morte do seu familiar, de modo a promover o luto saudável. É necessária uma comunicação empática com escuta ativa, promoção de uma estrutura física apropriada para os acontecimentos inesperados (sala privada para a família e comunicação de más notícias), criação de equipas de promoção de um luto saudável, protocolos de *follow-up* e medidas de *coping* para os

profissionais de saúde. No entanto, torna-se visível que não há substancial evidência científica, principalmente nacional, sobre a temática ou investigação sobre os verdadeiros ganhos em saúde com a implementação das citadas intervenções.

Desenvolvi uma prática sustentada pelo Modelo de Adaptação de Roy que refere que a adaptação é um processo que afeta todo o núcleo alvo de cuidados – pessoa, família, comunidade e sociedade, pelo que a realização do processo de Enfermagem com as devidas intervenções após avaliação de necessidades é destinado à pessoa em situação crítica bem como à sua família. Este internamento da pessoa em situação crítica constitui-se como uma transição abrupta para uma condição crítica, exigindo mecanismos de adaptação da pessoa e da sua família onde o Enfermeiro deve ter um papel ativo na sua implementação e promoção. A prestação de cuidados de Enfermagem especializados é muito mais abrangente do que a interação entre o Enfermeiro e a pessoa, salientado a necessidade da inclusão da família como um recurso para a pessoa, mas também como alvo dos cuidados.

A partilha da evidência científica atual tem como objetivo a atualização dos conhecimentos da sociedade clínica e mudança de práticas com consequentemente melhoria da prestação de cuidados à população e alcance de seu bem-estar. Promovi a investigação e a formação em serviço neste contexto de especialização. Incentivei o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, através da reflexão entre pares bem como através de reflexões críticas individuais, tendo ocorrido uma preocupação transversal em todos os momentos de efetuar uma pesquisa bibliográfica atual para sustentar a prática clínica e contribuir para o conhecimento das equipas dos contextos clínicos. Esta partilha de conhecimento científico atualizado foi igualmente demonstrada na participação em congressos científicos e na publicação de um poster.

Em suma, todos os momentos de aprendizagem, a melhoria das competências anteriormente adquiridas ao longo do percurso profissional e desenvolvimento de novas competências foram diversos, complexos e enriquecedores. Foi um percurso positivo, em que a aquisição gradual de autonomia com constante incentivo e reforço positivo foram aspetos fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Annich, G., Cornell, T., Massicotte, M., & Lequier, L. (2012). Blood Biomaterial Surface Interaction During ECLS. In G. L. Annich (Ed.), *ECMO Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care*, 75-86. Michigan: ELSO.

APA, A. P. (2020). *Publications manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7th edition ed.)*. Washington: American Psychological Association.

Aranha, A., Nogueira, A., Pires, I., Marques, J. & Pereira, M. (2021). Gestão da dor em situações de exceção. *Revista LifeSaving*, 20, 25-33.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Beserra, P., Nóbrega, M., Bittencourt, G. (2008). Assistência de Enfermagem a um paciente vítima de trauma utilizando a teoria de Roy e a CIPE®. *Revista Enfermagem UFPE Online*, 2(1), 23-27.

Botes, M. L. & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1-7.

Branco, A., Lourençone, E., Monteiro, A., Fonseca, J., Blatt, C., Caregnato, R. (2019). Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-7.

Carlsson, N., Alvariza, A., Bremer, A., Axelsson, L. & Arestedt, K. (2021). Symptoms of prolonged grief and self-reported health among bereaved family members of persons who died from sudden cardiac arrest. *Omega Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-21.

Chapman, L., Hargett, L., Anderson, T., Galluzzo, J. & Zimand, P. (2021). Chlorhexidine gluconate bathing program to reduce health care-associated infections in both critically III and non-critically III patients. *Critical Care Nurse*, 41(5), 1-8.

Compton, S., Grace, H., Madgy, A. & Swor, R. A. (2008). Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 16, 226-229.

Deodato, S. (2011). Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>

Deodato, S. (2014). Decisão Ética em Enfermagem, do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Edições Almedina.

Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C. et al. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46, 825-873.

Diário da República (2007). Decreto-Lei nº220/2007 de 29 de Maio. Diário da República, 1ª Série (103), 3513-3516.

Diário da República (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª Série (187), 96-103.

Direção-Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical nº 019/2015 de 30/05/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à intubação nº 021/2015 de 30/05/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017c). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197–206.

- Edwardsen, E. A., Chiumento, S. & Davis, E. (2014). Family perspective of medical care and grief support after field termination by emergency medical services personnel: a preliminary report. *Prehospital Emergency Care*, (6), 440-444.
- Ferreira, D., Marcolino, M., Macagnan, F., Plentz R. & Kessler A. (2019). Segurança e potenciais benefícios da fisioterapia em adultos submetidos ao suporte de vida com oxigenação por membrana extracorpórea. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 227-239.
- Ferrito, C., Madureira, M., & Lourenço, M. (2021). Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Universidade Católica Portuguesa.
- Fridh, I. & Akerman, E. (2019). Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study. *Nursing Critical Care*, 1-8.
- Golfarb, M., Bibas, L., & Burns, K. (2020). Family engagement in the cardiovascular intensive care unit in the COVID-19 Era. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(8), 1327.
- Grindel, C. (2016). Clinical leadership: a call to action. *Medsurg Nursing*, 25(1), 9-16.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do cuidar. Loures. Lusociência.
- Hsiao, P., Redley, B. & Hsiao, Y. et al. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 2016. 1-6.
- Johnny, J. D., Drury, Z., Ly, T., Scholine, J. (2021). Oral care in critically ill patients requiring noninvasive ventilation: an evidence-based review. *Critical Care Nurse*, 41(4), 66-70.
- Johnstone, J., Meade, M., Lauzier, F. et al. (2021). Effect of probiotics on incident ventilator-associated pneumonia in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Jama*, 326(11), 1024-1033.
- Kentish-Barnes, N., Davidson, J. E. & Cox, C. E. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: an opportunity for meaning-making in bereavement. *Intensive Care Medicine*, 1954-1956.
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. & Svirni, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal Of Critical Care*, 20(6), 470-479.

- Knapp, S. J., Sole, M. L., & Byers, J. F. (2013). The EPICS family bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51–57.
- Leon, A. & Knapp, S. (2008). Involving family systems in critical care nursing: Challenges and opportunities. *Dimension of Critical Care Nursing*, 27(6), 255-262.
- Magowan, E. & Melby, V. (2019). A survey of emergency department staff's opinions and experiences of family presence during invasive procedures and resuscitation. *Evidence & Practise Research*, 27(3), 13-19.
- Mayer, D. (2017). Improving the support of the suddenly bereaved. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 11, 1-6.
- McNamara, M., Fealy, G., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., Treacy, P., Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3502–3512.
- Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença crítica na vivência da família: Estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 182–189.
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R. & Jaberi, A. (2019). Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(2).
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R., (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Diário da República, 2ª Série (79), 10087-10090.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República n.º 74/2018, 2ª Série (226), 10758 – 10764.

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2ª Série (135), 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª Série (26), 4744–4750.

Organização Mundial da Saúde (2016). The critical role of infection prevention and control. Geneva: World Health Organization.

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Serviço Nacional de Saúde, 1-87. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRHMedicina-Intensiva.pdf>.

Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H. & Ramos, M. (2021). Atividade da comissão de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (CPCIRA) do Instituto Nacional de Emergência Médica, em contexto covid-19, no ano 2020. *Revista LifeSaving*, 20, 25-33.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>.

Puntillo, K. et al. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(1), 39–47.

República Portuguesa (2016). Artigo 4º do Aviso 3127/2016. Diário da República, 2ª série (47), 8340-8342.

Roy, C. & Andrews, H. (2001) – Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.

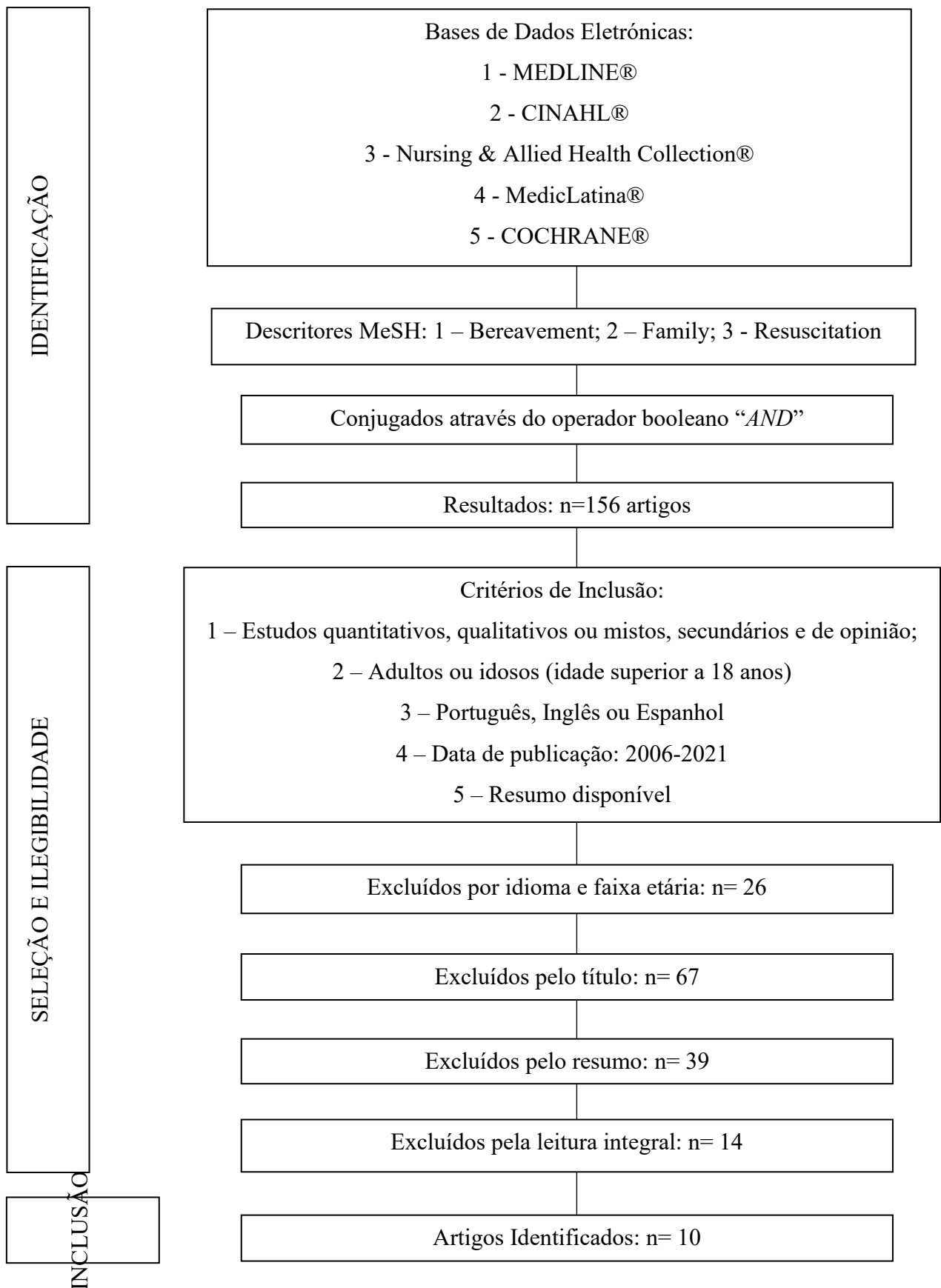
Sayed, M., Tamim, H. & Mann, N. (2016). Description of medication administration by Emergency Medical Services during mass-casualty incidents in the United States. *Prehospital and disaster medicine*, 31(2), 142-148.

- Scott, P., Thomson, P., & Sheperd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6, 698-712.
- Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Art & Science*, 21(8), 36-39.
- Shadle, H. N., Sabol, V., Smith, A., Stafford, H., Thompson, J. & Bowers, M. (2021). A bundle-based approach to prevent cateter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 41(2), 62-71.
- Silvério, A., Silva, B., Benito, P., Santos, S. & Lucas, P. (2012). Nurse care intervention and clinical risk management in integrated continous care units: a theoretical and conceptual reflecting. *Journal of Aging and Innovation*. Disponível em <https://journalofagingandinnovation.org/pt/tag/modelo-de-adaptacao-de-roy/>
- Skrobik, Y., Ahern, S., Leblanc, M., Marquis, F., Awissi, D. & Kavanagh, B. (2010). Protocolized Intensive Care Unit Management of Analgesia, Sedation, and Delirium Improves Analgesia and Subsyndromal Delirium Rates. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 169.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Ordem dos Médicos, 1-48. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Teles, J., Sousa, B., Oliveira, E., Martins, M. (2020). Medidas de prevenção à infeção hospitalar em unidades de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, 19(1), 67-74.
- Walker, W. & Deacon, K. (2016). Nurses experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings and the provision of person-centred care: a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 39-47.
- Walker, W. (2010). Sudden cardiac death in adults: Causes, incidence and interventions. *Nursing Standard*, 24(38), 50-56.
- Wilson, C. (2015). The role of nursing professional development in the future of nursing. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(1), 56-57.
- Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E. & Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Academic Emergency Medicine*, 13, 1333-1338.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Processo de identificação e inclusão dos estudos PRISMA diagram flow (JBI, 2020)



APÊNDICE II

Resumo dos estudos incluídos na revisão e níveis de Evidência de Estudos segundo a JBI
(2020)

Autor / Ano	Carlsson, N., Alvariza, A., Bremer, A., Axelsson, L. & Arestedt, K. (2021)
Título	Symptoms of prolonged grief and self-reported health among bereaved family members of persons who died from sudden cardiac arrest.
Metodologia	Estudo Observacional Transversal Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Descrever a morbidade e os sintomas de luto prolongado da família enlutada de pessoas que morreram de paragem cardíaca súbita
Resultados	50% dos familiares desenvolveu sintomas de luto prolongado e problemas de saúde como ansiedade, sendo a taxa superior em cônjuges diretos. Intervenções de Enfermagem: Implementar técnicas de comunicação como responder a questões, escuta ativa e privacidade; providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito e avaliar suporte informal familiar; Promover a presença da família durante a reanimação.

Autor / Ano	Compton, S., Grace, H., Madgy, A. & Swor, R. A. (2008)
Título	Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation.
Metodologia	Estudo Observacional Prospetivo Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Avaliar sintomas de stress pós-traumático da família da vítima de PCR no pré-hospitalar.
Resultados	Intervenção de Enfermagem: Facilitar a presença da família durante a reanimação. A percentagem de incidência de stress pós-traumático é superior na família em que não foi permitida a sua presença durante a reanimação.

Autor / Ano	Edwardsen, E. A., Chiumento, S. & Davis, E. (2014)
-------------	---

Título	Family perspective of medical care and grief support after field termination by emergency medical services personnel: A preliminary report.
Metodologia	Estudo Qualitativo Exploratório Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Determinar o grau de aceitação da família em não transportar para o pré-hospitalar a vítima em PCR/reanimação e suspender medidas.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Promover a presença da família durante a reanimação; identificar necessidades atuais da família de modo a dirigir a sua atuação para a satisfação das mesmas; providenciar/criar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito e avaliar suporte informal externo da família no seu meio familiar e comunidade como recurso a facilitação do luto.

Autor / Ano	Fridh, I. & Akerman, E. (2019)
Título	Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study.
Metodologia	Estudo Observacional Transversal Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Avaliar o grau de cuidados centrada na família na pessoa em fim de vida/situação crítica em UCI.
Resultados	76% das unidades têm implementados serviços/visitas individualizadas de follow-up para avaliar as necessidades da família durante o luto. Intervenções de Enfermagem: Promover a presença da família durante a ressuscitação; comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa; Providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito através de entrevistas presenciais ou telefónicas.

Autor / Ano	Kentish-Barnes, N., Davidson, J. E. & Cox, C. E. (2014)
-------------	--

Título	Family presence during cardiopulmonary resuscitation: An opportunity for meaning-making in bereavement.
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência: Nível 4.a
Objetivo	Avaliar os benefícios da presença da família durante a reanimação.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Fornecer suporte cultural e religioso; Toque como elemento de luto próximo; Facilitar a presença da família na reanimação como facilitador do processo de transição vida-morte.

Autor / Ano	Magowan, E. & Melby, V. (2019)
Título	A survey of emergency department staff's opinions and experiences of family presence during invasive procedures and resuscitation.
Metodologia	Estudo Qualitativo Exploratório Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Identificar os pontos de vista e experiências de enfermeiros de serviço de urgência sobre a presença da família durante procedimentos e reanimação.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Facilitar a presença da família durante os cuidados à pessoa em situação crítica; desenvolver procedimentos institucionais sobre a atuação da equipa com a família enlutada de modo a que sejam implementadas intervenções uniformizadas e transversais por todas as equipas baseadas em evidência científica; Providenciar suporte de serviços religiosos e respeito cultural.

Autor / Ano	Scott, T. (2013)
Título	Sudden death in emergency care: Responding to bereaved relatives.
Metodologia	Estudo Qualitativo com ferramentas da teoria fundamentada Nível de Evidência: Nível 4.b
Objetivo	Descrever 5 intervenções a implementar no cuidar à família em luto.

Resultados	Intervenções de Enfermagem: Promover a presença da família durante a ressuscitação; validar a informação atual da família; Comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa; Identificar as competências individuais de cada enfermeiro para desempenhar o seu papel e coping dos profissionais através do treino de equipas; Providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito; Providenciar suporte de serviços religiosos.
------------	---

Autor / Ano	Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E. & Griffith, J. L. (2006)
Título	Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death.
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência: Nível 4.a
Objetivo	Avaliar as necessidades da família em processo de luto por morte inesperada e definir as estratégias de intervenção.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Identificar as competências individuais de cada enfermeiro para desempenhar o seu papel; Implementar treino de equipas e <i>role-plays</i> ; Elaborar procedimentos setoriais para uniformizar a intervenção das equipas; Reduzir o stress pós traumático da família; Comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa; Providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito prevenindo a mortalidade e morbidade da família; Providenciar suporte de serviços religiosos e respeito cultural/ explorar preocupações culturais; Facilitar a presença da família na reanimação.

Autor / Ano	Walker, W. (2010)
Título	Sudden cardiac death in adults: Causes, incidence and interventions.
Metodologia	Estudo Qualitativo Descritivo Nível de Evidência: Nível 4.b

Objetivo	Explorar as intervenções de Enfermagem centrados na pessoa a vivenciar um processo de luto em contextos de doença aguda e crítica no adulto.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Implementar um cuidado cultural e religioso; comunicar de forma empática a má notícia com privacidade, escuta ativa e toque; promover a presença da família na reanimação como facilitador de transição; providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito.

Autor / Ano	Walker, W. & Deacon, K. (2016)
Título	Nurses experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings and the provision of person-centred care: A qualitative study.
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência: Nível 4.a
Objetivo	Identificar reações à morte inesperada; descrever as intervenções para assistir o processo de luto.
Resultados	Intervenções de Enfermagem: Promover a presença da família na reanimação; comunicar de forma empática a má notícia com privacidade e escuta ativa, responder a questões; avaliar reações esperadas ao luto inesperado; providenciar equipas de cuidados à família durante o luto: realizar follow-up após o óbito; Promover a vigilância de saúde da família; providenciar suporte de serviços religiosos; explorar preocupações culturais.

APÊNDICE III

Cartaz: “SARS-CoV2: Fármacos para EOT – Sequência Rápida”

SARS-CoV2: FARMACOS PARA EOT SEQUÊNCIA RÁPIDA



REALIZAR PREPARAÇÃO/DILUIÇÃO DE TERAPÊUTICA (COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO FARMACOLÓGICA) E MATERIAL PARA EOT EM MESA NO EXTERIOR DA SALA DE EMERGÊNCIA, COM EQUIPA DE ANESTESIA.

ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO

Durante pré-oxigenação com Sistema de Waters (5 minutos)

1

FENTANIL
ANALGÉSICO OPIOIDE

0,25mg (1 ampola)

Aspirar totalidade de ampola sem diluição em seringa 5ml

Dose: 2-4 µg/kg
Duração: 30min

2

CETAMINA
INDUTOR ANESTÉSICO

500mg (1 ampola)

Aspirar 4ml e diluir até 20ml SF0,9% (10mg/ml)

Dose: 1-4 mg/kg

3

PROPOFOL
INDUTOR ANESTÉSICO

1% (1 ampola 20ml)

Aspirar totalidade de ampola sem diluição em seringa 20ml

Dose: 1-2 mg/kg
Duração: 10min

4

ROCURÓNIO
RELAXANTE MUSCULAR

50mg (2 ampolas)

Aspirar totalidade de ampolas sem diluição em seringa 10ml

Dose: 0,6-1,2 mg/kg
Duração: 30min

PREPARAR
TAMBÉM
FÁRMACOS SOS

ATROPINA

Pré-anestésico (↓risco de inibição vagal do coração e ↓secreções salivares). Bradicardia por anestesia.

0,5mg (2 ampolas)

Aspirar totalidade de 2 ampolas em seringa 2ml

EFEDRINA

Tratamento ou prevenção da hipotensão arterial associada a anestesia espinal e geral

30mg (1 ampola)

Aspirar 1ml e diluir até 6ml SF0,9% (5mg/ml)

APÊNDICE IV

Poster Científico “Intervenções de Enfermagem de Apoio ao Luto dos Familiares da
Pessoa em Situação Crítica: Scoping Review”



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE APOIO AO LUTO DOS FAMILIARES DO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW.

Inês Moura Neves¹; Patrícia Pontífice Sousa²; Rita Margarida Dourado Marques³

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

² Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MsC, PhD

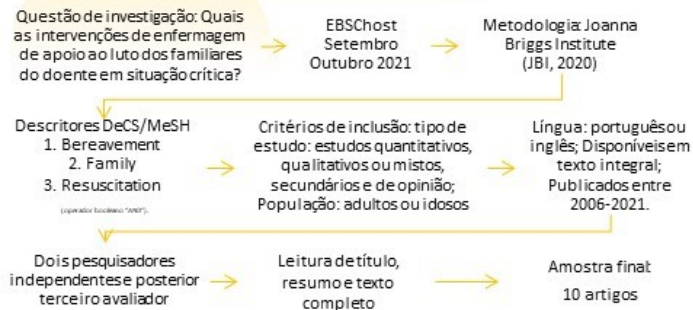
³ Enfermeira, Professora Adjunta, PhD, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Centro Interdisciplinar da Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A morte repentina e inesperada no adulto e idoso ocorre, maioritariamente, por causa cardíaca (Walker, 2010), e provoca inicialmente nos familiares intensos sentimentos que podem resultar em sofrimento prolongado, morbidade e mortalidade nos primeiros seis meses de luto (Zalenski, Gillum & Quest, 2006; Carlsson, Alvariza, & Bremer, 2021). Inicialmente os familiares desenvolvem sentimentos de choque, raiva, dormência e irrealidade (Walker, 2010), no entanto cada experiência é única e individual (Scott, 2013). Posteriormente efeitos psicológicos como tristeza, ansiedade, insónia e depressão (Zalenski et al., 2006; Carlsson et al., 2021). Devido ao grau elevado de mortalidade e morbidade verificado torna-se fundamental e prioritário implementar precocemente intervenções de enfermagem de apoio ao luto à família do doente em situação crítica.

OBJETIVOS Mapear na literatura científica as intervenções de enfermagem de apoio ao luto dos familiares do doente em situação crítica.

MATERIAIS E MÉTODOS: SCOPING REVIEW



RESULTADOS

1. Identificar as necessidades da família, planeamento e implementação das intervenções (Edwards et al., 2006; Walker & Dixon, 2010; Fitch & Abman, 2009)
2. Comunicar a má notícia com privacidade, empatia e escuta ativa (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Walker et al., 2016; Fitch et al., 2019)
3. Providenciar equipas de cuidados aos familiares—luto follow-up (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Scott, 2013; Davidson et al., 2014; Walker et al., 2016; Fitch et al., 2019; Caffoon et al., 2021)
4. Suporte religioso/espiritual (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013; Walker et al., 2016; Magowan et al., 2019)
5. Explorar preocupações culturais (Zalenski et al., 2006; Walker, 2010; Marshall-Somers, Davidson & Cox, 2014; Walker et al., 2016; Magowan & Melby, 2009)
6. Prevenir a morbidade e mortalidade (Zalenski et al., 2006)
7. Facultar resposta a questões (Walker et al., 2016; Caffoon et al., 2021)
8. Avaliar o suporte informal da família (Edwards et al., 2006; Caffoon et al., 2021)
9. Promover a presença da família durante a ressuscitação e intervenções invasivas (Zalenski et al., 2006; Campbell-Cook & Melby, 2009; Walker, 2010; Scott, 2013; Edwards et al., 2014; Marshall-Somers et al., 2014; Walker et al., 2016; Fitch et al., 2019; Magowan et al., 2019; Caffoon et al., 2021)

BENEFÍCIOS

1. Redução da ansiedade, depressão, sentimento de culpa e stress pós-traumático (Marshall-Somers et al., 2014; Magowan et al., 2019)
2. Observação da prestação de cuidados com respeito e dignidade (Marshall-Somers et al., 2014)
3. Facilita o processo de transição vida-morte (Walker, 2010; Marshall-Somers et al., 2014)
4. Promove o início de um luto próximo e apropriado – tocar, sentir, falar (Walker, 2010; Marshall-Somers et al., 2014)

PRESEÇA FAMILIAR

1. Incluir as necessidades da família incluindo práticas religiosas e culturais (Zalenski et al., 2006; Scott, 2013; Marshall-Somers et al., 2014; Magowan et al., 2019)
2. Realizar norma de procedimento institucional sobre a presença da família e implementação (Walker et al., 2016; Magowan et al., 2019)
3. Identificar as competências individuais de cada elemento (Walker et al., 2016; Scott, 2013)
4. Promover role-play e treino das equipas (Walker et al., 2016; Scott, 2013)

CONCLUSÃO Esta revisão evidenciou que o contexto de morte inesperada tem um impacto significativo na saúde dos familiares e nas suas reações ao luto, sendo importante fornecer suporte neste processo, principalmente nos grupos com maior risco de luto prolongado. Este suporte consiste na implementação de um conjunto de intervenções de enfermagem sensíveis direccionadas para a presença da família que é confrontada com a morte do seu familiar, de modo a promover o luto saudável.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem; luto dos familiares; doente; situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Caffoon, N., Alvariza, A., Bremer, A., Aveloso, L. & Anacleto, K. (2021). Symptoms of prolonged grief and self-reported health among bereaved family members of persons who died from sudden cardiac arrest. *Omega Journal of Death and Dying*, 001, 1-21. Campbell, S., Grace, H., Melby, A. & Sweet, R.A. (2008). Post-traumatic stress disorder symptomatology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 16, 226-231. Edwards, E. A., Chimento, S. & Davis, E. (2014). Family perspectives of medical care and grief support after field resuscitation by emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 20(2), 440-444. Fitch, I. & Abman, E. (2009). Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study. *Nursing Critical Care*, 20(1), 1-8. Marshall-Somers, N., Davidson, J. E. & Cox, C. E. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: an opportunity for meaning-making in bereavement. *Intensive Care Med*, 40, 1754-1756. Magowan, E. & Melby, V. (2009). A survey of emergency department staff's opinions and experiences of family presence during invasive procedures and resuscitation. *Emergency and Practice Research*, 27 (3), 13-19. Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: Responding to bereaved relatives. *Art & Science*, 21 (5), 38-39. Zalenski, R., Gillum, R. S., Quera, T. S. & Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Academic Emergency Medicine*, 13, 1333-1338. Walker, W. (2010). Sudden cardiac death in adults: Causes, incidence and interventions. *Nursing Standard*, 24 (50), 50-54. Walker, W. & Dixon, K. (2016). Nurses' experiences of caring for the culturally bereaved in adult acute and critical care settings and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 39-47.

APÊNDICE V

Procedimento Setorial: “Acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica e transição para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP/UCI)”

	Procedimento Setorial	COD.000
	Serviço de Urgência Polivalente	
	Acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica e transição para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP/UCI)	

1. OBJETIVO

- a) Identificar as necessidades da família no Serviço de Urgência Polivalente;
- b) Elaborar o Guia de Acolhimento dos familiares da pessoa em situação crítica com previsão de transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP/UCI).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento setorial aplica-se a todos os enfermeiros que desempenham funções do Serviço de Urgência Polivalente.

3. RESPONSABILIDADES

Pela implementação do Procedimento: Enfermeiro Chefe, Supervisora de Enfermagem e Coordenadora do Serviço de Urgência Polivalente.

Pela aplicação do Procedimento: Enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente.

Pela revisão do Procedimento: Todos os elementos incluídos na elaboração, aprovação, implementação e aplicação do presente procedimento.

4. DEFINIÇÕES

O Serviço de Urgência é um departamento hospitalar que presta cuidados de saúde urgentes e emergentes em situações agudas de doença inesperada de uma pessoa, em contexto de

trauma, patologias médicas ou emergências cirúrgicas. Este serviço poderá simbolizar um ambiente traumático para a pessoa e para a sua família/pessoa significativa (Dağ et al., 2016). A família que acompanha a pessoa é parte integrante dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e deverá ser alvo de cuidados pela equipa presente com a implementação de intervenções de Enfermagem sensíveis consoante as suas necessidades avaliadas. Segundo Dağ et al. (2016, citando WHO, 2010), a família espera dos profissionais de saúde o desempenho de intervenções para estabilização do seu familiar bem como que caminhe lado a lado consigo para lidar com este momento de crise. A família da pessoa em situação crítica reage à hospitalização do seu familiar como uma crise e, conseqüentemente, atravessa as tradicionais fases de crise. A teoria de crise afirma que os indivíduos encontram-se numa contínua busca de manutenção de equilíbrio emocional que é constantemente afetada por pressões internas e externas, como a hospitalização, onde se vêm confrontadas com o afastamento do seu maior suporte: o familiar (Leon & Knapp, 2008). Segundo Ridley (2018), citando a WHO, a família é igualmente prioridade nos cuidados, na mesma igualdade que a pessoa e deve ser incluída nos cuidados bem como ser avaliadas as suas necessidades.

A transição para uma situação de doença instável e incerta provoca sentimentos de *stress*, mudança de papéis familiares, medo da morte e a família pode sentir-se desorganizada e desamparada (Dağ et al., 2016). Segundo os mesmos autores, citando Sorocco et al. (2001), devido ao seu fácil acesso à pessoa e sua família, os enfermeiros são desafiados a desempenhar um papel fundamental na implementação de estratégias com a família, providenciando suporte físico e emocional aos elementos presentes.

Segundo Hsiao et al. (2016), um cuidado centrado na pessoa e na família diminui o *stress* familiar e promove a satisfação da pessoa com os cuidados prestados.

A qualidade da relação terapêutica que é estabelecida com o familiar é diretamente proporcional à sua habilidade para lidar com o prognóstico do seu familiar (Botes & Langley, 2016).

Segundo Hsiao et al. (2016), identifica-se que existe uma diferença substancial entre a perceção do familiar e do enfermeiro relativamente às necessidades familiares, bem como existem estudos na literatura que revelam que existe uma variação na perceção dos enfermeiros acerca da sua responsabilidade com a satisfação dessas necessidades – apenas ¼ dos enfermeiros refere que implementa intervenções nesta área. Estudos mais recentes, segundo o mesmo autor, revelam que os enfermeiros sentem que o cuidado ao familiar e satisfação das suas necessidades é exigente, contribui para a sua fadiga e consome muito do seu tempo, devendo utilizar esse tempo no cuidado efetivo da pessoa. Assim, perante esta

evidência, torna-se fundamental o enfermeiro ser veículo de mudança comportamental, transmitir conhecimento atual baseado em evidência científica, realizar supervisão de pares e promover sessões de ensino acerca da temática abordada de modo a implementar precocemente o procedimento setorial efetuado e obter ganhos em saúde da pessoa e sua família, com conseqüente aumento da sua satisfação no cuidado prestado.

Estas intervenções devem ser implementadas no Serviço de Urgência Polivalente o mais precocemente possível, tendo por finalidade a satisfação das necessidades da família, aumentar o grau de satisfação com o serviço prestado e conseqüentemente a sua satisfação com o Serviço Nacional de Saúde. A satisfação da família está diretamente relacionada com o cuidado sensível na satisfação de todas as suas necessidades e com a implementação da totalidade das intervenções de Enfermagem anteriormente referidas (Botes & Langley, 2016).

Futuramente, após validação para a comunidade portuguesa, poderá ser implementado o *Critical Care Family Needs Inventory: Emergency Department (CCFNI-ED)* validado por Redley and Beanland em 2004 que foi desenvolvido para especificar as necessidades da família da pessoa admitida nas salas de emergência.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

WHO - World Health Organisation

6. DESCRIÇÃO

Segundo a evidência científica as necessidades da família incluem comunicação eficaz e empática, informação, proximidade, suporte e conforto. Todos os autores enunciados nas referências bibliográficas relatam essas necessidades e são unânimes nas intervenções de Enfermagem. Assim, sistematiza-se as intervenções de Enfermagem a realizar durante o acolhimento da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência:

- a) Identificar o familiar presente/pessoa significativa; se a pessoa em situação crítica estiver consciente e orientada solicitar consentimento para a partilha de informação com o familiar presente ou questionar quem irá representar a sua pessoa significativa;
- b) Comunicar regularmente com o familiar presente e, tão cedo quanto possível, preferencialmente aquando da chegada do mesmo ao serviço de urgência;
- c) Promover uma comunicação frequente interativa com técnicas de escuta ativa, como clarificação e reflexão, questionar em formato *open-ended* (iniciar questões com Porquê? Como? E se?), observar a comunicação não-verbal do familiar;
- d) Informar regularmente, de forma honesta, o familiar sobre eventuais alterações do estado clínico e avaliar o estado atual do familiar para determinar se é apropriado explicar os potenciais riscos e prognóstico atual;
- e) Permitir, quando possível, a visita do familiar na sala de emergência e a sua permanência. Poder falar com a pessoa em situação crítica e tocar são necessidades do familiar presente. É prioritário a implementação de uma visita imediata e quando a família desejar, com flexibilidade no horário previamente estipulado (implementações de exceções a norma hospitalar);
- f) Transmitir sentimentos de aceitação pela presença física do familiar, valorizando a sua presença e acompanhamento;
- g) Promover continuamente a expressão de sentimentos, medos e dúvidas através de questões e comportamento não verbal de confiança com o profissional;
- h) Prestar esclarecimento sobre o ambiente da sala de emergência, os dispositivos aplicados que está a visualizar, os alarmes, as próximas intervenções a realizar, que tudo está a ser feito para melhorar o estado de saúde do seu familiar e o que o familiar pode fazer durante a sua permanência (avaliar a possibilidade de participar na prestação de cuidados);
- i) Avaliar as suas necessidades de privacidade, alimentação, hidratação, eliminação, ou uma sala privada onde poderá aguardar;
- j) Auxiliar na obtenção de um *significado* para a situação, de modo a fornecer estratégias de *coping* para a ansiedade e stress da crise atual;
- k) Respeitar a identidade cultural, rituais, valores e comportamentos, permitindo a sua implementação na sala de emergência.

Deverá ser efetuado o registo de Enfermagem em aplicativo informático da avaliação efetuada, das intervenções implementadas e dos resultados alcançados. Formação contínua das equipas, auditorias e apresentação de taxas de adesão deverão ser consideradas.

Durante a transferência intra-hospitalar para UCIP/UCI deverá ser promovido o acompanhamento do familiar em conjunto com a equipa multidisciplinar que efetua a transferência da pessoa em situação crítica, transmitir as informações de forma clara sobre o destino, e transmitir através da passagem de informação ao enfermeiro responsável a permanência do familiar no exterior da unidade (identificação e contacto) de modo a que possam proceder à implementação do seu procedimento setorial – acolhimento da família na UCIP.

Em caso de transferência hospitalar para uma UCIP/UCI, pelo facto do familiar não poder acompanhar no transporte, o enfermeiro deverá esclarecer as dúvidas do familiar, fornecendo o contacto da unidade e o horário da próxima visita de modo a que se possa iniciar o acolhimento no serviço de destino e manutenção dos cuidados prestados à família. Na transmissão de informação de Enfermagem ao enfermeiro responsável da UCIP/UCI deverá ser fornecido nome de pessoa significativa, contacto e cuidados prestados.

7. BIBLIOGRAFIA

Botes, M. L. & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39 (1), 1-7.

Dağ, S., Dicle, A. & Firat, M. Z. (2016). Psychometric properties of the critical care family needs inventory-emergency department Gülten. *Applied Nursing Research*, 33, 113-120.

Hsiao, P., Redley, B. & Hsiao, Y. et al. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 2016. 1-6.

Leon, A. M. & Knapp, S. (2008). Involving family systems in critical care nursing: Challenges and opportunities. *Dimension of Critical Care Nursing*, 27 (6), 255-262.

Redley, B., Phiri, L. M., Heyns, T. et al. (2018) Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2813–2823.

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31-46.

Aprovação

Aprovação Técnica

Elaboração

Coordenação

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Publicação de Poster Científico no IV Seminário Internacional do Mestrado
em Enfermagem – “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Inês Moura Neves, em coautoria com Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa e Prof. Doutora Rita Margarida Dourado Marques, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 34** com o tema **“Intervenções de enfermagem de apoio ao luto dos familiares do doente em situação crítica: scoping review”**, no **dia 26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo; PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

ANEXO II

Certificado de Participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem –
“Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **INÊS SANTANA DE MOURA NEVES**, estudante n.º 192020066, participou **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Auxiliar

inesdemouraneves@gmail.com

ANEXO III

Certificado de Participação nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



**VI JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Técnicas de circulação extracorporal
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

INES MOURA NEVES

esteve presente nas **VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2021, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2021

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas