


Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Cuidar da Família Perante a Morte Inesperada da
Pessoa em Situação Crítica**

Artur Manuel Rosa Martins

Lisboa,
2019



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica

Relatório de Estágio

Cuidar da Família Perante a Morte Inesperada da Pessoa em Situação Crítica

Artur Manuel Rosa Martins

Orientador: Professor Adjunto João Veiga

Lisboa,

2019



Aqueles que tiveram a força e o amor
para ficarem ao lado de um
paciente moribundo com o silêncio
que vai além das palavras
saberão que tal momento não é assustador
nem doloroso, mas um cessar em paz do
funcionamento do corpo.

Elizabeth Kübler-Ross

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste relatório de estágio contei com importantes apoios e incentivos, sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estarei sempre grato.

Ao professor João Veiga, pela sua orientação, apoio e disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, pela colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo e por todas as palavras de incentivo.

Aos meus amigos e colegas, que não menciono o nome, mas que sabem quem são, amigos que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio.

Tendo consciência que sozinho nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial à minha querida esposa, Inês, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio incondicional, à Carolina, Leonor e ao Gonçalo, meus filhos a quem foi roubada a minha presença e as horas de brincadeira que espero doravante compensar.

À minha querida MÃE, mulher de força, pelo seu apoio incondicional. Ao meu mano João, companheiro de batalhas infindáveis, obrigado.

Por último, com grande tristeza minha, agradeço ao meu querido PAI, que tão cedo me deixaste, obrigado pela tua força, obrigado por tudo, obrigado por mim.

Muito obrigada.

RESUMO

Este relatório surge da implementação do projeto de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica da ESEL, evidenciando a análise crítica tida ao longo dos dois estágios realizados. Representa a conclusão do desenvolvimento das competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, direcionado para um momento específico, nomeadamente no **Cuidar à família perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica** em contexto de SU e UCI, como nos refere o próprio título” **Cuidar a família perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica**”. Neste contexto, procurou-se escolher dois tipos de serviços, UCI e SU, como fonte de experiências e exigência de cuidados à PSC. Porque a morte é uma questão que afeta profundamente a vida humana, não é possível afirmar que só o **conhecimento** sobre a morte determina o comportamento dos cuidadores. Por esta razão, a **educação** sobre a morte e o aprofundar dos seus conhecimentos, não deve ser apenas um mero transferir de informações, mas também deve ajudar a moldar e desenvolver atitudes positivas e pessoais para a consciência sobre a morte. O olhar para o cuidado de enfermagem, foi direcionado para as necessidades de **conforto** da família estabelecendo uma **relação de ajuda**, possibilitando um maior envolvimento desta na prestação de cuidados otimizando uma maior satisfação, não só da pessoa, mas também do Enfermeiro. A teoria de Katharine Kolcaba foi o percutor que possibilitou o desenvolvimento desta competência. Associar a esta, uma forma de estrutura, como é o protocolo de SPIKES (Buckman, 1984), teve a vantagem de, num formato simples e moldável a cada realidade, ser um instrumento válido e facilitador do processo de comunicação. A reflexão sobre as competências adquiridas conclui esta etapa de formação profissional, assumindo o papel de um enfermeiro que perspetiva agora e no futuro um cuidar eficaz apostado numa atitude holística face à pessoa e família.

Palavras Chave: Doente Crítico, Família, Morte Inesperada, Enfermagem.

ABSTRACT

This report comes from the implementation of the Internship Project in the context of the master's degree in Critical Care Nursing of ESEL, demonstrating the critically analysis taken over two practical contexts. It represents a completion of skills development set for the Specialized Critical Care Nurse, directed at a specific moment, namely, the care for the family towards the unexpected death of the Critically Ill Person in the context of ED and ICU, as stated in its title **"Caring of the family that suffers the unexpected death of the Critically Ill Patient"**. In this context, the two types of services, ED and ICU served as a source of experience and demand for care to the Critically Ill patient. Because death is an issue that deeply affects human life, you cannot say that only the knowledge of death determines the behavior of caregivers. For this reason, education about death and the deepening of their knowledge, should not be a mere transfer of information, but should also help shape and develop positive and individual attitudes to the awareness of death. The look at nursing care was directed to the family's comfort needs establishing a therapeutic relationship, enabling a greater involvement in the provision of care by optimizing greater satisfaction, not only for the patients but also for nurses. The theory of Katharine Kolcaba (1991) was the firing pin which enabled the development of this competence. In Association, using an already structured form, as is the SPIKES protocol (Buckman, 1984), had the advantage of, in a simple format, adaptable to various realities, to be a valid instrument and facilitator of the communication process. The reflection on the skills acquired concludes this training stage, assuming the role of a nurse that perspective now and in the future an effective care focused on a holistic attitude to the person and family.

Keywords: Critically Ill Patient, Family, Unexpected Death, Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO	22
1.1. Cuidar a família perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica	22
1.2. Estado da Arte – Revisão Integrativa da Literatura	32
2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
2.1. Serviço de Urgência.....	41
2.1.1. Objetivos e Atividades.....	43
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos	53
2.2.1. Objetivos e Atividades.....	57
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

Apêndices

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre do curso de mestrado

Apêndice II – Plano de Sessão (SU): Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital.

Apêndice III – Poster LUCAS (SU)

Apêndice IV – Protocolo SPIKES

Apêndice V – Plano de Sessão (UCI) –

1. Dispositivo Compressão Pneumática (LUCAS), quando Trocar?

2. Estratégias de Enfermagem na comunicação de más notícias.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Morte Inesperada Vs Morte Anunciada Pág. 28

LISTA DE ABREVIATURAS

Vs – Versus

Enf^a – Enfermeira

LISTA DE SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EC – Ensino Clínico

ED – Emergency Department

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL – Grupo de Coordenação Local

ICU – Intensive Care Unit

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré-Hospitalar

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica da ESEL, sob a orientação tutorial do Professor João Veiga. Neste procura-se dar resposta aos objetivos delineados pela instituição¹ para a aquisição do grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin² que qualificam o 2º ciclo de formação, mas também o desenvolvimento das competências comuns³ e específicas⁴ definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido de se obter o título nesta área de especialização. Este relatório teve origem na execução de um projeto de estágio, que clarificou o percurso a ter no terceiro semestre do plano de estudos, e deu a conhecer o processo de aprendizagem a desenvolver no estágio de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. Nele constaram os respetivos objetivos gerais, específicos e atividades a desenvolver. O seu desenvolvimento foi centrado num momento específico na área do cuidado especializado à PSC, nomeadamente no **Cuidar à família⁵ perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica⁶ em contexto de SU e UCI**, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, que, segundo Benner (2001) e Benner, Tanner e Chesla (2009), enfatiza a importância da experiência e do domínio das capacidades, na transformação da competência, numa perspetiva evolutiva, tendo como finalidade a otimização da prática de prestação de cuidados. Assim, as decisões sobre a escolha das linhas orientadoras e as opções de estágio foram construídas sobre as necessidades sentidas enquanto

¹ Aviso Nº 1070/2014 de 24 de janeiro, 2014

² Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de março, 2006

³ Regulamento Nº 122/2011 de 18 de fevereiro

⁴ Regulamento Nº 124/2011 de 18 de fevereiro

⁵ Optou-se pela definição de **Família** proposta pela CIPE (2011): “uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (pág.120).

⁶ A ordem dos Enfermeiros (2011b) define a **pessoa em situação crítica** como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2.a série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011).

prestador de cuidados e numa perspetiva de crescimento profissional congruente. O processo de aprendizagem é pessoal, reflexo de vivências e partilha de experiências que influenciam as aprendizagens futuras. Quem aprende acrescenta novos conhecimentos, rentabilizando os já existentes. Este trabalho pretendeu ser a orientação para esse crescimento, para um ganho de competências que permitam a excelência da qualidade dos cuidados a prestar. Estas opções profissionais para o investimento na área de PH, UCI e SUG, permitiram o contato com situações que refletem o tema proposto. A vivência de situações inesperadas traduz um misto de emoções que permitiram crescer enquanto profissional e indivíduo social. Contudo, as que envolvem a morte e os seus paradigmas, ainda hoje e já como enfermeiro perito⁷ são aquelas para as quais não possuo os mecanismos e estratégias de confronto. Neste contexto poder refletir sobre a temática, enriquecer a minha base profissional e identificar o papel do enfermeiro especialista são uma oportunidade de excelência. Foram então delineados os seguintes objetivos gerais: **Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de SU e UCI e Desenvolver competências comunicacionais e relacionais no cuidado à família perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica.** E a partir destes, os seguintes objetivos específicos: **Identificar a dinâmica de organização do serviço e da equipa multidisciplinar**, Cuidar, observando a **qualidade, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional, ética e legal**, **Cuidar da família**, a vivenciar o processo de morte inesperada da PSC, **Realizar a comunicação de más notícias** à família da PSC, utilizando o protocolo SPIKES (Buckman, 1984)⁸ e Contribuir para **a dinamização de estratégias de enfermagem** para o suporte ao luto à família. Perante a natureza desta problemática, considerou-se importante utilizar uma teoria de médio alcance. Conforme referencia Smith (2014), a teoria de médio alcance

⁷ De acordo com Benner (2001), no nível de **Perito**, o enfermeiro “tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (p. 58)

⁸ Protocolo de seis etapas para a comunicação de más notícias designado por **SPIKES**: 1- **Setting**; 2-**Perception**; 3- **Invitation**; 4- **Knowledge**; 5- **Emotions**); 6- **Strategy and Summary**.

“faz parte da estrutura da disciplina de enfermagem e aborda o seu conhecimento substantivo explicando e expandindo sobre os fenómenos centrados no **processo prático do cuidar em enfermagem** (p. 5). Optou-se especificamente na Teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba (1991) – A teoria do Conforto, que é concebido como um estado holístico e complexo de bem-estar, sendo uma experiência subjetiva e uma necessidade humana. Segundo a autora, só faz sentido estudar e aplicar o conceito de conforto se conseguirmos avaliar os resultados da sua implementação, havendo por isso a necessidade de realizar um processo de conceptualização e operacionalização das intervenções. Tendo estes conceitos como ponto de partida, e sabendo também que “a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha (...), elas constituem uma dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados” (Phaneuf, 2005, p.13), considerou-se importante associar os conceitos de comunicação, especificamente a comunicação de más notícias, conforme definida por Buckman (1984) no seu protocolo de seis etapas (SPIKES), conforme já referenciado acima. Este autor define má notícia como sendo “qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro” (Buckman, 1984, p.1597). Entendo que a comunicação é uma **ferramenta indispensável** na transmissão de más notícias e na gestão do seu impacto, em todo o processo de cuidar a pessoa e família. Este relatório tem assim três partes distintas. Após esta introdução que contextualiza o tema, na primeira parte, é apresentado o enquadramento temático, que articula e aprofunda os resultados da pesquisa exploratória e os referenciais de enfermagem considerados para o desenvolvimento do trabalho realizado. Na segunda parte é definido e apresentado o planeamento do percurso de estágio, com a descrição dos contextos respetivos, no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos e a especificação da estratégia de aquisição de competências. Na última parte, apresentam-se as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas consultadas para a realização deste relatório.

1. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO

O enquadramento temático pode ser caracterizado pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Essa ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação pessoal, ou mesmo de um conceito. Contudo, para que o estudo seja realizável e seja perceptível o seu domínio deverá ser delimitado. Para Fortin (1999, p.39), conceptualizar refere-se, então, “(...) a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”. Assim, neste capítulo realiza-se o enquadramento temático sobre os conceitos relacionados com a morte, nomeadamente da morte não esperada, e de que forma se articulam com a intervenção do enfermeiro, alicerçado pela teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1991) e com os conceitos de comunicação e relação de ajuda. Este tema foi também alvo de uma revisão de literatura, que se apresenta em capítulo próprio, onde se pretende observar o estado da arte, com realce para as intervenções especializadas de enfermagem. Com a leitura deste capítulo pretende-se então dirigir o olhar para o suporte teórico que permitiu realizar o percurso de aquisição, desenvolvimento e sedimentar as competências necessárias para cumprir com os objetivos propostos.

1.1. Cuidar a família perante a morte inesperada da Pessoa em Situação Crítica

A morte é um dos acontecimentos que mais gera interrogações na história do homem, existindo muitos pensadores que realizaram inúmeras reflexões acerca da morte e do paradigma à qual está relacionada. Ao longo das últimas décadas, quadros teóricos como os de Glaser & Strauss (1965), Kübler-Ross (1969), Pattison (1977), Corr (1992), Buckman (1993) e Copp, 1996) apresentaram considerações relevantes sobre a morte.

Salientando os trabalhos realizados por Glaser & Strauss (1965) e Kübler-Ross (1969), estes, foram vistos como um novo desafio na abordagem e cuidados prestados pelos profissionais da saúde à pessoa que enfrenta a sua morte iminente. Até então, o foco de investigação da morte e do morrer era centrado sobre a prática encontrada em instituições como, os hospitais, mas baseados na observação por parte dos profissionais de saúde. Com estes autores e especificamente com Kübler-Ross e a sua teoria das fases do processo de morrer que o foco de atenção se transfere para a pessoa a sofrer o processo de morte e correspondentemente para a família.

Assim, segundo a autora, na sua teoria das fases do processo de morrer, ela identifica a primeira fase como sendo a da **negação** e do isolamento, em que as pessoas ao receber a notícia (sobre a morte) ou do tomar de consciência da situação de fase final de vida, tendem a negar a iminência de morte, considerando o diagnóstico errado, e usando outros mecanismos, como o isolamento. Os profissionais de saúde devem compreender esta negação, como um sinal de que a pessoa ainda não está preparada para enfrentar essa realidade. É necessário aceitá-lo como um ser humano, que necessita de tempo e de alguém para partilhar os seus sentimentos de medo, angústia e insegurança. Na segunda fase, de **raiva**, à medida que o seu mecanismo de negação se vai atenuando, a pessoa começa a sentir revolta, inveja e de ressentimento, perguntando “porquê eu?” e invejando a sorte dos outros e exteriorizando a sua hostilidade contra o tratamento, contra os profissionais de saúde e contra Deus. Nesta fase, o meio que o rodeia tem de mostrar muita compreensão e aguardar pacientemente que ele ultrapasse esta fase. A terceira fase, fase de **negociação**, é aquela em que os envolvidos tentam realizar acordos por um pouco mais tempo de vida, podendo esta negociação ser feita com Deus, com os profissionais de saúde ou até com ele próprio. Segue-se a fase de **depressão**, quando se toma consciência das consequências reais da situação. O alheamento anterior, a revolta e a cólera cedem lugar a um **sentimento de perda**, onde já não é possível sequer a **negociação**, enganar os outros ou a si próprio. Esta depressão pode ser também causada e acompanhada de sentimentos de vergonha e culpa. Finalmente, chega a fase da **aceitação**, em que se demonstra capaz de entender a situação, com todas as suas consequências. É neste momento que o

doente e sua família começam a falar claramente na morte, revelando necessidade de rever as suas experiências passadas mais significativas, como forma de dar sentido à vida e à morte. A aceitação não exclui a esperança num pequeno milagre ou tratamento novo. Estes conceitos tiveram contribuições significativas para a prática clínica, permitindo que os profissionais de saúde considerassem algumas questões importantes sobre esta temática. Em particular, eles forneceram os meios para uma nova análise das atitudes e do comportamento dos profissionais de saúde em relação às pessoas em fim de vida e suas famílias. Posteriormente em 2002, a autora Kübler-Ross, identifica que a família passa efetivamente pelas mesmas fases do processo de morrer que as pessoas doentes, mas estas não ocorrem necessariamente de modo idêntico em todos os membros nem em simultâneo com a pessoa em processo de morte. A família “quando enfrenta a doença, e em particular se esta tem mau prognóstico, passa por sentimentos de ansiedade, *stress*, angústia, devido à ameaça sentida, ao desconhecimento da evolução da situação e das necessidades de mudança” (Augusto et al, 2005, p. 42). Face a este processo, a família sente a morte como sofrimento, uma ameaça e uma perda, que lhe acarreta duas funções, a de vivenciarem o processo de fim de vida do seu familiar e a de elaborar o seu processo de luto. A essa morte seguem-se reações de dor, que podem surgir numa sequência previsível, ou não. “Às vezes só se sente a intensidade da perda sofrida meses depois e a pessoa enlutada nem sempre compreende que essa experiência é perfeitamente normal” (Macmillan, Hopkinson, Peden & Hycha, 2000, p. 150). Considera-se então de tal forma importante a intervenção do enfermeiro nesta fase que, conforme consta no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, está a seguinte competência: “Assiste a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, complementada pelos critérios de avaliação específicos, nomeadamente: “Demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (OE, 2010b, pág. 3). O cuidado de enfermagem, direciona-se assim para um suprimento das necessidades de **conforto** da família estabelecendo uma **relação de ajuda**⁹, possibilitando um maior envolvimento desta

⁹ Para Phaneuf (2005), A relação de ajuda é uma troca, tanto verbal como não-verbal que permite criar o clima de que a

na prestação de cuidados otimizando uma maior satisfação, quer da pessoa, quer do Enfermeiro, tendo estes resultados impacto, até na forma como a instituição de saúde é avaliada, em termos de integridade e qualidade (Kolcaba, 2001). Efetivamente, o ambiente onde encontramos a Pessoa em Situação Crítica, nem sempre permite o estabelecimento desta **relação de ajuda**, já que este conceito se reveste de um sentido vasto. Para Brammer, citado por Lazure (1994, p. 14) “é uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”. Para que esta relação exista o Enfermeiro deve “estar” disponível para aquele que vai usufruir dos seus cuidados. Este “estar” assume mais importância do que a própria expressão, na qual o Enfermeiro deve ir além da tarefa, tal como refere Lazure, e permitir à pessoa não só a presença física de um técnico, mas também de um profissional, em todo o seu ser, consciente do contacto com aquele que é incitado à busca de soluções (1994, p. 14). No contexto decorrente do desenrolar do presente trabalho, a introdução da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1991), surgiu de forma natural, uma vez que para as situações descritas e relacionadas com os cuidados em fim de vida e apoio no luto a família, o conforto tem grande importância e poderá ser o alicerce na prestação de cuidados. Verifica-se efetivamente uma mudança de foco, em relação ao sujeito de cuidados quando a pessoa em situação crítica morre e o conforto, tendo em conta as vertentes do conforto clarificadas pela autora, continua a fazer parte do cuidar¹⁰ dos que ficam, nomeadamente a família. Clarificando, **o Conforto**, segundo esta autora é definido para a Enfermagem como a satisfação das necessidades humanas básicas para **alívio, a tranquilidade ou a transcendência** decorrente de situações de cuidados de saúde que são estressantes. (Kolcaba, 1994). Segundo o Oxford English Dictionary (1989), referenciado por Kolcaba (1991), a etimologia da palavra *comfort* é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. Com é originado de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte. Neste sentido, conforto significa **forte em conjunto**. Os pressupostos da **teoria do conforto**

pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico.

¹⁰ Para Hesbeen, Cuidar, traduz-se na capacidade “... de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele” (Hesbeen, 2000, p.7).

assentam em três princípios, nomeadamente: que os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos, que o conforto é um resultado holístico desejável, que é fundamental para a disciplina de enfermagem e que os seres humanos se esforçam para encontrar ou satisfazer as suas necessidades básicas de conforto, muito para além da ausência de dor ou outros desconfortos físicos. Ainda, segundo a autora, ela refere que estes três estados de conforto, se desenvolvem em quatro contextos: **físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental**. O contexto físico diz respeito às sensações corporais e inclui aspetos como o descanso, relaxamento, níveis de eliminação, hidratação, oxigenação, dor e posicionamentos. O contexto sociocultural remete para as relações interpessoais, **familiares e sociais**, sendo de vital importância a existência desta rede de apoio para otimizar a intervenção dos Enfermeiros no delinear de estratégias para ultrapassar os sentimentos de perda e angústia. O contexto psicoespiritual fala da consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior, ou seja, uma religião. O contexto ambiental envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio, ou seja, agentes facilitadores ou constritores da implementação das intervenções de enfermagem, devendo o Enfermeiro planear e alterar as condicionantes, possíveis de alterar, no ambiente, otimizando a sua atuação com melhores resultados previsíveis. Assim, podemos olhar para o conforto como o resultado dos cuidados de enfermagem tecnicamente competentes e da capacidade de aceder aos recursos necessários e que influenciam o processo de tomada de decisão sobre as pessoas doentes. Cuidados estes que na maioria das vezes são subtis, quase invisíveis, mas que, mesmo “ocultados e reduzidos pela tradição e ideias preconcebidas sobre os cuidados de conforto, confortar pode ser uma experiência árdua, mas compensadora na vida do enfermeiro (Oliveira, 2008). Com a introdução destes três estados de conforto, fica também completa a estrutura taxonómica da teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que é constituída por 12 células (3 estados de conforto que se cruzam com os quatro contextos da experiência), mas todas estas células são interdependentes, ou seja, uma mudança numa delas provoca uma mudança nas outras. (Kolcaba, 1992). Assim, neste trabalho, esta teoria, surge no intuito de explorar a problemática do conforto numa

perspetiva de cuidados humanizados. Estou convencido que o conforto faz parte integrante dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, desde o nascimento até aos cuidados de enfermagem em fim de vida, devendo o enfermeiro assumi-lo como expoente máximo do cuidar. Com a aplicação destes conceitos, salienta-se ainda que, segundo a autora, só faz sentido estudar e aplicar o conceito de conforto se conseguirmos avaliar os resultados da sua implementação, havendo por isso a necessidade de realizar um processo de conceptualização e operacionalização das intervenções. Tendo como meta o atingir o estado de conforto, no cuidar da família da PSC que sofre uma morte não esperada, faz salientar a importância da necessidade de refletir sobre a temática da morte e da importância na antecipação das intervenções de enfermagem. Considera-se por isso importante que os enfermeiros compreendam como os seus conhecimentos e atitudes sobre a morte, afetam a qualidade dos seus cuidados em pessoas e famílias a sofrer com uma morte não esperada.

Porque a morte é uma questão que afeta profundamente a vida humana, não é possível afirmar que só o conhecimento sobre a morte determina o comportamento dos cuidadores. Por esta razão, a educação sobre a morte e o aprofundar dos seus conhecimentos, não deve ser apenas um mero transferir de informações, mas também deve ajudar a moldar e desenvolver atitudes positivas e pessoais para a consciência sobre a morte. Direcionando o foco destes conceitos para aquilo que são os objetivos delineados, importa então clarificá-los. A morte, conforme já se falou atrás, pode ser vista de várias perspetivas. Assim, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®], 2015), é definido o conceito de morte como sendo um processo corporal, com as seguintes características específicas: cessação da vida, redução gradual ou súbita dos processos corporais, levando ao fim da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração ou da atividade cerebral. Sendo esta definição praticamente restrita ao biológico, desprovida das conceções abordadas neste trabalho, é importante apenas para relacionar com os outros conceitos aqui apresentados. Assim, sistematizando um pouco mais, associa-se a esta, neste trabalho, o conceito de **Morte Súbita** como sendo aquela que é **imprevista**,

inesperada, e que ocorre com pouco ou nenhum aviso, e que deixa sobreviventes, não preparados para a perda. Ela pode ter origem no agravamento de uma lesão ou suicídio inesperado ou mesmo uma causa médica, como um problema cardíaco, acidente vascular cerebral, infecção generalizada, intoxicação, ou hemorragia maciça (Iserson, 2000). Para a temática em estudo estas definições simples trazem uma luz para a necessidade de planejar as intervenções do enfermeiro para o **cuidar da família da PSC**. Importa clarificar ainda uma outra definição, a de **morte anunciada**, mais direcionada para o cuidado paliativo¹¹, não sendo por isso alvo de desenvolvimento neste trabalho. Mas a diferença entre as duas é esclarecedora quanto às necessidades para o cuidar na morte inesperada, conforme se pode ver no quadro abaixo:

Quadro 1 - Morte inesperada vs morte anunciada

Características	Morte Inesperada	Morte Anunciada
Idade da Pessoa	Qualquer idade: mais comum em crianças, adolescentes, jovens adultos e meia-idade	Mais comum em idosos
Momento da morte	No momento ou logo após o evento	Meses ou anos após o diagnóstico
Presença dos familiares	Habitualmente não estão presentes no momento. Começam a chegar gradualmente	Frequentemente presentes no local da morte e conscientes da chegada da morte
Reação dos familiares	Negação, choque, luto, desorganização, agressividade, medo desespero	Luto, tristeza
Procedimentos de Ressuscitação	Normalmente são iniciados	Raramente iniciados; frequentemente existem diretivas avançadas
Rituais da família pós-morte	Normalmente não estão planeados	Muitas vezes planeados, até pela pessoa que faleceu, em antecipação da morte

Adaptado de: West J., 2000. "Notifying survivors about sudden, unexpected deaths". p.263

¹¹ Os Cuidados Paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002), e mais tarde, segundo a European Association for Palliative Care (EAPC) (Radbruch et al, 2009), são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (Radbruch et al, 2009; WHO, 2002, 2009).

Analisando as características observadas no quadro anterior, verificamos que a população mais frequentemente afetada por mortes inesperadas é a de idade mais jovem, comparativamente com a morte anunciada em que são de idade mais avançada, e são normalmente associadas a causas traumáticas e de doença súbita, conforme descrito por Iserson (2000). Um dos resultados que podemos extrair, tem a ver a presença dos familiares e da sua preparação para este evento. Para a mesma reação, que é o **luto**, a falta de preparação e o confronto abrupto com a realidade da situação, faz com que os profissionais que assistem ao processo de morte da pessoa afetada e prestam cuidados de forma holística, envolvendo os familiares, têm de ter desenvolvidas as competências para conseguir responder de forma adequada, humana, profissional e eticamente digna para todos os envolvidos, a pessoa em processo de fim de vida e os seus familiares. Como tal, e para compreendermos a relação entre os conceitos, o **Luto**, pode ser definido como sendo um conjunto de reações que ocorrem em consequência de uma perda significativa e envolve um processo de recuperação e reparação psíquica perante mudanças e situações que acarretam perdas e provocam desequilíbrio, afetando a ideia que temos de nós próprios, da vida e do mundo (Parkes, 1998) É um processo que envolve vários sentimentos e processos emocionais, com fases e características específicas. Se o luto não for vivenciado adequadamente, pode tornar-se prolongado (ou patológico, ou complicado) (Barbosa, 2010). Estima-se que o **luto prolongado** atinja 10 a 20% dos *enlutados*, e é definido na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013) como uma perturbação que se manifesta pela permanência (mais de seis meses) de vários sintomas, e que causa incapacidades consideráveis em várias esferas: trabalho, saúde e vida social (American Psychiatric Association, 2013, p. 789). Salieta-se assim a importância de um acompanhamento inicial de qualidade e individualizado, diminuindo a probabilidade do luto prolongado. Importa acrescentar, do ponto de vista das intervenções de enfermagem, que o processo não começa apenas quando a pessoa efetivamente morre, devendo a preparação iniciar-se na antes da perda. Esta antecipação é fundamental na reorganização da vida da família, dadas as necessidades que esta apresenta (Parkes, 1998). No Código Deontológico dos Enfermeiros no Art.º 105º, na sua alínea a) define que o Enfermeiro deve “informar o individuo e a família, no que respeita aos cuidados de

enfermagem”, o que enaltece a importância da **comunicação**. No entanto, o respeito pela autonomia e liberdade da pessoa, são também um foco para a prestação de cuidados de forma congruente, tendo em conta que temos dois tipos de sujeito de cuidados, a pessoa em situação crítica e a família, ou seja, as informações dos próprios são respeitantes aos próprios. Sendo o nosso sujeito de cuidados, a PSC, devemos assegurar que a informação é facultada de acordo com a sua vontade, no que a ele diz respeito. Orientando estes ideais para a realidade da pessoa em situação crítica, em risco de morte iminente ou tendo já falecido, a comunicação da **má notícia**¹² à família, pode recair sobre o princípio da beneficência, ou seja, referenciando para o seu significado, que é fazer o bem, não apenas do ponto de vista médico, mas também sobre o que a família considera benéfico, através de uma intervenção multidisciplinar, fazendo uso de todos os conhecimentos e meios disponíveis de forma a contribuir para um processo de Luto adequado.

A comunicação é assim uma das principais ferramentas do Enfermeiro e estando este dotado de um conjunto de competências e estratégias, tem a possibilidade de proporcionar calma, tranquilidade e o ambiente mais favorável para atingir o conforto dos doentes, no sentido de os tranquilizar e aliviar o stress (Kolcaba, 1995). O Enfermeiro deverá ser capaz de construir um espaço onde seja possível falar acerca da situação que provoca desconforto, através da utilização de competências de relação interpessoal e comunicação, permitindo um aumento do conforto psicoespiritual (Ribeiro, 2012). A comunicação de uma má notícia e a gestão do seu impacto é um processo difícil, complexo, gerador de stress, ansiedade e desconforto para a grande maioria dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde. Pode ser dificultado por algumas barreiras, relacionadas com as características diferentes dos seus intervenientes (histórias de vida, crenças e valores) mudando a forma da própria comunicação a da apreensão da informação. Segundo Phaneuf (2005, p.23) a comunicação é

“um processo de criação e de recriação de informação, de troca, e de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal, e de modo mais global pela

¹² O autor Buckman (1984) define má notícia como sendo “qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro” (Buckman, 1984, p.1597).

maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e (...) a criar laços significativos com ela”.

A comunicação e a relação de ajuda são consideradas como fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, em que a comunicação é uma ferramenta essencial para o estabelecimento da relação de ajuda (Phaneuf, 2005). A este respeito, Lazure (1994) defende que a enfermagem é, essencialmente, uma profissão de ajuda, exercendo a sua ação junto da pessoa através da relação de ajuda. A comunicação é como que o suporte das ações dos enfermeiros, pois é através da comunicação com o doente e/ou família que o compreendemos como um todo, atendendo às suas necessidades, preferências e à sua tomada de decisão. Entende-se assim que a comunicação, não só, é uma **ferramenta indispensável** na transmissão de más notícias e na gestão do seu impacto, mas que está presente em todo o processo de cuidar a pessoa e família. “A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha (...), elas constituem uma dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados” (Phaneuf, 2005, p.13). Provavelmente não existe uma fórmula exata, mas o autor Buckman (1992) propõe um protocolo de seis etapas para a comunicação de más notícias designado por SPIKES:

- 1- **Preparar o local** que deve ser promotor da privacidade, quem deve estar presente, começar com atitudes cordiais, estabelecer contacto visual (**S**etting);
- 2- Identificar a **perceção** sobre a situação (**P**erception);
- 3- Identificar o **quanto** quer saber (**I**nvitation);
- 4- **Fornecer a informação**, avisando que se trata de uma má notícia, transmitir a informação de forma gradual, com linguagem clara (**K**nowledge);
- 5- **Responder empaticamente** às questões e emoções do doente (**E**motions);
- 6- Planear o **acompanhamento** posterior (**S**trategy and **S**ummary)

Este processo de transmissão de más notícias pode ser visto como uma tentativa de alcançar quatro objetivos essenciais. O primeiro é recolher informação necessária. Isto permite ao enfermeiro determinar o conhecimento da família e quais as suas expectativas e preparação para ouvir a má notícia.

O segundo objetivo é providenciar informação inteligível, de acordo com as necessidades e desejos da PSC, salvaguardando a sua autonomia e liberdade.

O terceiro objetivo é apoiar a família utilizando estratégias para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo recetor da má notícia.

O último objetivo é o de desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de acompanhamento, se a família assim o desejar. Em suma, com a realização deste trabalho propõe-se um importante instrumento para a orientação na afirmação dos objetivos traçados e validação do planeamento necessário a execução do estágio e respetivo relatório, para o tema escolhido.

O percurso traçado para a concretização dos objetivos definidos para este trabalho foi idealizado prevendo a ligação entre dois conceitos. Primeiro, dentro da comunicação, utilizar o conceito da comunicação de más notícias, associado ao protocolo de SPIKES, proposto por Buckman (1984), como estratégia estruturante para as intervenções do enfermeiro que cuida da família sujeita a um processo de luto pela morte da PSC, seu familiar. Em segundo lugar sustentar o cuidar com os conceitos presentes na Teoria de conforto apresentado por Kolcaba (1991) como base para o desenvolvimento inerente das competências especializadas necessárias para um **Cuidar** individualizado.

1.2. Estado da Arte – Revisão Integrativa da Literatura

De forma a enriquecer o percurso definido em fase de projeto e sustentar com a melhor evidência científica a estrutura deste relatório, tendo como base o protocolo construído previamente, foi realizada uma revisão da literatura, que visa identificar as intervenções de enfermagem que melhorem o suporte no processo de luto inicial, na morte não esperada do doente crítico, em ambiente hospitalar.

Cumprindo com os critérios de inclusão, foram selecionados um total de 28 registos: 24 indexados na base de dados de CINAHL e 4 indexados na base de dados MEDLINE, não havendo artigos duplicados. Foram retirados 2 por falta de texto completo o que reduziu este número para 26. Os artigos restantes foram sujeitos a uma avaliação de texto completo dos quais **10 artigos** foram incluídos como elegíveis. Os artigos que constituem esta revisão foram publicados entre 1995

e 2017 e incluíram uma combinação de estudos quantitativos (n = 2), estudos qualitativos (n = 8). Foi construída uma tabela para a extração de dados, conforme o Manual para Revisores do *Joanna Briggs Institute* (2014), que tem como objetivo resumir de forma lógica os resultados que vão ao encontro dos objetivos e das questões desta revisão, bem como os critérios de inclusão e exclusão.

Após a leitura integral dos artigos selecionados e utilizando uma abordagem indutiva¹³ emergiram, dos resultados obtidos da análise, três temas que se relacionam e reforçam os objetivos delineados. São estes:

- **Identificação das Emoções e experiências do enfermeiro no cuidar do doente e família durante o processo de morte;**
- **Delinear estratégias e organizar os serviços de Cuidados Intensivos no apoio ao processo de luto**
- **Influência da experiência profissional e formação / educação do enfermeiro no cuidar da família em processo de luto.**

Apresenta-se de seguida uma análise aos artigos encontrados no âmbito desta revisão, considerados relevantes, e que salientam as ideias mais importantes que se relacionam com os três temas identificados. Assim, no artigo elaborado por McClernent (1995), com o tema “*Expert nursing behaviors in care of the dying adult in the intensive care unit*”, foram identificados alguns comportamentos após a análise comparativa de conteúdo constante das entrevistas transcritas com os enfermeiros especialistas envolvidos neste estudo. Especificamente, no que diz respeito, sobre as suas necessidades (**da família**) dos doentes em processo de morte, vêm reforçar a importância da necessidade de **informação (à família)** para a redução do potencial de arrependimento futuro. Este estudo demonstra ainda a importância do cuidado de envolver a família em todo o processo de morte como facilitador de um processo de luto adequado, favorecendo e utilizando o conforto como estratégia

¹³ Para Lakatos e Marconi (2003, p.86): Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

facilitadora do cuidado. Num outro estudo com o título *“El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico”* de M. Galvez González et al (2010) que tem como objetivo principal conhecer as experiências e atitudes do profissional de enfermagem perante o fenómeno da morte na unidade de cuidados intensivos, veio salientar a importância de uma **comunicação efetiva**, com base da **relação de ajuda**, para a promoção de um cuidado de qualidade, fazendo transparecer a importância de envolver a família no cuidado. Por outro lado, acrescenta ainda que a experiência profissional se revela, nos resultados deste estudo, como fundamental para a gestão do processo de morte nos cuidados intensivos, uma vez que diminui o trabalho emocional e influencia de forma informal na tomada de decisão. Os profissionais entrevistados colocam ênfase especial na necessidade que a família tem em ser informada e na importância da comunicação interprofissional efetiva. O uso de uma **linguagem clara e adaptada** na **comunicação** do cuidado afeta diretamente a relação profissional-doente. **De facto, uma boa comunicação entre profissionais de saúde, doentes e membros da família foi identificada como o fator mais importante nos cuidados de saúde fornecidos aos doentes em processo de morte admitidos na unidade de cuidados intensivos.** Em novo estudo, com o tema *“Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos”*, realizado em 2011, os mesmos autores referem que à luz dos resultados, deste estudo, devemos apostar numa profunda remodelação das unidades de cuidados intensivos e optar por modelos focados na família, que foquem o relacionamento do doente-profissional. Embora seja um desafio para a cultura biomédica atual, integrar as famílias em unidades de cuidados intensivos deverá ser uma prioridade, não só para os doentes em processo de morte, mas também para os que têm possibilidades de alta clínica. O envolvimento familiar nos cuidados mais básicos do doente pode ajudar a "fechar a lacuna" entre a UCI e o cuidado prestado noutros serviços. Este estudo é importante porque aponta algumas soluções para a resolução do problema da comunicação, ou seja, em relação à necessidade de informação a fornecer a família: "durante a informação médica, o enfermeiro deve de estar presente para saber o que fazer e fornecer do seu ponto de vista. Temos que afirmar ter uma área de informação própria. Em

relação à organização dos serviços, "aqui deve haver uma espécie de espaço próprio, um lugar criado para haver um acompanhamento familiar. Devendo as instituições ser cada vez mais responsabilizadas para que isto aconteça. Acrescenta ainda que devem ser criados Protocolos: "Tal como existem protocolos de fibrinólise, deve haver um tipo de protocolo para que a resposta não seja aleatória e dependente de com quem estamos. A existência de protocolos é importante, especialmente aqueles que têm a ver com a família e a morte. Dada a importância deste problema e a simples abordagem que este estudo faz, é feita a sugestão de concluir esta pesquisa com outros estudos em que se aprofunde a temática das barreiras de comunicação existentes na equipe, as dificuldades que surgem no momento de informar a família e possíveis estratégias de comunicação.

Mary Beiermann, Peggy Kalowes, Melissa Dyo e Amanda Mondor (2017) no estudo *"Family Members' and Intensive Care Unit Nurses' Response to the ECG Memento During the Bereavement Period"* estabeleceram três objetivos distintos: Estudar a experiência de luto para famílias na UCI, medir a percepção dos enfermeiros quanto aos cuidados de fim de vida e avaliar o impacto da "ECG memento" pelas famílias e enfermeiros. Na prática, o "ECG memento" é utilizar uma tira de ECG protegida dentro de um cartão de condolências para ser utilizado como um objeto de transição para famílias que tinham experimentado a perda de um ente querido. Embora este estudo tenha uma limitação importante que tem a ver com a percepção da família da sua experiência no hospital, sendo esta a razão principal apontada e que justifica a diferença em algumas famílias cujos entes queridos tiveram um internamento mais prolongado na UCI (média, 9,5 dias), em comparação com a maioria dos doentes na *coorte* de estudo. Outros fatores podem ser a percepção da família de como os enfermeiros são atribuídos para cuidar de seu membro da família e a sua percepção de quanto tempo o enfermeiro passa com a sua família. Além disso, as UCI deste estudo, têm quartos individuais para doentes, permitindo mais privacidade e tempo com a família. Assim, isso não deve ser um fator atenuante que influencia a experiência das famílias. Neste estudo é referenciada a **morte inesperada** e que existe uma estratégia adicional identificada, sendo dado o exemplo da expressão "Eu sinto muito pela sua perda", podendo esta ser a ponte para abordar a família a

sofrer o processo de luto. Relativamente a esta intervenção, uma lição importante foi aprendida. É que para a colocar em prática o enfermeiro tem de estar disponível, quer em termos de tempo, quer emocionalmente e por isso, obviamente, pela falta de disponibilidade é impossível fazer este acompanhamento e pelas características individuais, nem a todos apela para a utilizar. Salieta assim que a educação da equipa de enfermagem na avaliação do envolvimento familiar para o cuidar no luto é um passo importante na prestação de cuidados terminais eficazes. Como conclusão do estudo este referencia que os enfermeiros têm o potencial para influenciar a experiência do doente em processo de fim de vida e da sua família de forma significativa. Hinderer (2012), num estudo qualitativo com o tema *“Reactions to Patient Death. The Lived Experience of Critical Care Nurses”* com o objetivo de explorar as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos com a morte dos seus doentes, tem conclusões similares às do estudo anterior, ou seja: os enfermeiros de cuidados intensivos beneficiariam de formação continua na criação de estratégias saudáveis sobre como lidar com o processo de morte e com as emoções que isso acarreta. Embora isso já seja feito em algumas escolas de enfermagem e em algumas instituições que prestam cuidados de saúde, não é de todo generalizado. Dá importância efetiva ao facto que, mais pesquisa sobre as experiências dos enfermeiros de cuidados intensivos relacionados com o lidar com o processo de morte da pessoa doente é necessária. Quanto mais os enfermeiros têm conhecimentos sobre estas estratégias, melhor desenvolvem competências para cuidar também com a família dos doentes a sofrer o processo de morte. Por fim, os enfermeiros necessitam de sistemas de apoio adequados dentro do seu ambiente de trabalho de forma formal e informal para os ajudar a lidar com a perda do doente. Este tipo de cuidados, em ambiente de cuidados intensivos passam por situações intensas e assim, por sua vez, vamos também promover relações de trabalho mais saudáveis. Embora se deva levar em consideração as limitações deste estudo, ou seja, o facto de ser uma amostra homogénea, o que limita a generalização, o facto de ser uma amostra pequena e a existência de uma relação prévia do pesquisador com os participantes, importa acrescentar que a demografia dos participantes foi coerente com a demografia da unidade envolvida no estudo e que os enfermeiros que se voluntariaram para participar neste estudo serão os que referiram sentir-se

mais confortáveis para discutir os seus sentimentos pessoais relacionados com a morte e assim fazer transparecer as mesmas necessidades, já descritas noutros estudos constantes desta revisão.

Kurian et al (2014) no estudo *“Intensive Care Registered Nurses’ Role in Bereavement Support”* acrescenta que o Enfermeiro Iniciado (Benner, 2001), ainda numa fase de integração na UCI, pode ter pouca experiência, quer seja relacionado com a sua formação de base, quer seja pela sua experiência pessoal. Como resultado disso, poderá ter maior dificuldade em dar apoio às famílias a sofrer o processo de luto. Isso cria a necessidade de um foco contínuo na formação, acompanhamento e avaliação dos programas e estratégias para que possibilitem determinar as mudanças necessárias. Por outro lado, os enfermeiros da UCI que receberam o treino do programa de apoio ao luto, avidamente concordaram que, os enfermeiros deveriam estar envolvidos no início e manutenção do contato com as famílias recém enlutadas. A realização deste estudo ajudou a identificar a perceção dos enfermeiros da UCI sobre o cuidar das famílias a sofrer um processo de luto e os resultados obtidos foram utilizados para justificar a continuação do programa-piloto existente no serviço analisado, desenvolver o conteúdo do programa e justificar a expansão do programa para outras áreas de atuação. Como Recomendação, este estudo salienta ainda a importância da existência de um espaço privado que possibilite a comunicação com a família. Este espaço serve de apoio a prática dos enfermeiros para realizar o processo de seis etapas preconizado neste estudo: **1.** informar a família da morte; **2.** dar o tempo necessário para o processo de luto da família e garantir espaço para perguntas; **3.** discutir a doação de órgãos se apropriado; **4.** oferecer à família o folheto de apoio ao falecimento; **5.** Identificar as necessidades dos membros da família para obter informações, tanto clínicas quanto práticas; **6.** prestar assistência espiritual e apoio através da presença de um capelão, o que se aproxima do protocolo de SPIKES, proposto por Buckman (1984) e referenciado já neste trabalho como sendo uma possível estratégia de intervenção do enfermeiro.

Nancy (2002) no estudo *“Critical Care Family Members’ Satisfaction with Bereavement Experiences”* utilizando um método de análise textual guiado pela

filosofia da fenomenologia hermenêutica de Heidegger¹⁴, discute as experiências do processo de luto que ocorrem pouco antes da morte e após a morte de um familiar numa unidade de cuidados intensivos. Este estudo recomenda a utilização de estratégias pré-definidas como forma de diminuir a carga emocional do enfermeiro, no cuidar da família a sofrer um processo de luto. Os diálogos dos membros da família dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos deram perspectivas ricas sobre questões relativas à família em luto. Dada a complexidade dos fatores que podem influenciar a sua satisfação com as experiências de luto, realizar pesquisa adicional é necessária a respeito dos fatores que são entendidos como úteis e satisfatórios e aqueles percebidos como inúteis ou insatisfatórios. Uma grande barreira para a amostragem das populações de luto não é a disponibilidade dos participantes, mas a vontade dos pesquisadores para abordar o tema sensível do luto. Temos que examinar as nossas crenças pessoais e sentimentos sobre a morte quando nos envolvemos com a investigação sobre o luto. Os profissionais de saúde podem estar relutantes em lidar com as emoções associadas à pesquisa de luto. Este estudo inicial é o começo do discurso na esperança de encontrar respostas. Famílias que enfrentam a morte estão em risco potencial para problemas de saúde física e psicológica. Embora seja irrealista esperar que os enfermeiros de cuidados intensivos consigam abordar todos os aspetos das necessidades da família quando a morte ocorre, stressores associados ao experienciar do luto podem ser reduzidos, se as intervenções forem apropriadas e oportunas.

Em resumo, os resultados desta revisão vão de encontro ao que foi referenciado na pesquisa exploratória, reforçam a necessidade de que para o desenvolvimento das competências especializadas nesta área, têm que coexistir vários fatores. São eles a existência de formação / educação específica com estratégias já delineadas e que diminuam a carga emocional do profissional, uma organização nos serviços que seja facilitadora do envolvimento das famílias nesta fase do cuidar e a experiência prévia do enfermeiro como base fundamental para garantir o cuidar de qualidade, individualizado e dito holístico.

¹⁴ Com o pensamento fenomenológico hermenêutico desse filósofo salienta-se que há uma experiência e constatação que inspira uma busca, razão da existência do estudo.

2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão sobre as competências adquiridas e a adquirir torna-se inevitável e ocupou um lugar importante no trabalho desenvolvido. Le Boterf (1995) articula entre três eixos a sua definição de competência: a própria pessoa, com tudo o que traz *per si*, aquilo que já aprendeu pela sua formação educacional e, obviamente, pela sua experiência profissional. A ideia subjacente a este modelo é o associar daquilo que o indivíduo é e traz consigo e do impacto que a própria sociedade tem ou pode ter no desenvolvimento das suas capacidades. Este conceito, aliado à definição de enfermeiro perito de Benner (2001), ou seja, que este deve dominar o conhecimento, fundamentado e aprofundado pelo saber concreto da situação, contextualizando-o de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística, materializa a necessidade de unirmos o conhecimento teórico e conceptual com o adquirido a partir da prática, de forma a evoluir e alterar de forma positiva o próprio paradigma da profissão. Neste capítulo pretende-se assim descrever e analisar, de forma crítica, as atividades planeadas e executadas para o período de estágio.

A decisão de selecionar dois campos de estágios distintos foi construída sobre as necessidades sentidas, enquanto prestador de cuidados e numa perspetiva de crescimento profissional congruente. O início e desenvolvimento de um projeto, nomeadamente um projeto de estágio, prendeu-se com a identificação das questões relevantes que constituem em si a intenção do próprio projeto, sendo depois desenvolvidos pelas atividades “previamente planeadas com os alunos e das quais resultam produtos finais que demonstram as respostas desejadas pelos alunos e, conseqüentemente, materializem as mudanças neles conseguidas.” (Ferreira, 2009. p.144). Assim, o percurso iniciou-se primeiramente no Serviço de Urgência e posteriormente numa Unidade de Cuidados Intensivos. Ambos são dirigidos para o cuidar à PSC, como previsto no regulamento do curso e foram considerados estes contextos como uma oportunidade para o desenvolvimento das competências específicas para a

prestação de cuidados de enfermagem em várias etapas do cuidar da PSC. Os contextos serão apresentados por essa ordem, clarificando quanto aos objetivos gerais e específicos, o que inerentemente será relacionado com as competências comuns e específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido de se obter o título nesta área de especialização, conforme referenciado atrás. De forma a melhor enquadrar este percurso far-se-á uma descrição resumida dos serviços. Assim, foram delineados como objetivos gerais: ***Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de SU e UCI e Desenvolver competências comunicacionais e relacionais no cuidar da família perante a morte inesperada.*** Tendo como base os objetivos gerais apresentados, foram elaborados os seguintes objetivos específicos. Os primeiros dois objetivos relacionados com as competências direcionadas ao título de mestre e especialista e os restantes com o foco no tema deste projeto: **Identificar a dinâmica de organização do serviço e da equipa multidisciplinar;** Cuidar, observando a **qualidade, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional, ética e legal;** **Cuidar da família,** a vivenciar o processo de morte inesperada da PSC; **Realizar a comunicação de más notícias** à família da PSC, utilizando o protocolo SPIKES (Buckman, 1984); Contribuir para **a dinamização de estratégias de enfermagem** para o suporte ao luto à família.

Os objetivos específicos, que advêm dos objetivos gerais acima referenciados, serão apresentados e analisados dentro de cada subcapítulo dos contextos clínicos referenciados. O período de prática foi cumprido, respetivamente, no Serviço de Urgência (SU) no período de 25 de setembro de 2017 a 01 de dezembro de 2017 e no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de 01 de dezembro de 2017 a 05 de fevereiro de 2018, conforme o cronograma presente no Apêndice I.

2.1. Serviço de Urgência

O serviço em causa apresenta-se como uma Urgência Geral Polivalente¹⁵ na área de Lisboa. Constituído por diversos sectores (triagem, área de Laranjas, vermelhos, pequena cirurgia, entre outros), dividindo-se em área para utentes em ambulatório e área de internamento (SO). A primeira é composta pelos sectores de atendimento de utentes em situação urgente / emergente de acordo com a triagem de prioridades de Manchester¹⁶ com duas salas de reanimação com capacidade para avaliação e estabilização de três pessoas em simultâneo, a sala maior (com capacidade para assistir ao mesmo tempo duas pessoas) está dedicada à abordagem da pessoa vítima de trauma, uma vez que se encontra preparada e capacitada para ambiente de imagiologia além dos elementos de estabilização de parâmetros vitais presentes em ambas as salas de reanimação, nomeadamente meios de monitorização (monitores multi-parametros / desfibrilhadores) e ventilação invasiva, assim como material organizado num sistema de carros (reanimação, técnicas invasivas) necessários à prestação de cuidados neste âmbito. Continuando, em regime ambulatório existem dez gabinetes de atendimento, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de terapêutica inalatória aerossolizada, uma sala de gessos, salas de espera contíguas aos gabinetes de atendimento e ainda uma sala de acolhimento para comunicação de más notícias. O SO por sua vez possui capacidade para dezasseis pessoas em situação crítica com individualização dos meios para monitorização não invasiva por unidade. Este SU utiliza a aplicação informática ALERT® como suporte a toda a atividade clínica do serviço. É um programa informático para gestão hospitalar, que permite

¹⁵ De acordo com o Decreto-Lei nº 18 459/2006 de 12 de setembro de 2006, nas alíneas a) e c), ou seja, tem capacidade para atendimento das situações de urgência/ emergência que impliquem a existência de todas as valências de especialidades médicas e cirúrgicas, bem como áreas de diagnóstico e terapêutica que permitam a abordagem global da pessoa em situação de emergência.

¹⁶ Este **método de triagem** fornece ao utente, não um diagnóstico, mas uma **prioridade clínica** baseada na identificação de problemas. A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pela pessoa ou pelo profissional de saúde que o motiva a procurar o serviço de urgência. Assim existe uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações que podem surgir nos serviços de urgência. (Fonte: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

eliminar o uso do papel no registo dos procedimentos clínicos, tornando possível a documentação, integração e revisão de toda a informação relacionada com o processo dos utentes admitidos, com registo de informação clínica em tempo real em todo o percurso do utente no SU. Quanto à equipa de enfermagem, esta é constituída por 100 profissionais, em horário rotativo por turnos, existindo sempre dois elementos de coordenação, um para a área de atendimento e outro para a área de internamento, facilitando, entre outros, o processo de gestão de vagas e de circuitos de utentes, sendo por isso uma mais valia, aumentando a eficácia na gestão e otimizando o cuidar, do que observei, acima de tudo, reduzindo os tempos de espera e salientando a prioridade clínica atribuída pela triagem. Na área para utentes em ambulatório, a equipa organiza-se com a distribuição de um Enfermeiro por setor observando-se uma prática de colaboração e entreajuda suportados na **experiência** e **competência individual** dos enfermeiros. Pude assim identificar uma clara priorização para o que é realmente importante, numa filosofia de enfermeiro perito, munido de um conhecimento competente. O qual, segundo Benner (2001) é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação deste. Com esta assunção a autora procura demonstrar que nem todo o conhecimento que os enfermeiros procuram desenvolver é obtido durante o processo académico de aprendizagem, este deve ser situado na prática real dos cuidados e ajustado a cada pessoa e família. Assim verifica-se a distribuição dos enfermeiros peritos pelos setores mais críticos, como sendo, as salas de reanimação, o que é adequado e favorece a aquisição de competências aos elementos menos experientes. Estes ganham competência pela prática tutelada e orientada, ou seja, com um processo de supervisão clínica¹⁷ entre pares que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional, visando a autonomia gradual do supervisionado nos processos de tomada de decisão. Na área de internamento, o *rácio* é de um enfermeiro para cada seis utentes internados. Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos

¹⁷ Supervisão Clínica: É um processo fundamental para desenvolver conhecimentos e competência, assumir responsabilidades pela sua prática, promover a proteção do utente e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas. (Abreu, 2007, p.182).

Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014), recomenda-se que para os Serviços de Urgência, a fórmula a utilizar será por "Posto de Trabalho"¹⁸ adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço. Existe ainda a distinção entre a área de atendimento e a área de internamento (SO), atribuindo a esta o equivalente a uma Unidade de Cuidados Intermédios, ou seja, definiu-se como referência mínima 7 horas de cuidados necessários por utente. Para a área de atendimento, tendo em conta que não é possível determinar o *rácio*, pois esta dependente da afluência de utentes, a distribuição por posto de trabalho, parece ser a adequada e a que confere uma maior segurança para os utentes, ajustando a competência dos enfermeiros à função, conforme já referido atrás. No SO, o *rácio* existente corresponde ao nível de cuidados exigido, mantendo a segurança e a qualidade nos cuidados prestados. De forma a clarificar melhor usa-se como referência a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta atribui três níveis de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar, sendo que este serviço tem características de **nível 1**.¹⁹

2.1.1 Objetivos e Atividades

Para a concretização dos objetivos específicos propostos atrás, considera-se pertinente referir que tendo já tido a experiência de desempenhar funções como enfermeiro em ambiente de serviço de urgência, em ambiente pré-hospitalar e com a experiência como formador na área da emergência médica no INEM, foi facilitada a integração na equipa e possibilitou o desempenho como enfermeiro perito na resolução de situações de cuidado complexas, o

¹⁸ Por posto de trabalho entende-se a existência de um enfermeiro responsável pelo setor (por exemplo triagem, zona laranjas, zona amarelos, entre outras), podendo coexistir o trabalho em equipa.

¹⁹ No **nível I** os cuidados visam, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior. Adaptado de: PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003, p.58.

que por vezes não é habitual para estudantes deste nível e nesta fase. Relativamente ao primeiro objetivo específico - **Identificar a dinâmica de organização do serviço e da equipa multidisciplinar** considero tê-lo alcançado, através da consulta dos documentos existentes no serviço sobre as normas, procedimentos e protocolos, facilitando assim a compreensão sobre a forma de atuar e cuidar neste serviço. A oportunidade de prestação direta de cuidados à PSC com o inerente espaço para a tomada de decisão e cuidar com responsabilidade, que me foram possibilitadas, contribuiu para uma rápida integração na equipa multidisciplinar. Fazendo uso da minha experiência, consigo perceber que antecipo situações emergentes e sistematizo a minha atuação para a melhor resposta, o que segundo Benner (2001 p. 58), pode ser traduzido no perfil do enfermeiro perito. Ainda de acordo com a mesma autora (2001 p. 61), o facto de sentir que a minha intervenção faz a diferença reforça o sentimento de que posso ser considerado como um enfermeiro perito na área da Emergência Médica. Esta vantagem de estar familiarizado com este ambiente, deu-me ainda oportunidade para me focar nos aspetos da gestão e organização e melhorar assim estas competências. Estas atividades e o facto de manter uma postura de interesse em aprender, potenciaram por um lado a minha integração na equipa, neste papel de estudante, mas por outro, fazendo uso da minha experiência adquirida, considero ter sido uma mais valia para os meus pares na partilha de conhecimento sobre a pessoa em situação crítica.

Para o segundo objetivo, Cuidar, observando a **qualidade, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional, ética e legal**, considero que é uma continuidade do objetivo anterior. Realço a importância que dada aos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O exercício profissional de qualidade do enfermeiro assenta nos referenciais da prática definidos pelos enfermeiros e patentes nos padrões de qualidade dos Cuidados de enfermagem, publicados pela primeira vez em dezembro de 2001, pela Ordem dos Enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2001). No seu enquadramento conceptual, articulam-se um conjunto de teorias inerentes à prática, e tem como meta-paradigmas a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de

Enfermagem. Emergem assim seis categorias de enunciados descritivos, tendo por base o enquadramento conceptual fundamentado em conceitos produzidos por essas teorias. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros apontam para a natureza e englobam os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes se venham a constituir num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (Ordem dos enfermeiros, 2001). Estes versam no sentido da **satisfação do cliente**, na **promoção da saúde**, na **prevenção de complicações**, no **bem-estar e o autocuidado**, na **readaptação funcional** e na **organização dos cuidados de enfermagem**.

Para o objetivo em causa, dos enunciados apresentados saliento o enunciado relacionado com a **organização dos cuidados de enfermagem**, pois como pude observar e participar, o sistema de registos de enfermagem neste serviço incorpora sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos, tendo a vantagem obvia de articular facilmente com os registos da equipa médica. Por outro lado, é um instrumento de gestão importante que, sendo um serviço com bastante movimento de utentes e em vários setores, conforme visto na descrição, facilita aos enfermeiros coordenadores a mobilização de enfermeiros de forma a dar a resposta segura e eficaz aos cuidados necessários. Com estes enunciados presentes e fundamentando o cuidar na teoria, compreendi o necessário investimento nos padrões de qualidade enquanto requisito para a eficácia dos cuidados, expus-me a essa exigência, assim como à necessidade efetiva de comunicar eficazmente desenvolvendo e melhorando a relação de ajuda num ambiente complexo de cuidados emergentes como é o SU. Saliento ainda que o processo de tomada de decisão inerente aos cuidados de enfermagem implica uma abordagem sistémica e sistemática (OE, 2001), identificando não só as necessidades para o individuo, ma também para a família. Assim penso ter conseguido otimizar a minha autonomia e responsabilidade e consequente

tomada de decisão procurando a excelência do Cuidado e fundamentando-o na evidência científica. A colaboração com a equipa foi essencial para o cumprimento deste objetivo, em duas vertentes. Primeiramente, acompanhando a minha orientadora, enquanto chefe de equipa e compreendendo o papel de ter instrumentos práticos e acessíveis, como é o sistema informático que facilitam todo o processo de gestão e favorecem o cuidar seguro. Em segundo lugar como enfermeiro adstrito a um setor, como por exemplo o setor de reanimação, seguro de que quando a complexidade dos cuidados é maior existe uma equipa que se organiza para dar resposta. Obviamente, não quis deixar de fora a necessidade do investimento no conhecimento técnico-científico, enquanto ferramenta para fazer face às necessidades mais exigentes da pessoa e família em situação crítica. Os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência detêm um leque de conhecimentos específicos e aprofundados na área da reanimação cardiopulmonar, receção e cuidados ao politraumatizado e às mais diversas situações de urgência, que frequentemente requerem uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em resultados positivos, devolvendo a sociedade a pessoa, na medida do possível, sem sequelas. (Sheehy, 2011).

Em relação ao terceiro objetivo - **Cuidar da família** a vivenciar o processo de morte inesperada da PSC, tive a oportunidade de participar no acolhimento à família, a sua preparação para o impacto da primeira visita, avaliar a perceção das suas necessidades, dar a oportunidade de “estar com” ou de “não estar” e a simplificação de algumas informações clínicas possíveis, desde a admissão no serviço até a transferência para outro setor/serviço. Isto foi possível, principalmente, pela vantagem de estar disponível como enfermeiro estagiário, e logo ter disponível mais tempo, para estar e comunicar com eles, que a restante equipa de enfermagem. Observei, no entanto, que existe uma real preocupação da equipa multidisciplinar neste acompanhamento e que se as condições o permitirem, mesmo nas fases mais críticas do cuidado é possível a sua presença. Podemos ainda acrescentar que, neste serviço, se tenta cumprir

com o que está previsto na Lei nº 33 de 2009 de 14 de julho - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no seu artigo segundo sobre o Acompanhante, no número um — **Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço.** Estão também previstos os casos de impedimento para o acompanhamento, salientando o artigo terceiro no número três do mesmo documento (...) **compete ao profissional de saúde responsável pela execução do ato clínico em questão — exame, técnica ou tratamento — informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.** Associado a esta temática foi elaborado um jornal de aprendizagem sobre uma situação experienciada com uma família a vivenciar um processo de saúde/doença inesperado. Foi importante a análise desta situação, pois consegue fazer transparecer não só o circuito da PSC, do pré-hospitalar para o hospitalar, mas também de que forma se planeou a sua receção no SU e conseqüente transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos. O início deste caso deu-se após o Sr. X. ter sido encontrado caído e inconsciente em casa pela irmã. Após contato 112, pela mesma, foram acionados para o local, uma ambulância e uma VMER. À chegada ao local, após avaliação inicial, pela equipa da VMER, o sr. X. encontrava-se em bradicardia extrema com FC 40 bpm (ECG com ritmo juncional com BCRE) seguida de PCR em ritmo não desfibrilhável, tendo sido realizadas manobras de SAV durante 40 minutos. Sem recuperação da circulação espontânea, e por ter critérios de inclusão, foi considerado como potencial dador em paragem cardiocirculatória.

Na admissão ao SU, está com suporte ventilatório mecânico e compressões pneumáticas externas (LUCAS)²⁰, trazido pela equipa de VMER no âmbito do

²⁰ O Sistema de Compressão Torácica LUCAS é um dispositivo portátil destinado a ultrapassar os problemas identificados relativamente às compressões torácicas manuais. O dispositivo LUCAS ajuda o profissional na realização de compressões torácicas consistentes e contínuas tal como é recomendado pelas orientações da American Heart Association e do European Resuscitation Council (2015).

protocolo de Potencial Dador de Órgãos em Coração Parado²¹. Esta situação veio demonstrar que a prioridade, o enfoque, da utilização dos dispositivos de compressão pneumáticos e a consequente utilização de circuitos de ECMO²² no processo de reanimação, independente da inclusão da pessoa no programa de dadores de coração parado, é claramente potenciar a sobrevivência dos doentes. De facto, os estudos existentes já sugerem que a sua utilização aumenta a sobrevivência com boa recuperação neurológica em doentes sem co morbilidades significativas e quando a causa da paragem cardiorrespiratória é potencialmente reversível (ie. EAM, EAP, embolia pulmonar, hipotermia grave, intoxicação aguda). (Stub et al, 2015). Neste caso e durante a transferência para a UCI, verifica-se presença de pulso pelo que foi novamente encaminhado para a sala de reanimação do SUC. Nesta altura, a equipa foi informada que a família do senhor X. está na sala de espera a aguardar notícias da situação. Do ponto de vista dos ganhos de aprendizagem no âmbito do foco do projeto que estou a desenvolver, a situação descrita evidencia uma necessidade premente para planear estratégias que favoreçam e não negligenciem a presença da família no acompanhamento e tratamento da PSC. É uma tomada de consciência, a valorização do seu potencial e que tem como foco principal de ação a comunicação e as competências necessárias para lidar com estes processos de morte inesperada. Importa, pois, que nos situemos na definição de comunicação e de más notícias. De acordo com Carvalho (2008, p. 54), a comunicação é considerada como “arma” terapêutica vital, que permite desenvolver o princípio de autonomia na pessoa doente, o consentimento informado, a confiança mútua e a informação que necessita, quer para ser ajudado quer para se ajudar a si próprio. Por outro lado, uma “má notícia pode envolver uma mudança séria, drástica e negativa na vida da pessoa e na sua perspetiva de futuro, afetando negativamente as suas expetativas de vida” (Buckman, 1984, p. 1597). Nesta situação, seria

²¹ Potencial dador de Órgãos em Coração Parado (PDOCP): doente vítima de paragem cardiorrespiratória em que não há recuperação de circulação espontânea após medidas de ressuscitação cardiopulmonar de acordo com o estado da arte, inscrito na categoria de Maastricht II. (Colheita de Órgãos em Dadores de Coração Parado Protocolo de Atuação- CHLN Hospital de Santa Maria, 2017, p. V)

²² ECMO – Circulação Extracorporeal para preservação de órgãos por circuito tipo ECMO venoarterial

fundamental considerar a família como alvo dos cuidados, dado o carácter potencialmente irreversível do quadro clínico da PSC, pelo que teria sido importante ter-se uma intervenção dirigida à família, percebendo as suas necessidades e recursos disponíveis a mobilizar, para ultrapassar a potencial fase de luto que iriam vivenciar, para além dos cuidados prestados ao doente crítico. Olhando para o luto como sendo uma reação normal a uma perda significativa, podemos dizer que é um processo que envolve vários sentimentos e pensamentos, com fases e características específicas (Barbosa, 2010). Não é apenas vivenciado a partir do momento da morte, pois o doente e a sua família podem viver várias perdas que funcionam como pré-lutos. Isto requer flexibilidade dos elementos na equipa, disponibilizando-se em termos de tempo, mas também em termos emocionais. E sou defensor que para o fazer, o enfermeiro tem de ter já uma experiência como perito, como refere Benner (2001, p. 54), os peritos “(...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis”, conceito presente também nos artigos analisados na revisão apresentada no enquadramento temático.

O Cuidar da pessoa em situação de morte inesperada e da família no seu processo de luto, é uma parte muito importante do trabalho de enfermagem, cujo objetivo é o de melhorar a qualidade de vida, possibilitar uma morte digna e dar suporte à família (Magalhães, 2009). Nesta situação o enfermeiro deve assegurar tranquilidade, envolver a família, mostrar respeito e empatia, proporcionar conforto, reduzindo particularmente a dor, dar resposta às necessidades de informação da família e gerir a sua presença, de acordo com as necessidades e com a sua vontade (Magalhães, 2009). Estas intervenções fazem parte do trabalho emocional do enfermeiro (Mcevoy & Duffy, 2008). O distanciamento em relação ao trabalho emocional surge, muitas vezes, como mecanismo de auto-defesa, privilegiando-se a monitorização das funções biológicas, característica do Modelo Biomédico. Por outro lado, se existir um equilíbrio entre o cuidado emocional e o físico, o enfermeiro consegue garantir o respeito pela dignidade humana na prestação de cuidados

ao doente e família (Magalhães, 2009). Para Benner (2001), o conceito de cuidar, o *caring*, envolve a capacidade técnica/instrumental e a componente psicológica, emocional e humana. O enfermeiro perito não privilegia um, em detrimento do outro, mas conjuga as duas componentes na arte de cuidar, não devendo distancia-se da situação. Para isso é necessário conhecer-se, em primeiro lugar, pois a forma como lidamos e vemos a morte, influencia a prestação de cuidados. A tomada de decisão exige conhecimento do que se está a fazer e confiança. Considero ter ocupado o meu espaço na equipa, como uma referência positiva, o que facilitou a minha intervenção e o agir de acordo com o que considero ser boa prática de cuidados. Este é um desafio enquanto pessoa e profissional no processo de aquisição e competências e é este tipo de postura que se espera de um enfermeiro especialista.

Refletindo sobre o quarto objetivo, **realizar a comunicação de más notícias à família da PSC, utilizando o protocolo SPIKES**²³(Buckman, 1984), presenciei a comunicação da notícia de morte inesperada em situações de trauma. Os Enfermeiros utilizam uma sala que permite estarem sentados e isolados do movimento da urgência. Baile et al (2000) no seu artigo sobre a utilização do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias referencia que a falta de planeamento na escolha do local físico leva ao fracasso as comunicações sobre assuntos sensíveis. O ambiente do SU pode não ser facilitador do ponto de vista estrutural associado ao potencial elevado número de pessoas presentes, o que não acontece neste SU, visto a sala existente estar acústica e fisicamente isolada criando uma aparente privacidade permitindo uma discussão focada e sem distrações. É um bom ponto de partida ter este local que facilite a comunicação. No entanto, da pesquisa realizada, pouco se sabe sobre como os enfermeiros que trabalham em serviços hospitalares de urgência / emergência, lidam com as necessidades para o cuidar de pessoas

²³ **SPIKES** - Protocolo de seis etapas para a comunicação de más notícias: 1- **Preparar o local** que deve ser promotor da privacidade, quem deve estar presente, começar com atitudes cordiais, estabelecer contacto visual (**Setting**); 2- Identificar a **percepção** sobre a situação (**Perception**); 3- Identificar o **quanto** quer saber (**Invitation**); 4- **Fornecer a informação**, avisando que se trata de uma má notícia, transmitir a informação de forma gradual, com linguagem clara (**Knowledge**); 5- **Responder empaticamente** às questões e emoções do doente (**Emotions**); 6- Planear o **acompanhamento** posterior (**Strategy and Summary**)

em situação crítica em processo de fim de vida inesperado e suas famílias e, portanto, é difícil identificar quais as suas necessidades para conseguir dar resposta a estas situações (Tyler, 2017). A análise dos quadros teóricos descritos na conceptualização sobre a morte e o morrer, evidenciaram que houve contribuições significativas para a prática clínica, permitindo que os profissionais de saúde considerassem algumas questões importantes sobre esta temática. Em particular, eles forneceram os meios para uma nova análise das atitudes e do comportamento dos enfermeiros em relação às pessoas em fim de vida e suas famílias. O último é exemplificado pelo crescimento na área de pesquisa da **comunicação**, por exemplo, com estudos sobre como comunicar más notícias e como melhorar a comunicação com pessoas em fim de vida e sua família (Copp, 1998), assim a importância na educação dos enfermeiros para esta temática é basilar para o sedimentar do cuidado holístico. Tive a oportunidade, neste estágio, de intervir de duas formas distintas. Primeiro na **formação informal**, através do método da discussão orientada²⁴, dos enfermeiros durante os vários turnos, no âmbito do planeamento da comunicação de más notícias, através da sensibilização da equipa para a importância da comunicação planeada e pensada das más notícias, e a sensação de isolamento experimentados por eles. E segundo pela realização da comunicação de más notícias a familiares de utentes que sofreram uma morte inesperada. Tive a oportunidade de acompanhar uma situação atípica, mas relacionada com uma morte inesperada no SU que requereu a comunicação de uma má notícia. A esposa de um utente que aguardava pela observação médica, na sala de espera, sofre um colapso e é trazida para a sala de reanimação, onde se verifica estar em paragem cardiopulmonar e tem como resultado o seu falecimento após a intervenção da equipa multidisciplinar. Foi uma situação vivenciada com uma grande carga

²⁴ Trata-se de uma discussão em dois sentidos entre profissionais. Suporta ambientes de aprendizagem síncronos e dialéticos através de fluxos espontâneos e livres de troca de informação. Encoraja a aprendizagem ativa e participada que suporta a transferência de conhecimento através do diálogo. Os profissionais podem discutir os materiais com mais profundidade, partilhar pontos de vista e experiências, e responder a questões. (adaptado de: Descrição dos Métodos de Formação, disponível em https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49591/mod_scm/content/0/uti02/02uti02.htm)

emocional não pelo processo de reanimação propriamente dito, mas agora pela necessidade de comunicar a má notícia ao esposo. Decidiu-se em equipa que o esposo ia ser encaminhado para a sala referenciada acima onde seria feita a comunicação pelo médico responsável, acompanhado pela minha orientadora, como chefe de equipa e por mim. Lowey (2008) considera marcante o fato da comunicação não ser abordada de forma consistente, durante a formação de base dos enfermeiros, as necessidades da pessoa no final da vida e identificação das intervenções necessárias para desenvolver o cuidado adequado e de qualidade. Como se verá na análise do próximo objetivo, a realização de um panfleto resumo com as características necessárias para a comunicação de más notícias foi considerado como instrumento facilitador da comunicação nestes casos, na medida que esclarece sobre as estratégias adequadas a adotar.

Relativamente ao quinto objetivo – **Contribuir para a dinamização de estratégias de enfermagem** para o suporte ao luto à família perante uma **morte inesperada na PSC**, para além do já descrito no ponto anterior, tive a oportunidade de realizar uma ação de formação, subordinada ao tema: “Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital” (Plano de sessão no Apêndice II) . Esta ação surgiu da conjugação da necessidade sentida do Enfermeiro Chefe do serviço que, dada a minha experiência, fez a proposta para a sua concretização. Para deixar clara a importância desta ação para o serviço, de forma a abranger todos os enfermeiros do serviço, foram realizadas duas ações, tendo abrangido todas as equipas de enfermagem. Por outro lado, foram realizadas na mesma semana da implementação do dispositivo LUCAS no SU. Considerei, efetivamente como um desafio e ao mesmo tempo como uma responsabilidade, mas o feedback obtido pela avaliação da ação feita em forma de questionário, quer dos enfermeiros que assistiram, quer do Enfermeiro Chefe, foi que os objetivos da ação foram cumpridos, tendo abrangido enfermeiros de todas as equipas facilitando a aquisição de conhecimentos práticos sobre o dispositivo e esclarecendo das dúvidas práticas mais evidentes apresentadas. Para melhor

clarificar os enfermeiros do serviço, foi elaborado por mim um panfleto de resumo e um poster para a utilização do dispositivo LUCAS (Apêndice III). De forma a integrar também nesta ação a temática do trabalho que estou a desenvolver, apresentei o protocolo SPIKES, como estratégia para melhorar o processo de comunicação. Foi apresentado também um panfleto de bolso, que age como auxiliar no processo de comunicação, usando como base o protocolo SPIKES e clarificando para as várias fases do protocolo, mas acima de tudo, sobre o que fazer e o que não fazer (Apêndice IV). Todos os documentos ficaram em suporte informático no serviço, a pedido do Enfermeiro Chefe, para posterior entrega a novos elementos.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos

O serviço em causa apresenta-se como uma Unidade de Cuidados Intensivos na área de Lisboa. Tem como missão prestar cuidados diferenciados a doentes com falência de um ou mais órgãos ou sistemas. Como Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, classificada como de nível III²⁵, recebe utentes com idade de 18 anos ou superior, com as mais diversas patologias quer do foro médico, quer do foro cirúrgico. Desde 2010, esta unidade tornou-se centro de referência para inclusão em ECMO²⁶ (extracorporeal membrane oxygenation) e em 2017 esta unidade ampliou a sua oferta como Centro de Referência ECMO ao programa de E-CPR/DCP²⁷.

As razões principais que levaram a escolha desta Unidade para realizar

²⁵ Segundo Penedo et al. (2013), a Unidade de Nível III “Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente” (pág. 58).

²⁶ ECMO - Circulação Extracorporeal para preservação de órgãos por circuito tipo ECMO venoarterial.

²⁷ A ECPR, é a utilização do suporte de vida extracorporeal em doentes em paragem cardiorrespiratória quando as medidas de reanimação convencional não são bem-sucedidas (Annich et al, 2012). DCP corresponde ao protocolo de dador em coração parado.

o estágio, prendem-se com a proximidade com o serviço de urgência, primeiro local de estágio, criando uma ponte na perceção do circuito da PSC e pela clara evidencia no nível tecnológico dos cuidados prestados nesta unidade, conforme abordarei mais a frente. Esta unidade é composta por 3 sectores distintos: um sector administrativo, englobando a zona de secretariado e a receção, um sector de apoio onde se encontram os vários gabinetes, armazéns, vestuários, entre outros e um sector técnico. Este sector técnico é a área de prestação de cuidados diretos aos utentes. Estruturalmente, este é constituído por um “*open space*”, com uma bancada em U central, o que permite um contato visual permanente com todos os utentes. Tem capacidade para o internamento de 11 utentes, ou seja, 11 camas equipadas tecnologicamente com elevado nível de equipamentos para a prestação de cuidados ao doente crítico. Para além do equipamento que se encontra disponível em cada unidade do doente, existem ainda no serviço múltiplos equipamentos que visam melhorar o grau de monitorização e vigilância a que estes doentes se encontram submetidos, que abordarei ao longo da análise das atividades desenvolvidas. Relativamente à distribuição espacial neste serviço, as unidades individuais têm entre elas uma distância mínima de pelo menos um metro, indo de encontro das “Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão” do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. Quanto à equipa de enfermagem, esta é constituída por 41 enfermeiros, em horário rotativo por turnos. O trabalho de enfermagem implementado nesta unidade baseia-se em dois métodos: nos **cuidados de enfermagem individuais**, ou seja, implica a afetação de um enfermeiro a um único utente ou mais do que um se a “carga laboral”²⁸ o permitir. A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente depende da propensão do

²⁸ A dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis. Diferentes investigadores concluíram que a problemática das dotações se situa para além da quantidade de pessoal e incluíram outras variáveis que afetam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: a **carga laboral**, o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assentam principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Pinheiro, 1994), e nos **cuidados de enfermagem em equipa**, ou seja, o cuidado é centrado no utente e implementado por reuniões diárias de equipa, nas quais se discutem as necessidades de cada utente e se perspetivam as estratégias para as resolver. (Costa, 2004). Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014), recomenda-se que para as UCI de nível III o rácio de enfermeiro / doente seja de 1/1. Apesar de haver uma avaliação de turno para turno, este ratio apenas é cumprido para os utentes em ECMO, conforme abordarei mais a frente. O rácio normalmente implementado é 1/2, sendo a distribuição feita primeiro de acordo com o número de utentes internados e depois de acordo com a sua instabilidade²⁹, segundo a avaliação do enfermeiro chefe de serviço ou do enfermeiro chefe de equipa ou do enfermeiro segundo elemento³⁰. No entanto, tendo em conta que a distribuição dos enfermeiros pelos utentes leva em consideração o estado do utente, ou seja, são distribuídos os utentes considerados mais críticos e que apresentam maior complexidade nos cuidados, pelos enfermeiros com maior experiência, a não utilização dos índices de gravidade, não assume especial importância e cumpre com a definição de dotação segura³¹.

Nesta UCI os registos de enfermagem são realizados informaticamente através do programa Picis® – *Critical Care Manager*, baseado na CIPE® (Versão β2, 2005). O Picis® é um sistema de informação integrado que possibilita a automatização da recolha de dados clínicos e organiza os processos de trabalho de prestadores de saúde. A necessidade da implementação de um

²⁹ Assim, se existirem quatro utentes internados o rácio será 1/2. Se existirem três, um enfermeiro fica responsável pelos cuidados a dois utentes e outro enfermeiro responsável por um (este utente, por exemplo será o utente em ECMO).

³⁰ A avaliação realizada por estes enfermeiros vai ao encontro das competências relativas ao “*Domínio da Gestão de Cuidados*” (OE, 2010a), uma vez que otimiza o trabalho da equipa de Enfermagem adequando os recursos às necessidades de cuidados.

³¹ “A dotação adequada de recursos de enfermagem refere-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) face às necessidades dos clientes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados” (Freitas & Parreira, 2013, pág 172).

sistema que interligue quer os registos de enfermagem, quer os registos clínicos da equipe médica, veio permitir a agregação, o registo e a análise da informação relativa à evolução do estado dos utentes internados e aos cuidados a estes prestados. Ao explorar o Picis® pude verificar que fica registada uma vasta informação referente ao utente e que ela é inclusive registada de forma automática, sem ação direta do enfermeiro. O sistema permite aceder às prescrições e administrações de medicação, registos de entradas e saídas e, conseqüente balanço hídrico, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Por outro lado, o sistema Picis©, no que concerne à família, não apresenta nenhum item de avaliação onde se possam registar as necessidades identificadas, cabendo ao enfermeiro fazê-lo em “texto livre”, o que diminui a possibilidade de análise de dados e de sistematização de intervenções de enfermagem. Embora considerando que no processo do utente deverão constar os dados relativos a ele próprio, considero importante na avaliação inicial feita, o registo dos dados da família, nomeadamente da identificação da pessoa significativa³² o seu contato. A teoria “Technological Competency as Caring in Nursing” defende que a competência tecnológica expressa uma manifestação de cuidado perante o conhecimento integral do outro enquanto pessoa (Locsin, 2001). Assim, preservar a humanidade deverá ser o foco central da enfermagem, sustentar e manter o seu valor essencial, pois na prática de cuidados o mundo tecnológico é altamente exigente e tecnicista (Locsin, 2013). Este foi o meu primeiro contato com o sistema Picis® e a primeira perceção que tive foi de grande complexidade, com múltiplas janelas de inserção de dados. No entanto esta foi rapidamente superada, pela forma organizada e coerente dos registos no programa, adjudicado pelo facto de alguns dos dados serem efetivamente automáticos, diminuindo o tempo em frente ao ecrã e havendo apenas uma necessidade de validação dos dados inseridos, deixando mais tempo para os cuidados ao utente. Ter alguns dos dados do processo escritos em “texto livre” fez-me levantar a questão da pesquisa retrospectiva dos cuidados e da eventual análise usando o método científico. Conforme pude comprovar, os dados ficam todos anexos ao

³² Entende-se aqui pessoa significativa como sendo o familiar de referência

processo respetivo, mas o sistema é incapaz de realizar pesquisa, sendo por isso, por exemplo, em relação à família, uma dificuldade para a sua consequente análise.

2.2.1 Objetivos e Atividades

A minha experiência anterior de trabalho em ambiente de cuidados intensivos foi importante para favorecer a integração neste serviço, no entanto, tenho a consciência de que a tecnologia, nomeadamente a médica é de evolução rápida, o que requereu de mim uma pesquisa bibliográfica muito direcionada para os novos conceitos inerentes ao cuidado da PSC em ambiente de UCI, nomeadamente nos tipos monitorização invasiva e não invasiva, dos conceitos sobre a ventilação mecânica e das modalidades de ventilação e das técnicas substitutivas da função renal. Outro ganho em termos de aprendizagem foi o cuidar utentes sujeitos a terapêutica de Circulação extracorporal (ECMO).

Relativamente ao primeiro objetivo específico - **Identificar a dinâmica de organização do serviço e da equipa multidisciplinar**. Para o cumprimento deste objetivo, considero que foi essencial conhecer a estrutura física, o respetivo circuito dos utentes, desde a admissão até à transferência para outros serviços e sua respetiva articulação. Conhecer os equipamentos e dispositivos clínicos existentes neste serviço assim como as orientações e normas existentes. Assisti sempre às reuniões de serviço, quer na passagem de ocorrências, quer com os elementos de gestão e com o enfermeiro chefe, possibilitando um conhecimento mais pormenorizado da organização do serviço. Em relação à passagem de ocorrências, existe a nível internacional uma vasta nomenclatura para designar o momento de transferência de informação entre enfermeiros, ou seja, e como refere Friesen et al (2008, p. 285): “Existem um número de termos para descrever o processo de transferência de informação”. Habitualmente este momento é geralmente designado como momento de passagem de turno, ou passagem de

ocorrências. Na prática diária dos enfermeiros, o momento de passagem de turno representa um momento de comunicação privilegiado, mas extremamente complexo (Friesen et al., 2008). Isto porque se trata de “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2001). A importância destes conceitos relaciona-se acima de tudo no garante da segurança nos cuidados prestados neste ambiente complexo como é da UCI. Outro passo importante para favorecer o meu desenvolvimento e aquisição de competências específicas neste estágio foi a forma como fui integrado numa das equipas de enfermagem e orientado pelo respetivo enfermeiro chefe de equipa, perito em UCI. Considero que me foi dado reconhecimento relacionado com a minha experiência anterior, o que reduziu o período de adaptação. Concomitantemente demonstrei a responsabilidade necessária para este nível de aprendizagem, mas também fui demonstrando particularidades pessoais, como o interesse pela tecnologia no cuidado, a comunicação assertiva, a disponibilidade, a iniciativa e a postura humilde. Em relação ao fato de estar num ambiente claramente tecnologicamente desenvolvido e de sentir a necessidade de garantir um cuidar humanizado, Locsin (2001) refere que o enfermeiro tecnologicamente proficiente é por vezes interpretado como um enfermeiro que não cuida, como se os cuidados individualizados e a competência técnica fossem dois conceitos difíceis de harmonizar, ou seja, como se o uso destas tecnologias na prática de enfermagem implicasse o desvalorizar do ser humano como “objeto” de cuidados, em vez de considerar o seu envolvimento como participante nos cuidados. Aqui o conforto tem um papel evidente, conforme refere Kolcaba (1991), ele envolve aspetos como a luz, o barulho, equipamento presente e outros elementos artificiais no meio. E apesar desta autora ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo utente após a intervenção de enfermagem, ela também reconhece que a arte de enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita

pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar, e a UCI é um contexto por vezes complexo para se obter o conforto apontado.

Para o segundo objetivo, **Cuidar**, observando a **qualidade, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional, ética e legal**, usando como referência os padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, especificamente no seu enunciado **prevenção de complicações**. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes (Ordem dos enfermeiros, 2001). Um dos aspetos que considero importante em qualquer contexto de cuidados é o controlo da infeção. Principalmente, num ambiente como o da UCI em que os utentes já por si se encontram imunocomprometidos, quer seja pelo motivo de admissão à UCI, quer pelas técnicas, dispositivos e equipamentos a que eles se encontram sujeitos, torna-se portanto, fundamental que haja um controlo da infeção assim como adoção de um conjunto de medidas que previnam ou diminuam a infeção cruzada. Neste processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática. Reconhecer que a produção de guias e normas orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência constituem uma base estrutural importante na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Ordem dos enfermeiros, 2001). Nesta unidade, para além da lavagem e desinfeção das mãos e a utilização de equipamentos de proteção individual, verifiquei que, de uma forma transversal na equipa multidisciplinar, existe uma preocupação real com a prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV). A PAV é um problema transversal a todas as UCI. Souza, D. (2016, p. 337) refere que “a pneumonia associada a ventilação mecânica é a infeção nosocomial mais frequente nos utentes em situação crítica”. Para diminuir a sua incidência,

verifiquei a existência, nesta unidade, da utilização da Bundle³³ para a prevenção da PAV, que através de ações da responsabilidade da enfermagem, com hétero controlo entre pares, permitem a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica/ ventilador. Uma das intervenções estabelecidas para a prevenção da PAV é o posicionamento da cabeceira do doente. Um estudo realizado por Mitra B. et al (1999) demonstra que o posicionamento da cabeceira do doente num ângulo superior a 30° reduz o risco de aspiração do conteúdo gástrico e da PAV. Este estudo considerou a posição ótima como aquela em que a cabeceira da cama se encontra a 45°, demonstrando uma redução significativa do risco de PAV em 25%. Outra intervenção que saliento neste Bundle está relacionada com os cuidados na higiene da boca. Munro, Grap, Jones, McClish, & Sessler (2009) referem que ao reduzir o número de microrganismos na orofaringe através dos cuidados diários de higiene da boca do utente com intubação traqueal, diminui o risco de translocação e colonização pulmonar, diminuindo assim o risco de PAV. Posso afirmar com certeza que, ao longo de todo o período de estágio, mesmo trabalhando com enfermeiros pertencentes a outras equipas que todos têm a preocupação de manter a higienização da boca nos utentes internados, o que do ponto de vista da prevenção de complicações relacionadas com a infeção é bastante positivo. Os cuidados de higiene à boca nesta unidade incluem escovagem dos dentes, lavagem da boca, aspiração da sialorreia, lavagem e substituição de sondas de aspiração.

De igual modo, procurei conhecer e ter em consideração nas minhas intervenções as normas/orientações específicas do GCL PPCIRA, por exemplo, ter em consideração os tipos de isolamento e as respetivas medidas³⁴.

Nesta UCI as práticas para prevenir as infeções vão além das recomendações que referi, uma vez que os enfermeiros procuram ativamente estar a par da

³³ As *Bundles* "(...) são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente" (Norma 019/2015, DGS, 2015a, pág.6). Existem quatro *Bundles*: prevenção da pneumonia associada à intubação, prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central, prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.

³⁴ Por exemplo, em situações de isolamento de *Contacto* deverá utilizar-se, se necessário, máscara cirúrgica, contudo, em situações de isolamento Góticulas deverá utilizar-se máscara com respirador de partículas.

evidência mais recente para sustentar os cuidados que prestam. Desta forma, constatei que, como prática comum, realizam entubação orogástrica em vez de nasogástrica, para prevenir as lesões internas do nariz e possíveis infeções que daí advenham. As lesões do nariz associadas à entubação nasogástrica estão relacionadas com a humidade e atrito local, exigindo cuidado na fixação da sonda na face do utente de forma a esta não ser tracionada (Marchini, 2002). De acordo com a experiência que tive, a entubação orogástrica permite que a fixação da sonda seja feita com fio de nastro (não sendo necessário recorrer a fita adesiva, que é habitual na fixação da sonda via nasal), pelo que é possível proteger a pele que está em contacto com o fio de nastro, seja com aplicação de uma compressa para proteção ou através da aplicação de tópicos. Outra vantagem é a possibilidade de se alternar a posição de fixação da sonda (mais perto da comissura esquerda ou da comissura direita), o que no caso da narina não é possível devido à sua área mais limitada. Esta prática despoletou a minha atenção, pois, embora tenha a consciência das vantagens da entubação por via oral, nos serviços onde já trabalhei (SU e UCI) não era uma prática comum, mas que se prova ser claramente vantajosa.

Em relação ao terceiro objetivo - **Cuidar da família** a vivenciar o processo de morte inesperada da PSC, sendo este um objetivo fundamental para o desenvolvimento das competências específicas necessárias, como Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, conforme já referenciado atrás, que logo desde o início do período de estágio que salientei, dentro da equipa de enfermagem onde fui integrado, a importância de desenvolver a competência de comunicação com a família da PSC. Este processo foi facilitado, havendo espaço nas passagens de ocorrências para a identificação das famílias mais presentes e com necessidades mais relevantes que fossem de encontro aos meus objetivos. Considero importante acrescentar nesta fase que, estruturalmente este serviço, pelo fato de ser em “*open space*”, dificulta o processo de comunicação relacionado com a privacidade. Baile (2000) refere que uma sala própria é o ideal, na falta desta, usar as cortinas a volta da cama do utente. Salienta ainda que a existência de cadeiras relaxa as pessoas e

demonstra que estamos disponíveis para ouvir. Neste serviço, efetivamente, junto aos utentes o melhor que se consegue, relacionado com o espaço disponível e com os equipamentos médicos que normalmente circundam as camas, é colocar um biombo que isola entre camas, mas não totalmente. Assim, opta-se por, quando a família requer informações sobre o estado, evolução ou prognóstico em usar a sala de reuniões que fica junto a entrada do serviço. Adams et al, (2017) referem que a relação obtida entre os familiares e os enfermeiros estabelece a base para qualidade da experiência de estar em ambiente de cuidados intensivos. Acrescenta ainda que são os próprios enfermeiros que desvalorizam o seu papel para suprir as necessidades das famílias. Considero que com as condições que este serviço oferece, em termos de dotação segura que mantém um rácio doente/enfermeiro de 1/2 ou eventualmente 1/1, e pelo facto de estar em “*open space*”, ou seja, permite que os restantes enfermeiros mantenham uma vigilância a todos os utentes, conforme já apresentado atrás, permite a disponibilidade para acompanhar a família na necessidade de informação. Campos (2014), no seu trabalho de investigação que identifica as necessidades da família em Cuidados Intensivos, concluiu que a *Informação*³⁵ foi a área considerada de maior importância pela família da PSC.

Durante a minha estadia nesta unidade, a taxa de ocupação foi frequentemente de 100%, o que para mim significou o assumir a responsabilidade dos cuidados a um utente, por turno, mantendo o rácio de 1/1, ou seja, o recomendado pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (OE, 2014). Fundamentalmente, isto permitiu ter maior disponibilidade para acompanhar a família, favorecer o conforto e estar atento às suas necessidades, individualizando o cuidar e indo de encontro aos meus objetivos de estágio. A situação de cuidados que mais fez transparecer a necessidade de desenvolvimento desta competência, foi um utente internado que acompanhei, transferido de uma unidade hospitalar de fora de Lisboa, para ser submetido a ECMO nesta unidade por falência pulmonar. A relevância deste caso, para além do cuidado a um utente

³⁵ A *Informação* diz respeito à necessidade de compreender a condição da PSC, sendo uma mais-valia na redução da ansiedade e promoção da sensação de controlo (Leske, 1991, p.236)

submetido a ECMO, que por si só já um desafio, foi a oportunidade de acompanhar também a família, deslocada do seu local de residência.

De forma elucidar um pouco melhor sobre o que é a ECMO, explica-se de seguida de forma sucinta. A ECMO é uma modalidade terapêutica de suporte vital que permite oxigenar o sangue fora do corpo, através de uma membrana, baseando-se na eliminação de dióxido de carbono e oxigenação do sangue de forma independente do pulmão nativo, substituindo total ou parcialmente a função pulmonar e/ou cardíaca. É utilizado em casos de insuficiência respiratória grave (ECMO venovenoso) ou de insuficiência cardíaca grave (ECMO veno-arterial), perante o insucesso dos tratamentos convencionais. (ELSO, 2017). É um procedimento invasivo, com elevado risco de complicações, estando apenas indicado a um número reduzido de PSC. Por ser uma técnica complexa e relativamente nova na unidade, nem todos os elementos da equipa médica e de enfermagem receberam a formação específica na área. Quando ativada a via verde e-PCR³⁶, a equipa de enfermagem, seguindo as orientações do enfermeiro chefe de equipa, redistribui os enfermeiros, para possibilitar o rácio 1/1 no utente submetido a ECMO e organiza-se de forma a assumir e iniciar a preparação do procedimento. O trabalho em equipa aqui é fundamental, pois por um lado, têm de garantir a segurança e eficiência dos cuidados dos restantes utentes, por outro, qualquer atraso na realização da técnica condiciona o sucesso da sua implementação. Para além das competências requeridas para o procedimento de canulação e instituição da técnica, é necessária uma estreita vigilância enquanto a modalidade está em curso, por isso foi desenvolvida uma lista de verificação da funcionalidade do equipamento, a realizar por turno, e de monitorização do estado hemodinâmico da pessoa. A sobrevivência da pessoa está dependente da ECMO, pois qualquer falha no circuito pode comprometer a vida, exigindo aos enfermeiros um elevado nível de perícia. Aliado à competência tecnológica, o cuidado de enfermagem à pessoa com ECMO envolve o cuidado centrado na pessoa e família, sendo fundamental que o foco

³⁶ ECPR – Início circulação extracorpórea durante as manobras de Suporte Avançado de Vida (Stub, 2015).

não seja apenas a técnica. Em UCI é frequente associar o cuidado de enfermagem a técnicas e tecnologias de elevada complexidade. Na verdade, esta associação está patente, mas mais importante que o domínio tecnológico é a garantia da humanização dos cuidados. A adaptação das técnicas de forma a maximizar o benefício para a pessoa e monitorizar o impacto causado será o verdadeiro desafio.

Em relação à situação de vivenciei, o sr. A, transferido de outra unidade hospitalar, conforme referido atrás, é admitido nesta UCI para ECMO por falência respiratória associada a infeção por H1N1. Na admissão, tendo sido trazido com acompanhamento médico, não se tem contato com a família, nem avaliação sobre as suas necessidades. No primeiro dia não houve novamente qualquer contato com esta. Para me sentir mais confortável e seguro nos cuidados a prestar, senti necessidade de realizar uma revisão teórica, selecionando os estudos mais evidentes, assim como do protocolo e listas de verificação relacionadas com a ECMO, neste serviço. Por outro lado, tive a vantagem de estar quatro dias seguidos de turno e como o meu enfermeiro orientador, sendo o chefe de equipa e o elemento mais experiente na técnica, assumi, com ele, nestes turnos, o cuidado a este utente e assim sedimentando o meu conhecimento da técnica e criando a possibilidade para acompanhar também a família. No segundo turno, durante o período da manhã, antes do período de visita, em que seria previsível a vinda da família, antecipando a necessidade de fornecer informações claras sobre a situação do Sr. A com o meu enfermeiro orientador e em relação à ECMO especificamente, esclareceu-me sobre as informações a dar, embora tenha sido ele a fornecer essas informações pessoalmente. É importante que este primeiro contato seja seguro e feito por alguém conhecedor do serviço. Estas intervenções vão de encontro às referências já usadas neste trabalho relativamente à comunicação. Como afirmam Bertone, Ribeiro & Guimarães (2007), a comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de

enfermagem. Assim, durante o primeiro período de visita, tive a oportunidade de conhecer a esposa do Sr. A. O acompanhamento inicial à família nesta unidade, faz-se a partir da entrada do serviço, normalmente acompanhada pelo enfermeiro responsável do utente. Este explica a forma de funcionamento das visitas, horários, e recursos da instituição que possa vir necessitar. Dá a conhecer a necessidade de lavagem e desinfeção das mãos na entrada do serviço e todos os familiares antes de se aproximarem da cama, vestem bata de proteção, o que vai de encontro com as indicações do GCL PPCIRA. Na perspetiva da família, neste caso da esposa do Sr. A, a imagem criada na entrada da UCI é por si só geradora de stress e potenciadora de desenvolver sentimentos de angústia. Linnarsson (2010), numa meta-análise realizada para identificar as experiências e necessidades da pessoa significativa do utente admitido em UCI refere que ter um familiar admitido na UCI é um evento de vida causador de stress e frequentemente se encontram níveis altos de ansiedade e depressão. Direcionar o cuidado para as necessidades da pessoa tem mostrado ser essencial para mitigar as consequências psicológicas da angústia destes eventos. (Linnarsson, 2010, p. 3102). Depois desta fase inicial, a Esposa do sr. A esteve junto a este e foi explicado que relacionado com a terapêutica instituída há a necessidade de manter o sr. A em coma, sob sedação. Como referência apenas, a escala utilizada neste serviço para avaliar o grau de sedação é a RASS³⁷. Sendo que o Sr. A estava com uma avaliação de -5. Associada a esta escala, neste serviço, para a avaliação da dor está implementado o uso da BPS³⁸. Considero importante, quer nos registos escritos, quer na informação verbal na passagem de ocorrências, estruturar a informação numa linguagem perceptível, comum e sustentada. O uso destas escalas faz isso mesmo, possibilita de forma rápida uma perceção do estado de consciência da pessoa.

³⁷ Escala de Richmond de agitação-sedação (RASS), avalia o grau de sedação / agitação da pessoa, sendo que -5 é o grau de sedação mais elevado e +4 o maior grau de agitação e 0 representa o estado de alerta calmo (Sessler, 2002)

³⁸ A BPS é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspetos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica (Morete et al, 2014)

Este primeiro contato com a esposa do sr. A cumpriu com o objetivo de perceber quais as suas necessidades mais imediatas qual o seu grau de compreensão da situação e perspectivas para o futuro mais imediato. Consciente que para que a comunicação traga benefícios em saúde, é necessário coexistir não só a disponibilidade de tempo, mas também a disponibilidade emocional e técnica pelo enfermeiro de forma a criar uma relação de ajuda, o enfermeiro tem de desenvolver habilidades, ou seja, ter a capacidade para executar algo com destreza e conhecimento (Coelho, 2015). Não se tratando de conceitos fáceis de operacionalizar, pode afirmar-se que, a utilização da comunicação tal como foi descrita anteriormente, irá promover o estabelecimento de uma relação com potencial terapêutico que, garantirá o atingimento dos objetivos da relação de ajuda. Fazendo uso das estratégias abordadas no objetivo a seguir apresentado, como intervenção autónoma³⁹ do enfermeiro, considero que se promove um melhor envolvimento da família no cuidar, antecipando e planeando a eventual comunicação de má notícia, possibilitando o sentimento de conforto já referenciado.

Refletindo sobre o quarto objetivo, **realizar a comunicação de más notícias à família da PSC, utilizando o protocolo SPIKES**⁴⁰(Buckman, 1984), dando continuidade ao objetivo anterior, a comunicação com a família do sr. A foi facilitada pela segurança tida no primeiro contato e pela boa receção e aparente compreensão da informação dada. Aliás, penso que efetivamente para ela, a “*informação*” foi a necessidade mais evidente. Considero ter a vantagem de, não só deste período de estágio, mas também do período passado no SU, em que já utilizei o protocolo SPIKES, nomeadamente utilizando o panfleto realizado., para sentir uma maior segurança na forma como posso fazer a comunicação. Este panfleto, direcionado para o enfermeiro tem duas características importantes que podem facilitar a comunicação da má notícia. Esclarece, no quadro principal, sobre as atitudes a ter em cada fase e

³⁹ Os cuidados de enfermagem são, neste contexto, assumidos como referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), ponto 4 do artigo 4º, as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro).

⁴⁰ **SPIKES** – Já referenciado no capítulo do SU.

tem para cada uma delas identificado o que não fazer, de forma rapidamente acessível. Importa dizer que, nem só nas más notícias se faz a comunicação utilizando este protocolo.

Acima de tudo, ele serve para orientar o desenrolar do processo de comunicação, conforme já apresentei no capítulo do enquadramento e das suas seis fases, apenas a partir da quarta se partilha informação e se a pessoa assim o desejar. Ribeiro (2013) refere que em qualquer atividade do ser humano é impossível não comunicar. Esta assume-se, para a enfermagem, como sendo fulcral, sendo ela por palavras, por gestos, pelo silêncio, pelo toque, pela escrita, pelo sorriso...existem infinitas formas de o Homem comunicar com o seu semelhante (Ribeiro, 2013, p.19).

O interessante, neste estágio, foi utilizar os conhecimentos trazidos do estágio anterior relativamente às necessidades dos profissionais para melhorar as capacidades de comunicação, articulando os saberes e as competências já desenvolvidas. Mantendo a mesma metodologia, a discussão orientada⁴¹, para estimular e sensibilizar para a necessidade de melhorar e otimizar o processo de comunicação, principalmente nestas famílias sujeitas já por si um nível de ansiedade maior, relacionado com o internamento na UCI.

Tive a oportunidade de com a esposa do sr. A, conseguir colocar em prática os pressupostos do protocolo, dos quais saliento a organização do local para se dar as informações. Para o caso em questão, passou por separar a cama do sr. A com biombos, ou seja, a necessidade de estar ao lado do seu ente suplantou a necessidade de privacidade, que aqui ficou relativa, conforme já tinha abordado. Consciente que as características individuais podem moldar e alterar o processo de comunicação, várias são as características já identificadas que melhoram o processo, como sendo, a atenção, a disponibilidade, o carisma, a calma e o altruísmo (Barbosa & Neto, 2006). Como conclusão da relação estabelecida com a esposa do sr. A, a utilização destas estratégias teve

⁴¹ Descrito no mesmo objetivo, no capítulo do SU.

sucesso na promoção do seu envolvimento, comprovado pelo grau de satisfação que ela própria transmitiu verbalmente, salientando o apoio dado e qualidade na informação e acessoriamente, os enfermeiros transmitiram, também verbalmente durante as passagens de ocorrências, que esta familiar tinha a consciência do estado, evolução e prognóstico do sr. A, sendo uma parceira efetiva dos cuidados. Sendo este um serviço de elevado nível técnico e tecnológico, a abertura e vontade de desenvolver competências para melhorar o cuidado através da comunicação, favorecendo o conforto foi evidente e analisando a resposta dos meus pares quanto à utilização destas orientações, ela foi evidente pela inclusão das estratégias na ação de formação realizada.

Relativamente ao quinto objetivo – Contribuir para a dinamização de estratégias de enfermagem para o suporte ao luto à família perante uma morte inesperada na PSC, após diálogo com o enfermeiro chefe do serviço e aprovação do enfermeiro orientador e do docente responsável, tive a oportunidade de realizar uma ação de formação, subordinada ao tema: **“Dispositivo Compressão Pneumática (LUCAS), quando trocar?”** (Plano de sessão no Apêndice V). Mais uma vez, e tal como foi no ensino clínico no SU, esta ação surge da conjugação da necessidade sentida do Enfermeiro Chefe do serviço que, dada a minha experiência e dado que já havia realizado as ações sobre a temática do dispositivo LUCAS no SU, fez a proposta para a sua concretização pois em situações anteriores, foi identificado como uma dificuldade da equipa de enfermagem. E, dada a importância identificada pelo chefe de serviço e como houve oportunidade foram realizadas também duas ações. Sendo esta ação mais direcionada para o interesse do serviço, mas fora do foco da temática do meu trabalho, propus, na sequência da ação, criar um espaço para explorar as **“Estratégias de Enfermagem na comunicação de más notícias”**. Na prática foi como de duas ações se tratasse, no mesmo momento, sendo que a ponte entre elas foi criada usando próprio protocolo de dador de coração parado existente no serviço que referencia para a família e comunicação de más notícias. O feedback obtido por questionário de avaliação

da ação foi o de cumprimento dos objetivos e adequação do conteúdo ao tempo disponível. Foi apresentado também o panfleto de bolso, que age como auxiliar no processo de comunicação, usando como base o protocolo SPIKES e clarificando para o que fazer e o que não fazer (Apêndice IV). Todos os documentos ficaram em suporte informático no serviço, a pedido do Enfermeiro Chefe, para posterior entrega a novos elementos.

Refletindo sobre as oportunidades tidas durante os dois períodos de estágio que permitiram o cumprimento dos objetivos apresentados e que estão relacionados, não só com o que foi delineado **no projeto de estágio**, mas também, através da constante pesquisa de literatura e interação com os pares, levou à obtenção de ganhos para a prática especializada que se pretende com a realização deste mestrado em enfermagem. Este percurso formativo, em ambiente de SU e UCI, relacionado intimamente com o cuidar da PSC, e dentro do que são os objetivos delineados, o cuidar da família perante uma morte inesperada, levou a articular, em momentos particulares, os conhecimentos que demonstram a evidencia individual das teorias, seja ela a teoria do conforto, sejam eles os conceitos relacionados com a comunicação e especificamente os do protocolo SPIKES. Esta articulação, nem sempre evidente, esteve na base das atividades tidas durante o estágio, consciente que nem só de más notícias se trata e que a aplicabilidade dos projetos está dependente da vontade e interesse dos profissionais com quem se partilha a informação, o objetivo principal é a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório assume-se de grande importância para mim. É um instrumento onde demonstro a afirmação dos meus objetivos e valido o percurso realizado, com aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, terminando com a sua apresentação e discussão pública. Desde o seu planeamento até a sua execução, para o tema que escolhi para desenvolver no âmbito deste Mestrado, é um culminar de uma fase da minha vida que tem tanto de bom, como foi ver o nascimento do meu terceiro filho, como de terrível, como foi a perda do meu pai.

Quando elaborei o projeto inicial de estágio e preconizei algumas atividades que estavam fora da minha atividade profissional diária, tais como Comunicação, Relação de Ajuda e comunicação de más notícias de forma estruturada, não queria com isto dizer que não estavam presentes na minha prestação de cuidados, mas tal acontecia de modo não fundamentado, apenas recorrendo a frugais conhecimentos oriundos da formação inicial.

Na análise realizada, foi realçado o papel do enfermeiro especialista na PSC, associado à sua inerente experiência, conforme explicado por Benner (2001). O olhar para o cuidado de enfermagem, foi direcionado para as necessidades de **conforto** da família estabelecendo uma **relação de ajuda**, possibilitando um maior envolvimento desta na prestação de cuidados otimizando uma maior satisfação, não só da pessoa, mas também do Enfermeiro. A teoria de Katharine Kolcaba foi o percutor que possibilitou o desenvolvimento desta competência. Associar a esta, uma forma de organização já estruturada, como é o protocolo de SPIKES, tem a vantagem de, num formato simples e moldável a cada realidade, ser um instrumento válido e facilitador do processo de comunicação.

O exercício reflexivo sobre as interações vivenciadas, emerge no presente como uma tomada de consciência, da leitura que fazemos do passado e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, para construção no futuro e de um melhor desempenho. Foi efetivamente, um conjunto de vivências, ricas de conteúdo, mas também de sentimento sobre a

pessoa, meu sujeito de cuidados e sobre as suas relações familiares. Por outro lado, permitiu-me também avaliar os meus cuidados prestados, com o distanciamento suficiente para compreender as implicações das minhas ações e da equipa que presta cuidados.

Chegando ao fim da realização deste relatório, não posso deixar de concordar com o fato de que,

“a morte é uma notícia muito frequente, destacando-se os casos nos quais o delinear do morrer se sucede em completo anonimato, na solidão, sem cuidados, em substância, sem uma presença amiga que possa propiciar o aconchego de uma relação humana aliado a cuidados embasados em conhecimentos científicos.” (Júnior, 2011, p. 1123).

Permitam-me perguntar se sou um enfermeiro mais competente? A resposta é claro que sim. Todo este trabalho foi construído sobre as necessidades sentidas, enquanto prestador de cuidados e numa perspetiva de crescimento profissional congruente o desenvolvi assim possibilitando a reflexão de forma crítica sobre os fenómenos observados para consequentemente os conseguir integrar na prática estabelecendo relações interpessoais à luz de lógicas defendidas em teorias de enfermagem, e em evidências científicas. Constituiu uma oportunidade para desenvolver as competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson (2007)** – *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau. ISBN978-972-8485-87-0.
- Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017)**. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>.
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2003)**. *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª. Coimbra : Almedina, 2003. 978-97240-185-22.
- American Psychiatric Association**: Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, (2013). Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- ANCP. (2006)**. Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP (pp 1-22). Porto, Portugal: ANCP.
- Annich, Gail, et al (2012)** - ECMO - Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care. Michigan: ELSO. ISBN: 978-0-9656756-4-2.
- Augusto, B. M. J., Rodrigues, C. M. A., Rodrigues, C. J. V., Rodrigues, E. C. S., Oliveira, F. M. et al, (2002)**. Cuidados continuados. Coimbra: Formasau.
- Baile, Walter F. et al (2000)**. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf+html>.
- Barbosa, António & Neto, Isabel Galriça (2006)** – Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, p.511. ISBN: 978-972-9349-21-8.

Beiermann, M., Kalowes, P., Dyo, M., & Mondor, A. (2017). Family Members' and Intensive Care Unit Nurses' Response to the ECG Memento© during the Bereavement Period. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(6), 317–326.

Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000269>.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. (2a ed.). Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.

Bertone, T., Ribeiro, A. P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), 1–5.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5 (11), 121-36.

Broad, J. B., Gott, M., Kim, H., Boyd, M., Chen, H., & Connolly, M. J. (2013). Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *International Journal of Public Health*, 58(2), 257–267.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0394-5>.

Buckman, R. (1984) - Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal* Vol. 288 (1597-1599).

Buckman, R. (1992) – How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: JHU Press, p.223. ISBN: 0-8018-4490-8.

Campos, S. (2014). Necessidade da Família em Cuidados Intensivos – Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento *Critical Care Family Needs Inventory*. Universidade do Porto Dissertação de Mestrado. Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/77954>.

Carvalho, J. (2008) – Conspiração do Silêncio: contributo na comunicação de más notícias. *Revista Percursos*. Janeiro - Março de 2008. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9139/1/Revista%20Percursos%20n07%20Conspira%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sil%C3%A2ncio%20->

[%20Contributo%20na%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A1s%20not%C3%ADcias.pdf](#).

Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. 1–276. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2015* Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6.

Conselho Português de Ressuscitação. Suporte Avançado de Vida (7ª Ed.), 2015.

Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista Millenium*, Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Nº 30 (9): novembro de 2004. 234-251.

Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de agosto (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série*, Nº151 (7/8/2013). 4749-4772.

Direção Geral do Ensino Superior. Descritores de Dublin (2008). Acedido 12 de Julho de 2017. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>.

Direção Geral de Saúde: Direção de Serviços de Planeamento Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa : MaiaDouro, 2001. 972-8425-99-X.

ELSO. (2017). General Guidelines for all ECLS Cases. *ELSO Guideline*, (August,), 1–26. Disponível em: <https://www.elseo.org/Resources/Guidelines.aspx>.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010).** Objetivos e competências do CMEPSC. Lisboa. Disponível em: <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-Objectivosecompetenciasportal.pdf>.
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013).** Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 10), 171–178. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIII12125>.
- Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (2008).** Handoffs: Implications for Nurses. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 28. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328750>.
- Gálvez González, M., Ríos Gallego, F., Fernández Vargas, L., del Águila Hidalgo, B., Muñumel Alameda, G., & Fernández Luque, C. (2011).** El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: Un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 13–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.003>.
- Hesbeen, W. (2000).** Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência.
- Hinderer, K. A. (2012).** Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(4), 252–259. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e318256e0f1>.
- Iseron, K. V. (2000).** Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. *Western Journal of Medicine*, 173(4), 261 – 265. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ewjm.173.4.261>.
- Issn, O., & Clínicos, C. (2011).** *Index de Enfermería Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos * Family accompanying: a tool to dignify the death process in intensive care unit.* 20(4), 1–7.
- Júnior, J. A. C. (2011).** Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Nov-Dez; 64(6): 1122-6.

- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991).** An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. (1994).** A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996).** A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76.
- Kolcaba, K. Y. (2001).** Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.
- Kübler-Ross, E. (1969).** On death and dying. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (2000).** Sobre a morte e o morrer. 8a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Kurian, M. J., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A. T., Mick, J. M. (2014).** Intensive care registered nurses' role in bereavement support. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(1), 31–39. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000018>.
- Laurell AC, Noriega M. (1989)** O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec.
- Lazure, H. (1994).** Viver a relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Loures: Lusodidacta.
- Le Boterf (1995), G.** De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage;
- Lei n.º 33/2009 (2009) de 14 de julho.** Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, 1.ª série — N.º 134 — 14 de julho de 2009. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/492408>
- Leske, J. S. (1991).** Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20, pp. 236-244.
- Linnarsson, J. R., Bubini, J., & Perseius, K. I. (2010).** Review: A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3102–3111. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x>.

- Locsin, R. (2001).** *Advancing Technology Caring, and Nursing.* Westport, Connecticut: Auburn House.
- Locsin, R. (2013).** Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences.* 7(1), 1-6.
- Lowey, S. E. (2008).** Letting go before a death: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing,* 63(2), 208–215.
Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04696.x>.
- Luan Labres de, T., Claudia, A., Souza, D., Natália, E., Valéria de Oliveira Vargas, J., & Silva de, S. (2016).** La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería. Global,* 41, 335–347. Disponível em <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/47439/2/214601-862471-1-PB.pdf>.
- Macmillan, K., Hopkinson, J., Peden, J. & Hycha, D. (2000).** *Como cuidar dos nossos.* Lisboa: AMARA e ESECG.
- Magalhães, J. (2009).** *Cuidar em fim de vida - Experiência durante a formação inicial de enfermeiros.* Lisboa: Coisas de Ler.
- Marchini, J. S. (2002).** Sonda Nasogástrica / Nasoentérica : Cuidados Na Instalação , Na Administração Da Dieta E. *Medicina,* 95–101.
- Martins, M., Agnés, P., & Paula, S. (2012).** Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e Intervenções dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados. Revisão Sistemática da Literatura. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.
- McClement, S. E., & Degner, L. F. (1995).** Expert nursing behaviors in care of the dying adult in the intensive care unit. *Heart and Lung - The Journal of Acute and Critical Care,* 24(5), 408–419.
Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(05\)80063-9](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(05)80063-9).
- McEvoy, L. and Duffy, A. (2008)** Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice,* 8, 412-419. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>.

- Ministério da Saúde e Instituto Nacional de saúde Ricardo Jorge (s.d.).** Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>
- Mitra, B., Torsten, T., & Jose, M. (1999).** Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *The Lancet*. 354, 1851–1858. DOI: [10.1016/S0140-6736\(98\)12251-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)12251-1)
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014).** Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the behavioral pain scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>.
- Munro, C. L., Grap, M. J., Jones, D. J., McClish, D. K., & Sessler, C. N. (2009).** Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *American Journal of Critical Care*, 18(5), 428–437. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/aicc2009792>.
- Nelson, J. E., Puntillo, K. A., Pronovost, P. J., Walker, A. S., McAdam, J. L., Ilaoa, D., & Penrod, J. (2010).** In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(3), 808–818. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181c5887c>.
- Oliveira, C. simão de. (2008).** ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO A Experiência de Confortar a Pessoa Hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*, 12, 2–13.
- Ordem dos Enfermeiros (2001).** Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: dezembro 2001.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a).** Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: fevereiro 2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b).** Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: fevereiro 2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014).** Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 233 de 2 de Dezembro de 2014*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015).** Lei 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015*, 4860–4862.
- Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Miyadahira, A. M. K., Monteiro da Cruz, D. de A. L., Fernandes Vattimo, M. de F., Kimura, M., ... Ducci, A. J. (2005).** Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 39(2), 229–233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>.
- Padilha, K., Sousa, R., Silva, M., & Rodrigues, A. (2009).** Disfunções orgânicas de pacientes internados Logistic Organ Dysfunction System.
- Parkes, Colin Murray.** Luto: Estudos Sobre A Perda Na Vida Adulta. Ed. Summus.1998
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013).** Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Lisboa.

- Phaneuf, M. (2005).** Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- Pinheiro, M. F. R. (1994).** Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6) nov. dez, 319-331.
- Radbruch, L., Payne, et al. (2009).** White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278–289. Disponível em: <http://eprints.lancs.ac.uk/32714/>.
- REPE. (1996).** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro. Diário da República nº205/96 - I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa
- Ribeiro PCPSV, Costa MAM. (2012).** O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributo para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Ser.III.* p.149-58.
- Ribeiro, R. A. R. (2013).** *A TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO, TESE DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS, Lisboa, julho de 2013.*
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002).** The Richmond Agitation–Sedation Scale. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>.
- Sousa, L.M.M.; Marques-Vieira, C.M.A; Severino, S.S.P. & Antunes, A.V. (2017).** Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem, Ser. II* (21), 17-26.
- Souza, D. (2016).** Critical Care Provider’ s Practices for Prevention of Ventilator Associated Pneumonia Critical Care Provider’ s Practices for Prevention of Ventilator Associated Pneumonia Jyothi Chakrabarty, (September 2015).

- Stub, D., Bernard, S., Pellegrino, V., Smith, K., Walker, T., Sheldrake, J. Kaye, D. M. (2015).** Refractory cardiac arrest treated with mechanical CPR, hypothermia, ECMO and early reperfusion (the CHEER trial). *Resuscitation*, 86, 88–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.09.010>
- The Joanna Briggs Institute. (2015).** Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews.
- Tyler, H. (2017).** Nursing Education on caring for the dying. Walden University. Disponível em: <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/3329/>.
- Warren, N. A. (2002).** Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Critical Care Nursing Quarterly*, 25(2), 54–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00002727-200208000-00006>.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre do curso de mestrado

Apêndice II – Plano de Sessão (SU): Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital.

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital.

Data: 30 de novembro de 2017 às 15h20, repetida a 01 de dezembro de 2017 às 14h30.

Duração da sessão: 30 minutos.

Local: Sala de Formação do Serviço de Urgência.

Destinatários: Enfermeiros do SU.

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS.

2. OBJECTIVOS GERAIS:

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Conhecer o percurso da pessoa em PCR, desde o pré-hospitalar até ao SU;
- Conhecer as indicações para a utilização do dispositivo LUCAS;
- Conhecer o algoritmo de Suporte Avançado de Vida;
- Identificar as estratégias para melhor integrar a família;
- Aplicar com sucesso o dispositivo LUCAS em prática simulada.

4. RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL A UTILIZAR:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Apresentação PowerPoint;

- Manequim de SBV
- Dispositivo LUCAS

5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Introdução e objetivos da apresentação;
- Pertinência do tema;
- Percurso da pessoa em PCR, desde o pré-hospitalar até ao SU
- Algoritmo de SAV com a integração do dispositivo LUCAS;
- Estratégias para integrar a família – Protocolo SPIKES
- Síntese Final;
- Prática simulada em manequim do dispositivo LUCAS;
 - Cuidados com o dispositivo (utilização e manutenção)

6. METODOLOGIA:

- Expositivo conciliado com o método Interrogativo;
- Demonstrativo.

7. AVALIAÇÃO:

Avaliação Diagnóstica: Formulação de questões orais sobre o conhecimento do algoritmo de SAV e quais as indicações da colocação do dispositivo LUCAS e sua integração no processo de reanimação.

8. ASPETOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL	AVALIAÇÃO	TEMPO
(Introdução) Pertinência do Tema	Método expositivo: Expor a pertinência do tema, com recurso a apresentação PowerPoint;	Projektor de vídeo; Computador; apresentação em PowerPoint.	Questões aos participantes	5 min.
(Desenvolvimento) Percurso da pessoa em PCR, desde o pré-hospitalar até ao SU Algoritmo de SAV com a integração do dispositivo LUCAS; Estratégias para integrar a família	Método expositivo /interrogativo/ Ativo Apresentação do algoritmo de SAV com ênfase na integração de dispositivos de compressão externa; Apresentação do protocolo de SPIKES	Projektor de vídeo; Computador; apresentação em PowerPoint; Panfleto com o protocolo SPIKES	Questões aos participantes	10 min.

<p>(Conclusão)</p> <p>Síntese Final com ênfase nos pontos-chave;</p> <p>Período para prática simulada com o dispositivo LUCAS.</p>	<p>Método expositivo/interrogativo</p> <p>Realização de síntese final com recurso a apresentação PowerPoint e solicitação da participação dos formandos através da técnica de questões.</p>	<p>Projeter de vídeo; Computador; apresentação em PowerPoint;</p> <p>Dispositivo LUCAS Manequim SBV Panfleto de Instruções</p>	<p>Questões aos participantes;</p>	<p>2 + 13 min</p>
--	---	---	---	-------------------

9. FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS

Tema da Sessão: Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital.

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS

Data/hora: dia 30 de novembro, às 15H20

Nome do Formando:	Email:
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
11-	
12-	
13-	

14-	
15-	
16-	
17-	
18-	
19-	
20-	

10. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

10.1 Identificação da sessão de formação

Tema: Integração do dispositivo LUCAS no processo de reanimação, desde a rua até ao hospital.

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS

Data/hora: dia 30 de novembro de 2017 às 15h20.

Para responder ao questionário, utilize uma escala de 1 a 4 – 1: discordo totalmente; 2: discordo; 3: concordo; 4: concordo totalmente.

10.2 Apreciação global

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram claros				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos				
A duração da sessão foi adequada				
O relacionamento entre os participantes foi positivo				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados				

10.3 Avaliação do Impacto da formação

	1	2	3	4
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos				
O conteúdo desta sessão é útil para o exercício das minhas funções				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar a prestação de cuidados à pessoa doente				
Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para a melhoria do meu desempenho profissional				

10.4 Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A metodologia utilizada foi adequada				
A exposição dos assuntos foi clara				
A relação estabelecida com os formandos foi positiva				

10.5 Sugestões/críticas

--

Obrigado!

Artur Martins

Apêndice III – Poster LUCAS (SU)

VERIFICAÇÕES DE ROTINA

Semanalmente e depois de cada utilização do Sistema de Compressão Torácica LUCAS, execute as operações seguintes:

1. Certifique-se de que o dispositivo está limpo.
2. Certifique-se de que foi instalada uma nova ventosa.
3. Certifique-se de que as correias do doente se encontram instaladas.
4. Certifique-se de que as correias dos braços de apoio da correia de estabilização se encontram colocadas em torno dos braços de apoio e que a correia do pescoço está colocada na mala de transporte.
5. Puxe os anéis de libertação para cima de modo a garantir que as ganchos de fixação se encontram abertos.
6. Certifique-se de que a bateria se encontra totalmente carregada. Enquanto o dispositivo LUCAS estiver no modo DESLIGADO, prima **SILÊNCIO**. O indicador da bateria indica o estado de carregamento da bateria.
7. Prima **LIGAR/DESLIGAR** para que o dispositivo realize um autotesta. Certifique-se de que o LED AJUSTAR se ilumina e que não é emitido nenhum alarme nem se acende nenhum LED de advertência.
8. Prima **LIGAR/DESLIGAR** para desligar novamente o dispositivo.
9. Certifique-se de que o cabo de alimentação externo não está danificado.

Rotinas de limpeza

Limpe todas as superfícies e correias com um pano macio embebido em água ténida com um agente de limpeza ou desinfetante suave, por exemplo:

- Toalhetes Desinfetantes tipo "ANIOS"

(Respeite as instruções de manuseamento do fabricante do desinfetante.)

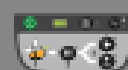
CUIDADO - LÍQUIDOS

Não submerja o sistema de compressão torácica LUCAS em líquidos. O dispositivo pode ficar danificado se os líquidos entrarem no interior da cobertura.

Esperre que o dispositivo seque antes de voltar a colocá-lo na mala de transporte.

Adaptado de LUCAS® 3 Sistema de Compressão Torácica – INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO 100925-12 Rev A, validação de CO J2948 © 2016 Jolife AB

Não Cole quando consulte um documento completo de instruções de utilização. Consulte as instruções de utilização para se informar sobre as instruções de utilização completas, indicações, contra-indicações, advertências, precauções e outros alarmes possíveis.



PERSONAMENTO MANUAL DO USUÁRIO



PRESTADOR DE SOCORRO 1
(o maior de dois possib. a LUCAS)

PRESTADOR
DE SOCORRO 2

1. LIGUE O DISPOSITIVO LUCAS.



- Prima **LIGAR/DESLIGAR** para iniciar o auto-teste e ligar o dispositivo LUCAS
- O dispositivo ficará operacional e no modo **AJUSTAR**

- Realize RCP manual

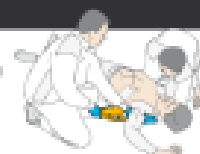


2. POSICIONE A PLACA POSTERIOR DO DISPOSITIVO LUCAS.



- Interrompa brevemente a RCP manual
- POSICIONE a **PLACA POSTERIOR** sobre o doente, sobre os ombros

- Ajude no BLOCAMENTO da **PLACA POSTERIOR**
- Retorne a RCP manual

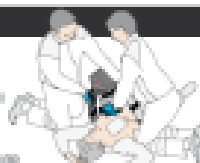


3. LIGUE A PARTE SUPERIOR.



- Passe os **ANÉIS DE LIBERTÇÃO** para se e para abrir os **GANCHOS DE FIXAÇÃO**. A seguir, solte os anéis
- Para brevemente a RCP enquanto liga a **PARTE SUPERIOR** a **PLACA POSTERIOR**. Deve ouvir um "CLIQUE"
- Passe uma vez para cima para garantir que está fixo

- Continue a RCP manual durante o tempo máximo possível
- Ajude a ligar a **PARTE SUPERIOR**



4. EMPURRE A VENTOSA PARA BAIXO, SE NECESSÁRIO, AJUSTE A POSIÇÃO.



- Empurre a ventosa **PARA BAIXO**
- O lado inferior da **VENTOSA** deve ser instalado sobre os ombros
- Ajude de necessário continue no modo **AJUSTAR**

- Ajude

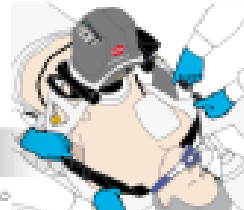


5. DEFINA A POSIÇÃO, INICIE AS COMPRESSÕES.



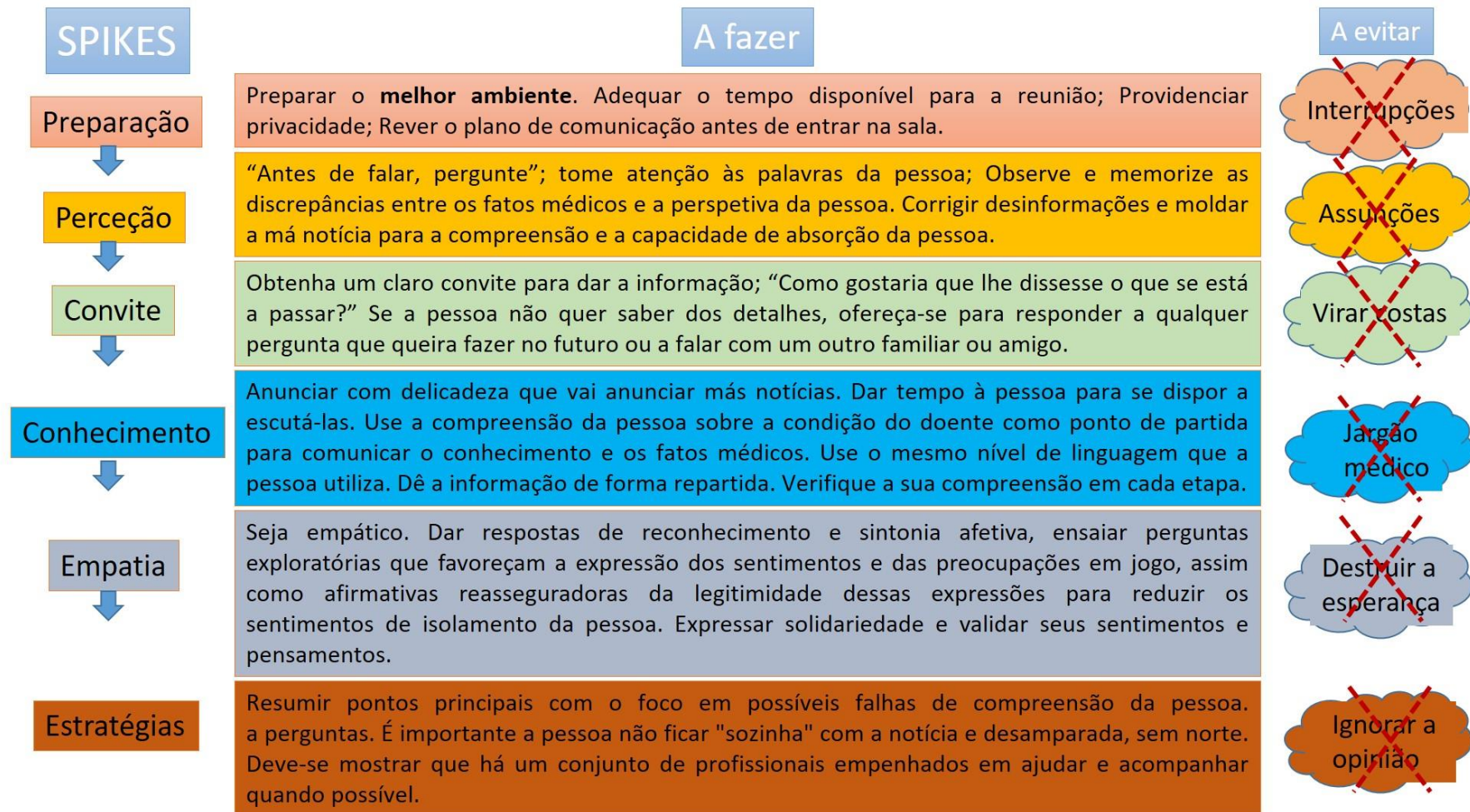
- Prima **PAUSA** para definir a **POSIÇÃO INICIAL**
- Prima **ATIVAR** (modo contínuo) ou **ACTIVAR (RCP)** para iniciar as compressões

- Ajude



... LIGUE A CORREIA DE ESTABILIZAÇÃO, SIGA OS PROTOCOLOS DE RCP.

Apêndice IV – PROTOCOLO SPIKES



Apêndice V – Plano de Sessão (UCI) –

- 1. DISPOSITIVO COMPRESSÃO PNEUMÁTICA (LUCAS), QUANDO TROCAR?**
- 2. ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.**

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: 1. Dispositivo Compressão Pneumática (LUCAS), quando trocar?

2. Estratégias de Enfermagem na comunicação de más notícias.

Data: 08 de fevereiro de 2018 pelas 14h

Duração da sessão: 25+25 minutos.

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos.

Destinatários: Enfermeiros da UCI

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS.

2. OBJECTIVOS GERAIS:

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

1.

- Conhecer as indicações para a utilização do dispositivo LUCAS;
- Identificar o momento mais adequado para a troca de dispositivo no algoritmo de SAV no E-CPR;
- Identificar o momento mais adequado para a troca de dispositivo no algoritmo de SAV no protocolo de dador de coração parado.

2.

- Conhecer o protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias;
- Identificar as estratégias de enfermagem para melhorar a comunicação de más notícias;

4. RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL A UTILIZAR:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Apresentação PowerPoint;

5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

1ª Parte

- Introdução e objetivos da apresentação;
- Pertinência do tema;
- Indicações para a utilização do dispositivo LUCAS;
- Identificar o momento mais adequado para a troca de dispositivo LUCAS no algoritmo de SAV no E-CPR e no protocolo de dador de coração parado;
- Síntese.

2ª Parte

- Protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias;
- Estratégias de enfermagem para melhorar a comunicação de más notícias;
- Síntese Final.

6. METODOLOGIA:

- Expositivo conciliado com o método Interrogativo;
- Demonstrativo.

7. AVALIAÇÃO:

Avaliação Diagnóstica:

1. Formulação de questões orais sobre o conhecimento das indicações da colocação do dispositivo LUCAS e sua integração no processo de reanimação.
2. Formulação de questões orais sobre o conhecimento sobre a comunicação de más notícias.

8. ASPETOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL	AVALIAÇÃO	TEMPO
(Introdução) Pertinência do Tema	Método expositivo: Expor a pertinência do tema, com recurso a apresentação PowerPoint;	Projektor de vídeo; Computador; apresentação em PowerPoint.	Questões aos participantes	5 min.
(Desenvolvimento) Indicações para a utilização do dispositivo LUCAS; Identificar o momento mais adequado para a troca de dispositivo LUCAS no algoritmo de SAV no E-CPR e no protocolo de dador de	Método expositivo /interrogativo/ Ativo Apresentação no algoritmo de SAV com ênfase na integração de sistemas de compressão torácica;	Projektor de vídeo; Computador; apresentação em PowerPoint;	Questões aos participantes	15 min.

<p>coração parado;</p> <p>Protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias;</p> <p>Estratégias de enfermagem para melhorar a comunicação de más notícias;</p>	<p>Definição de conceitos;</p> <p>Apresentação do protocolo de SPIKES;</p> <p>Estratégias a adoptar.</p>	<p>Panfleto com o protocolo SPIKES</p>		<p>15 min.</p>
<p>(Conclusão)</p> <p>Síntese Final com ênfase nos pontos-chave;</p>	<p>Método expositivo/interrogativo</p> <p>Realização de síntese final com recurso a apresentação PowerPoint e solicitação da participação dos formandos através da técnica de questões.</p>	<p>Projector de vídeo;</p> <p>Computador;</p> <p>apresentação em PowerPoint;</p>	<p>Questões aos participantes ;</p>	<p>2 + 13 min</p>

9. FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS

Tema da Sessão: 1. Dispositivo Compressão Pneumática (LUCAS), quando trocar? 2. Estratégias de Enfermagem na comunicação de más notícias.

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS

Data/hora: dia 08 de fevereiro, às 14H00

Nome do Formando:	Email:
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
11-	
12-	

13-	
14-	
15-	
16-	
17-	
18-	
19-	
20-	

10. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

10.1 Identificação da sessão de formação

Tema da Sessão: 1. Dispositivo Compressão Pneumática (LUCAS), quando trocar? 2. Estratégias de Enfermagem na comunicação de más notícias.

Formador: ARTUR MANUEL ROSA MARTINS

Data/hora: dia 08 de fevereiro, às 14H00

Para responder ao questionário, utilize uma escala de 1 a 4 – 1: discordo totalmente; 2: discordo; 3: concordo; 4: concordo totalmente.

10.2 Apreciação global

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram claros				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos				
A duração da sessão foi adequada				
O relacionamento entre os participantes foi positivo				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados				

10.3 Avaliação do Impacto da formação

	1	2	3	4
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos				
O conteúdo desta sessão é útil para o exercício das minhas funções				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar a prestação de cuidados à pessoa doente				
Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para a melhoria do meu desempenho profissional				

10.4 Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A metodologia utilizada foi adequada				
A exposição dos assuntos foi clara				
A relação estabelecida com os formandos foi positiva				

10.5 Sugestões/críticas

--

Obrigado!

Artur Martins