



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Maria Francisca Rodrigues Simões

Comunicação e relação dos
enfermeiros com a família da
pessoa admitida em cuidados
intensivos

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Comunicação e relação dos enfermeiros com a família da pessoa admitida em cuidados intensivos

Relatório Final de Estágio

Maria Francisca Rodrigues Simões

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota

Oliveira de Azeméis | 2024

*“Out of clutter, find simplicity. From discord, find harmony. In the middle of
difficulty lies opportunity”*
Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio na concretização dos meus objetivos.

À Professora Doutora Liliana Mota, por todo o acompanhamento e esforço durante este período. O maior agradecimento pela orientação, disponibilidade e paciência.

Aos orientadores de estágio pela partilha de conhecimentos e contributo para uma aprendizagem mais rica.

Às minhas amigas que sempre me incentivaram e apoiaram ao longo deste processo, estando sempre presente, nos bons e nos maus momentos.

Às minhas colegas de mestrado que foram um suporte nesta caminhada que iniciámos juntas.

A todos os que de alguma forma estiveram presentes durante este período e com os quais tive a oportunidade de partilhar experiências que me auxiliaram a chegar a este momento

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cruz Vermelha Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

DIB - Drug Infusion Ballon

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEH - Emergência Extra-Hospitalar

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GNR - Guarda Nacional Republicana

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NAS - Nursing Activities Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorespiratória

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

SAV - Suporte Avançado de Vida

SAV-P – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte de Vida Imediato

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SUB - Serviço de Urgência Básica

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O desenvolvimento de uma relação e comunicação assertiva entre o enfermeiro e a família é crucial para que sejam implementadas intervenções focadas não só na pessoa internada, mas também na sua família de forma a atenuar o impacto do internamento. Torna-se fundamental que o Enfermeiro Especialista desenvolva competências que lhe permita implementar cuidados de enfermagem altamente qualificados para prevenir complicações e otimizar o prognóstico da pessoa e as consequências do internamento. O estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II foi realizado em dois contextos distintos, o Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente e o contexto extra-hospitalar. A partir destes contextos e, tendo em conta as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas, é realizada uma análise crítico-reflexiva em concordância com as competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica. Realizou-se um estudo de investigação de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo na área da Comunicação e relação dos enfermeiros com a família da pessoa admitida em cuidados intensivos teve como objetivo identificar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a comunicação e relação dos mesmos com a família da pessoa admitida em unidade de cuidados intensivos. A identificação de fatores condicionadores à comunicação e relação com a família da pessoa em situação crítica permite a implementação de intervenções promotoras da comunicação e relação com repercussões significativas na qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva; Família; Comunicação em Saúde

ABSTRACT

The development of an assertive relationship and communication between the nurse and the family is crucial for implementing interventions focused not only on the hospitalized person, but also on their family in order to mitigate the impact of hospitalization. It is essential that the Specialist Nurse develops skills that allow him to implement highly qualified nursing care to prevent complications and optimize the person's prognosis and the consequences of hospitalization. The Advanced Nursing Care for Critically Ill Person II was carried out in two different contexts, the Multipurpose Intensive Care Service and the extra-hospital context. From these contexts and, taking into account the lived experiences and the activities developed, a critical-reflexive analysis is carried out in accordance with the common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Advanced Nursing Care for Critically Ill Person. A qualitative, exploratory and descriptive research study was carried out in the area of Communication and the relationship between nurses and the family of the person admitted to intensive care. The objective was to identify nurses' perception of the factors that influence communication and relationship of the same with the family of the person admitted to the intensive care unit. The identification of factors that condition communication and relationships with the family of the person in a critical situation allows the implementation of interventions that promote communication and relationships with significant repercussions on the quality and safety of care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Intensive Care Unit; Family; Health communication

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Matriz de Categorização de Dados	63
Tabela 2: Unidade de Registo da Subcategoria “Humanização de cuidados”	64
Tabela 3: Unidade de Registo da Subcategoria “Condições Físicas do Serviço”	66
Tabela 4: Unidade de Registo da Categoria “Disponibilidade”	67
Tabela 5: Unidade de Registo da Categoria “Escuta Ativa”	69
Tabela 6: Unidade de Registo da Categoria “Idade da PSC”	70
Tabela 7: Unidade de Registo da Categoria “Debriefing”	71
Tabela 8: Unidade de Registo da Categoria “Formação”	72

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	21
1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	23
1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalente	23
1.2. Estágio em Contexto de Emergência Extra-Hospitalar	24
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	27
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	29
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	30
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	32
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	35
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	35
3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe	38
3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica	39
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	45
1. RESUMO	47
2. ABSTRACT	49
3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO	51
4. FINALIDADE E OBJETIVOS	57
5. METODOLOGIA	59
5.1. Desenho do Estudo	59

5.2. Considerações Éticas	61
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
7. CONCLUSÃO	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	87
ANEXO I: Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP	89
ANEXO II: Flyer “Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP”	95
ANEXO III: “O Enfermeiro e a Família em Situações de Paragem Cardiorrespiratória na EEH”	97
ANEXO IV: Certificado Participação 2º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar	101
ANEXO V: Consentimento Informado Livre e Esclarecido	103
ANEXO V: Guião <i>Focus Group</i>	107
ANEXO VI: Parecer Comissão de Ética	109

INTRODUÇÃO

O relatório final de estágio surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota.

Segundo o Artigo 3º do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Enfermagem à PSC, o enfermeiro “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. Este artigo realça a necessidade do EEEMC saber identificar as necessidades não só da pessoa, mas também da família/cuidador através do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e adequada à sua condição e individualidade, demonstrando competências específicas em técnicas de comunicação que possibilitem apoiar a família no processo de transição e adaptação aos processos de saúde, envolver a família no processo de cuidar e do bem-estar, valorizando o seu potencial em todo o processo saúde/doença.

A família da PSC passa por situações de pressão perante a condição do seu familiar, que em resultado alteram a dinâmica da mesma (Silva & Fortunatti, 2017), podendo qualquer ameaça a um membro ser tida como uma ameaça a toda a família (Gerritsen, Hartog, & Curtis, 2017). Para que esta “ameaça” seja dissolvida é necessário cuidar da família de forma a diminuir as suas preocupações pela condição clínica do seu familiar (Kynoch & Ramis, 2021).

É fundamental reconhecer a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam esta relação/comunicação de forma a fundamentar e intervir na prática clínica para diminuir os efeitos negativos de um internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e melhorar a prática clínica dos enfermeiros e promover uma transição saudável à família. No âmbito do estudo de investigação foi definido o objetivo identificar os fatores percecionados pelos enfermeiros, que influenciam a comunicação entre o enfermeiro e a família da PSC internada em UCI. O estudo enquadra-se teoricamente na Teoria de Transições de Afaf Meleis, uma vez que mediante uma situação crítica num membro de uma família estão necessariamente associadas mudanças. A família não se encontra cingida a um só tipo de transição, podendo experienciar múltiplas transições em simultâneo, como por exemplo a transição saúde/doença, onde ocorre uma alteração do estado de saúde para o estado de doença, e a

transição situacional, onde os eventos experienciados implicam a alteração de papéis. Para que estas transições ocorram a família deve estar consciencializada para as mesmas de forma a envolver-se de forma ativa e empenhada (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Situações como a de um internamento numa UCI, podem ser classificadas como eventos críticos que vão exigir ao enfermeiro uma maior atenção, experiência e conhecimento para abordar este evento de forma a possibilitar à família os recursos necessários para ultrapassar este evento crítico de forma fluida (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Este documento encontra-se organizado em duas partes, sendo a primeira referente à componente de estágio e a segunda à componente de investigação. Na componente de estágio será realizada uma breve descrição dos locais de estágio e uma análise crítico-reflexiva sobre as competências comuns e específicas do EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC. Na segunda parte, componente de investigação, será feita a descrição do estudo de investigação, no qual se abordará a fundamentação teórica, a metodologia de estudo, os critérios de seleção, o método de recolha de dados, os resultados, a discussão tendo em conta a comparação entre os achados e o estado da arte, e, por último a conclusão onde serão explanadas as conclusões do projeto de investigação, bem como as suas implicações para a prática atual e futura da enfermagem e as principais limitações ao estudo.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Na transição de enfermeiro para Enfermeiro Especialista (EE), um dos elementos fulcrais prende-se com o estágio profissional, de forma a que o mesmo compreenda as dinâmicas das suas intervenções no contexto de prestação de cuidados, permitindo um processo de aprendizagem fluido e uma consolidação de conhecimentos subsequente (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Este capítulo irá incidir na descrição dos campos de estágio e na reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso académico do mestrado.

1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalente

O primeiro momento de estágio decorreu entre o dia 2 de outubro e o dia 7 de dezembro de 2023 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar da região centro. Este serviço possui capacidade física para doze unidades de nível II e/ou nível III. Apresenta um quarto triplo, dois duplos e os restantes individuais.

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) assumem um papel de relevo na prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, que possuem disfunção e/ou falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou já estabelecidas (Nuñez, et al., 2020).

A categorização das Unidades pode ser dividida em três níveis (I, II e III) de acordo com a complexidade dos cuidados que são prestados (ACSS, 2024). O nível I inclui monitorização, normalmente não invasiva, assegurando capacidade de assegurar manobras de reanimação e articulação com outros serviços com nível superior. O nível II pressupõe capacidade de suporte de apenas uma função orgânica, devendo ter acesso permanente a um médico com preparação específica. Deve garantir articulação com unidades de nível superior, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas especializadas. Por último, o nível III exige uma equipa dedicada (médica e de enfermagem) em presença física 24h e deve ser destinada a doentes com duas ou mais disfunções. Tal como no nível II deve ter acesso a meios de monitorização invasiva, diagnóstico e terapêutica necessários. (Regulamento nº743/2019, 2019). As unidades são constituídas pelos equipamentos necessários à monitorização e ventilação invasiva.

A nível de recursos humanos é constituída por um diretor de serviço, dois médicos assistentes graduados e sete médicos assistentes, um enfermeiro com funções de gestão, quarenta e três enfermeiros dos quais doze são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro são especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, catorze assistentes operacionais e uma assistente técnica. Sempre que necessário possuem colaboração com outras especialidades médicas e com técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O rácio enfermeiro/doente na UCIP em questão é flexível sendo que sempre que possível é composto por 1:1 ou 1:2 tanto em camas de nível II como III, seguindo as recomendações descritas no Regulamento nº 743/2019 – Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, de um rácio mínimo de 1:2 em camas de nível III e 1:3 em nível II (Regulamento nº743/2019, 2019, p. 145).

Durante este estágio foi possível complementar conhecimentos adquiridos previamente, durante as aulas e na prática clínica, partilhar experiências e aprendizagens com a equipa multidisciplinar, permitindo debate sobre os procedimentos e protocolos instituídos. Foi definido o seguinte objetivo específico para este estágio: desenvolver procedimento de acolhimento e acompanhamento da família da pessoa internada na UCIP.

1.2. Estágio em Contexto de Emergência Extra-Hospitalar

O segundo momento de estágio decorreu entre o dia 11 de dezembro de 2023 e o dia 12 de março de 2024 em Contexto de Emergência Extra-Hospitalar (EEH) num dispositivo de Suporte de Vida Imediato (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por um conjunto de intervenções associados ao funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) capaz de garantir à PSC, quer por doença súbita quer de doença traumatológica, a correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2019).

Tanto a SIV como a VMER são ativadas através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Com a utilização de algoritmos de triagem, os pedidos de socorro são triados e encaminhados para o meio mais correto para a situação (INEM, 2019).

A ambulância SIV é tripulada por uma equipa formada por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e tem como objetivo a garantia de cuidados de saúde diferenciados, até se encontrar disponível um meio com suporte avançado de vida, através

da estabilização e o transporte do doente crítico, de doença súbita ou trauma, em situações de emergência. A carga desta tipologia de ambulância inclui monitor-desfibrilhador (com possibilidade de transmissão de dados de eletrocardiografia para o CODU e material de Suporte Avançado de Vida (SAV), nomeadamente material de via aérea e de circulação, onde se encontram incluídos os fármacos que permitem a aplicação de protocolos médicos pré-definidos e validados pelo INEM (INEM, 2021).

Na sua maioria a ambulância SIV encontra-se alocada a um Serviço de Urgência Básica (SUB) mas, neste caso em específico, a ambulância SIV onde foi realizado estágio é uma SIV não integrada, ou seja, não se encontra sediada em nenhum SUB.

A equipa da SIV é constituída por 5 enfermeiros dos quais 3 são EEEMC, um enfermeiro é especialista em Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro generalista. O enfermeiro de SIV assume um papel de *team leader* durante as ocorrências.

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, tripulado por um médico e um enfermeiro. Dispõe de equipamentos e materiais de SAV, necessários à prestação de cuidados ao doente crítico de situações do foro médico e do foro traumatológico. É um meio com base no hospital e têm como principal objetivo a estabilização e acompanhamento médico das vítimas no contexto pré-hospitalar (Despacho nº 5561/2014, 2014).

Esta equipa de VMER é constituída por 15 enfermeiros e 29 médicos. Todos os enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo este um critério de inclusão para a realização do curso de VMER.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro é o profissional de saúde que possui formação científica, humana e técnica apropriada para a prestação de cuidados em qualquer contexto, principalmente nos de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências que permitem atuar de forma independente e autónoma, trabalhando sempre dentro da equipa de emergência pré-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A OE reconhece, desde 2018, a Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Neste contexto específico, o enfermeiro tem de ser detentor de um pensamento/conhecimento sistematizado nos vários domínios da profissão e da emergência extra-hospitalar. É o responsável por todo o processo de cuidados de enfermagem não só à PSC como também à sua família e comunidade envolvente ao local onde se encontra a situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe (Regulamento nº226/2018, 2018).

O enfermeiro deve atuar de acordo com o enquadramento legal, assegurando a estabilização da PSC de acidente ou de doença súbita de forma a garantir a manutenção de todas as

funções vitais; deve garantir o acompanhamento e vigilância durante todo o tipo de transporte (primário ou secundário); deve assegurar a continuidade dos cuidados e a transmissão da mesma segundo a metodologia ISBAR (Identificação; Situação; Background; Avaliação; Recomendações); garantir que a informação fornecida à família e à PSC é a mais adequada de modo a minimizar o sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Este campo de estágio permitiu complementar conhecimentos adquiridos previamente, partilhar experiências e aprendizagens com ambas as equipas de SIV e VMER. Foi definido como objetivo específico para este estágio: envolver a família/pessoa significativa da vítima no processo de transição saúde/doença, utilizando estratégias comunicacionais adequadas ao contexto de emergência extra-hospitalar de forma a gerir emoções e minimizar conflitos.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se descritas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. O mesmo descreve um conjunto de competências especializadas que assegura que o enfermeiro especialista possua “conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas (...)” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).

Ao longo deste capítulo serão descritas as competências comuns do EE desenvolvidas nos dois contextos de estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II, realizando uma análise reflexiva dos objetivos propostos no âmbito dos contextos clínicos.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O EE tendo em conta as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal deve desenvolver uma prática “agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia do profissional” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).

As suas competências passam pela garantia de práticas de cuidados seguras que “respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).

As intervenções executadas e supervisionadas pelos enfermeiros devem ter sempre em atenção a liberdade de escolha com o foco no bem comum, a igualdade, o altruísmo e a solidariedade, a verdade e a justiça e a competência do contínuo aperfeiçoamento profissional. Toda a atividade profissional é orientada por princípios como a responsabilidade perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência profissional para com o exercício no geral bem como na relação com outros profissionais (Lei nº156/2015, 2015).

A PSC internada em UCI encontra-se vulnerável a todo o meio externo e, cabe a nós, enfermeiros, fazer a diferença, proteger a vida e a privacidade daquela pessoa assegurando intervenções com respeito pela mesma, pela sua dignidade e pelas suas vontades (Lei nº 95/2019, 2019).

A UCIP onde foi realizado o estágio possuía uma unidade aberta com grandes áreas entre as camas de cada doente, favorecendo a possibilidade de maior privacidade durante as visitas e durante a execução de procedimentos. Apesar de serem espaçosas e, portanto, benéficas para o doente e para a sua família por uma questão de conforto, a unidade continua a ser aberta pelo que urge a necessidade de recorrer a estratégias que garantam a privacidade da pessoa e família durante a execução de procedimentos de forma a preservar os direitos humanos, nomeadamente, a privacidade e intimidade num contexto de elevada vulnerabilidade. Segundo o artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 123). Enquanto EE a promoção dos direitos humanos é uma das competências inerentes à posição, nomeadamente através da defesa dos direitos humanos, da fomentação pelo respeito ao direito à privacidade e à confidencialidade, entre outros (Regulamento nº140/2019, 2019).

Em ambiente pré-hospitalar torna-se ainda mais difícil a promoção da privacidade e dignidade, principalmente em situações de traumas graves em que a pessoa se encontra exposta (Torabi, Borhani, Abbaszadeh, & Shoorideh, 2018). Tive a oportunidade, ao longo do estágio, de perceber diferentes dinâmicas de equipas (INEM, Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), Guarda Nacional Republicana (GNR), bombeiros, etc) para manter a privacidade e a operacionalidade do local da ocorrência.

Em ocorrências na via pública foi facilmente perceptível a necessidade de estabilizar a vítima e colocá-la na ambulância o mais rápido possível de forma a não criar destabilizações na via pública. Todos os meios ativados acabam por formar uma barreira entre a pessoa e o resto da via pública para esse efeito, uma vez que todas as intervenções realizadas são minuciosamente relatadas e discutidas por leigos, impactando na ação dos profissionais de saúde. Uma intervenção invasiva que seja necessária como uma entubação ou a execução de manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), pode ser vista, por uma população leiga, como uma intervenção que está a prejudicar mais aquela pessoa (INEM, 2020). O papel de *team leader* mostra-se aqui deveras importante na coordenação de forma a prestar apoio e gerir as equipas envolvidas na prestação de cuidados à PSC, otimizando o trabalho em equipa com os recursos adequados para prestação de cuidados de qualidade (Regulamento nº140/2019, 2019).

Todas as intervenções realizadas em ambos os estágios tiveram na sua base de ação o respeito pela pessoa, pela sua dignidade, privacidade e pelas suas vontades, sempre que a mesma possuísse capacidade para a toma de decisões autónomas.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade em saúde é definida como a “prestação de cuidados (...) com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue (...) satisfação do cidadão (...)” (Despacho nº 5613/2015, 2015, p. 13551). É uma tarefa multiprofissional e que deve ser aplicado ao contexto da situação. A qualidade dos cuidados exige reflexão sobre a ação, de forma a serem definidos objetivos e estratégias a alcançar (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Na garantia da qualidade é da competência do EE a garantia de um papel dinamizador de iniciativas estratégicas institucionais, o desenvolvimento de práticas atuais e de qualidade, gerindo e colaborando nos programas de melhoria contínua, mantendo a garantia de um ambiente terapêutico e seguro para as práticas (Regulamento nº140/2019, 2019).

Verificou-se que a UCIP adota cada vez mais uma atitude médica de analgesia multimodal, cujo grande objetivo é a diminuição da dor, através da combinação de opióides, como fentanil, remifentanil, alfentanil, entre outros, com a utilização de bloqueios regionais nervosos, de forma a diminuir a utilização dos primeiros (Chou, et al., 2016). A administração contínua de opióides leva à diminuição da sua eficácia analgésica, existindo a necessidade gradual do aumento da dosagem, o que pode levar ao risco de dependência após o internamento (Eziliano, et al., 2021). Neste âmbito foi realizada uma sessão de formação sobre esta temática, direcionada para a preparação do balão de medicação (Drug Infusion Ballon – (DIB)) pelos médicos internos de anestesia. Este método de preparação de medicação era previamente realizado pelos enfermeiros do bloco operatório e posteriormente vinha com o doente para o serviço, sempre que fosse necessário eram esses colegas que preparavam, existindo uma quebra no fluxo de preparação/administração dos medicamentos, nomeadamente, quem preparava não era quem administrava.

A formação foi uma oportunidade de melhoria para a mudança de práticas diárias com a consciencialização da equipa de enfermagem da possibilidade do erro associado ao facto de não ser o próprio a preparar a medicação, sendo este um dos princípios a ter em conta sempre que é administrada medicação, indo de encontro ao objetivo estratégico 4, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, sobre aumentar a segurança na utilização da medicação (Direção Geral da Saúde, 2022).

O enfermeiro do meio SIV (especialistas ou não) tem a obrigatoriedade de refazer o curso SIV de 5 em 5 anos (curso fornecido pelo INEM) e de se manter atualizado com os protocolos de atuação que se encontram em constante alteração e melhoria. Durante o estágio houveram

alterações de vários protocolos, nomeadamente, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), anafilaxia, trauma entre outros.

O INEM possui uma página de formação interna, denominada Aprender INEM, para todos os operacionais da instituição, de modo a validarem os conhecimentos dos novos protocolos. Esta plataforma foi desenvolvida pelo Departamento de Formação em Emergência Médica de forma a reunir conteúdos abrangentes e destinados a diferentes públicos-alvo (INEM, 2021).

No meio VMER, e dado serem enfermeiros que exercem funções nas áreas de Urgência, Cuidados Intensivos ou Bloco Operatório, a única revalidação que fazem é o curso de SAV, não estando explícito na lei a obrigatoriedade de revalidarem os restantes módulos do curso de VMER. Independentemente dos cursos ministrados pelo INEM, cabe a cada profissional a realização de uma busca contínua pela atualização de conhecimentos, teóricos e práticos.

Ambos os tutores dos meios INEM são formadores de variados cursos, nomeadamente, SAV, Suporte Avançado de Vida-Pediátrico (SAV-P) e cursos de Trauma. Tendo em conta este facto, e sabendo que o enfermeiro tutor da SIV dá formações no INEM com alguma regularidade, foi permitida a presença no módulo de Emergências Médicas de um Curso de VMER, que permitiu aprofundar conhecimentos nesta área e partilhar experiências com os restantes formandos.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

A nível da gestão de cuidados, o EE deve gerir os mesmos de forma a otimizar a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, garantido a qualidade de cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

O grau de Mestre é conferido a quem tenha, entre outros, a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” e também a capacidade de comunicar “as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, (...) de forma clara e sem ambiguidades” (Decreto de Lei nº63/2016, 2016, p. 3174). A gestão dos cuidados engloba não só a gestão dos cuidados dedicados à PSC como também a adequação dos recursos disponíveis para as necessidades dos mesmos.

Na UCIP o enfermeiro coordenador de turno assume a função de gestão e coordenação do turno tendo a enfermeira chefe de resolver conflitos e situações que o mesmo não consiga, de forma a promover uma implementação de métodos adequados de organização de trabalho com os recursos adequados para a prestação de cuidados de qualidade (Regulamento nº140/2019, 2019). As funções do enfermeiro coordenador englobam a gestão de recursos materiais, equipamentos e medicação na unidade, gestão de recursos humanos (assistentes operacionais e enfermeiros) e gestão de vagas da unidade, este último em conjunto com a equipa médica.

Durante o estágio tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro coordenador, de forma a perceber o papel diferenciador do EE, uma vez que a atribuição desta função deve ser realizada ao EE pelas suas competências na área da gestão (Parecer Conjunto nº 01/2017, 2017). O facto de no momento em que integrei o estágio ter sido um momento de reorganização da unidade foi benéfico no sentido de perceber toda organização e logística que estão por trás da montagem de uma UCI.

A distribuição dos enfermeiros pelos doentes é realizada pelo enfermeiro coordenador através da escala de trabalho diário. Para avaliação da carga de trabalho de enfermagem, a UCIP utiliza a Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) que é realizado no fim do turno da manhã. O TISS-28 permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UCI, que por sua vez, possibilita a adequação do número de enfermeiros (Padilha, et al., 2005).

A adequação do rácio do enfermeiro na UCI deve ter em conta as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade e segurança, contribuindo para uma melhor resposta às necessidades da PSC (Regulamento nº743/2019, 2019). Associado a um rácio enfermeiro/doente adequado encontra-se descrita uma redução do aparecimento de infeções associados aos cuidados de saúde, das pneumonias associadas à intubação, do tempo de ventilação mecânica, das lesões por pressão, do tempo de internamento (Queijo & Padilha, 2009), aumento da segurança da PSC (Silva & Gaedke, 2019). Uma das lacunas mais apontada na utilização desta escala é a omissão de intervenções autónomas de enfermagem focando-se mais nos procedimentos de diagnóstico-tratamento, nomeadamente intervenções à família, intervenções administrativas e organizacionais. Segundo Queijo e Padilha (2009) esta escala só abrange cerca de 43,3% das atividades de enfermagem. Em contraste com estas percentagens, o Nursing Activities Score (NAS) contempla 80% das atividades de enfermagem, sendo cada vez mais a ser preferido ao TISS-28 (Macedo, et al., 2021).

No INEM em termos de gestão organizacional a situação é diferente. O enfermeiro da SIV reporta ao enfermeiro gestor a quem são reportadas as necessidades do meio e os incidentes.

Existem protocolos específicos de atuação para a EEH para as diferentes tipologias de ocorrências. Cabe ao enfermeiro a gestão e utilização de protocolos de acordo com a melhor abordagem para a PSC, sempre com a máxima de que a segurança do local e dos operacionais encontra-se em primeiro lugar (Mota, Cunha, & Santos, 2020).

O meio SIV onde foi realizado estágio tem a particularidade de ser atribuída a um elemento da equipa de enfermagem a gestão e manutenção dos consumíveis da ambulância, desde o material não médico ao material médico. O enfermeiro tutor tinha essa função de gestão de recursos materiais como os pedidos de aprovisionamento, verificação de validade de materiais e medicação e a verificação da operacionalidade do material e equipamentos, pelo que ao longo do estágio tive a oportunidade de conhecer bem o material. A garantia da segurança e da operacionalização dos equipamentos está diretamente relacionada com a própria segurança do enfermeiro e da restante equipa (Correia, Martins, & Forte, 2020).

No meio VMER a gestão dos recursos materiais acaba por ser feita pela equipa no geral, sendo que o mais habitual é ser o enfermeiro a realizar a check-list das malas para confirmar a sua operacionalidade. A reposição do material de carga da VMER é feita quando a equipa retorna à base após as ocorrências de forma a dar continuidade ao seu trabalho e impedir que existam atrasos desnecessários no caso de nova ativação.

Neste meio o médico é o *team líder*, o que não invalida que quando exista uma situação de maior stress e mais confusão caso o enfermeiro seja o membro que se sinta mais à vontade para assumir essa posição, o faça. Sendo um trabalho de equipa o objetivo final é comum, estabilizar a PSC e encaminhá-la para o hospital mais próximo com as valências necessárias para o tratamento da mesma.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, não é estática e encontra-se em constante evolução. Enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. A investigação e o desenvolvimento profissional de alto nível baseado na evidência científica são necessários para a fundamentação teórica das práticas de enfermagem, contribuindo para a qualidade e diversidade de cuidados prestados (Costa & Gonçalves, 2021).

Segundo o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, o mesmo deve “demonstrar capacidade de autoconhecimento (...) reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749). Este conhecimento é um alicerce para o enfermeiro na sua tomada de decisão e nas suas intervenções, mantendo-o “válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem (...)” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

Os enfermeiros devem reforçar a sua capacidade de resposta aos desafios do dia-a-dia, através da formação, para um exercício profissional de excelência potenciando um desenvolvimento profissional contínuo e sustentado (Regulamento nº 656/2021, 2021).

No estágio realizado na UCIP foi realizado uma proposta de “Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP” (Anexo I) juntamente com um *flyer* de cariz informativo (Anexo II) para ser entregue às famílias durante a primeira visita pelo enfermeiro de referência da PSC.

No protocolo de acolhimento encontra-se explanado uma breve fundamentação sobre a importância da temática bem como alguns pontos chave a reter e a não esquecer de informar tanto o doente com a sua família durante a primeira visita. Este protocolo não foi operacionalizado devido à gestão burocrática de aceitação de um protocolo novo no serviço, no entanto, o grupo de trabalho que se encontra dirigido para esta temática ficou com todo o material para se aceite, poder ser utilizado na unidade.

Durante o estágio realizado nos meios SIV e VMER foi realizado uma Comunicação Oral com a temática “O Enfermeiro e a Família em Situações de Paragem Cardiorrespiratória na EEH” e apresentada no 2º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar organizado pelo INEM e dirigido a todos os enfermeiros que trabalham e/ou colaboram com o INEM (Anexo III).

Esta comunicação incorporava o enquadramento da temática, as vantagens e desvantagens para a família e para o enfermeiro sobre a presença da família nos momentos de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) (Anexo IV).

Este modo de apresentação de temáticas tem sido utilizado recentemente pelo INEM e mostra-se como um momento de reflexão sobre várias temáticas e estudos de caso relacionados com a EEH que pode levar à mudança de práticas após a discussão por pares.

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

Em 2018 foi definido pela OE através do Regulamento de Competências EEEMC na Área de Enfermagem à PSC, o perfil de competências específicas desta classe profissional que, juntamente com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, integra o conjunto de competências clínicas especializadas que visam a promoção de um enquadramento regulador na certificação das competências (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19359).

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Esta primeira competência prevê que o EE seja capaz de “mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363) às diferentes situações de saúde, dando respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa.

No estágio realizado no INEM foi desenvolvido como objetivo específico prestar cuidados à PSC que garantam a aplicação de protocolos terapêuticos, normas e procedimentos instituídos pelo INEM, tanto em contexto SIV como VMER e ainda, envolver a família/ pessoa significativa nos processos de transição decorrentes das emergências extra-hospitalares.

Como já referenciado previamente, a SIV tem estipulado protocolos de atuação médica para as diversas emergências médicas. Para além dos protocolos específicos para a SIV existem algoritmos de atuação para as diferentes emergências médicas que são comuns a todos os profissionais independentemente do meio em que exercem, como por exemplo o algoritmo de SAV.

Durante um dos turnos no meio SIV fomos ativados para uma alteração do estado de consciência num masculino com idade superior a 80 anos. Durante a deslocação do meio para o local de ocorrência tentei prever alguns dos cenários que poderíamos encontrar e quais os procedimentos a realizar. Desta forma, o pensamento já se encontra mais sistematizado e quando chegamos à ocorrência e conseguimos poupar tempo e melhorar o

nosso desempenho. Uma das possibilidades foi exatamente a com que nos deparamos, uma situação de PCR.

A PCR no contexto pré-hospitalar, é um evento súbito, sendo a doença coronária a causa mais frequente, coexistindo uma história prévia de doença cardíaca que é fator desencadeante deste evento (INEM, 2020).

Para intervir nestas situações o enfermeiro tem de possuir determinadas competências técnicas, como a correta execução de procedimentos técnicos (reconhecimento de ritmos, desfibrilhação atempadamente e em segurança, abordagem via aérea e compressões torácicas eficazes). Mas para que todo o desempenho da equipa seja uniforme e bem liderado é necessário que se desenvolvam também competências não técnicas tais como a liderança, o trabalho em equipa a comunicação interpessoal e a gestão de tarefas, entre outras (INEM, 2020).

Quando um meio mais diferenciado chega a uma ocorrência cabe ao *team líder* assumir o cenário que tem à sua frente. Neste caso específico, e como em ambiente pré-hospitalar, existe um trabalho de colaboração com corporações de bombeiros e cruz vermelha portuguesa, pelo que o *team líder* da equipa que já se encontrava no local passou-nos as informações necessárias para assumirmos o cenário. As nossas prioridades, enquanto equipa diferenciada, e tendo em conta a informação transmitida foram criar um acesso venoso periférico para administração de medicação segundo o algoritmo de SAV e posteriormente adquirir uma via aérea avançada através da colocação de máscara laríngea. Ao mesmo tempo que estas intervenções são feitas fui comunicando com os restantes membros da equipa de forma a todos sabermos em que ponto da situação nos encontramos. A partir do momento em que todas as intervenções possíveis estão concluídas avançámos no nosso pensamento para as possíveis causas de paragem, que, tendo em conta a história fornecida pela família e pelos bombeiros, seria uma causa cardíaca.

Após 4 ciclos de SAV, a vítima recuperou da PCR. Neste momento chegou a equipa de VMER ao qual foram transmitidas as informações através da metodologia ISBAR. Esta metodologia pode ser aplicada a todos os níveis de cuidados, desde a passagem de informação entre equipas de pré-hospitalar até à passagem de dados no meio hospitalar, de forma a existir continuidade de cuidados prestados à PSC (INEM, 2020).

Esta metodologia de transição de dados permite melhorar a segurança doente através do aumento da qualidade da prestação de cuidados e da diminuição dos eventos adversos, permite uma transição de cuidados mais seguros, com uma comunicação eficaz e universal

entre profissionais de saúde evitando falhas e esquecimentos de eventos importantes relacionados com o doente que poderão ser prejudiciais à continuidade de cuidados (Norma 001/2017, 2017).

Uma situação específica em que a nossa abordagem dirigiu-se na totalidade para a família aconteceu quando a equipa de VMER foi ativada para um reforço. À nossa chegada foi claramente perceptível o foco da nossa intervenção já não seria a pessoa que se tinha suicidado, por já demonstrar sinais evidentes de morte com algum tempo de evolução, e seria sim o filho que tinha encontrado pai e ligado 112 para realizar o pedido de ajuda. O ato de suicídio, quando bem-sucedido, deixa sequelas psicológicas nos familiares da vítima, podendo causar problemas no seio familiar e marcar emocionalmente e de forma permanente os mesmos (Silva, Queiroz, Viana, Cajado, & Prado, 2023). O luto realizado pela família caracteriza-se por um desequilíbrio durante um momento de crise, onde os recursos existentes não são suficientes para ajudar a pessoa (Rocha & Lima, 2019). Cabe ao enfermeiro e a toda a equipa do pré-hospitalar que é ativada para este tipo de ocorrência de auxiliar neste início do processo de luto. Apesar de ser uma experiência dolorosa, é também uma experiência fortalecedora do ciclo vital da família que acaba por se manifestar através da expressão de sentimentos que são difíceis de lidar como a tristeza, ansiedade e a revolta (Rocha & Lima, 2019), mas que são necessários para que o processo se inicie.

Um recurso disponível à equipa para esta tipologia de ocorrência é o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC). Este centro apresenta diferentes funções nomeadamente a teleassistência, a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) e o apoio aos profissionais do INEM entre outros. O CODU mediante necessidade transmitida pelos profissionais do INEM, pode ativar o posto CAPIC, através da transferência da chamada para o psicólogo de serviço que tem como um dos objetivos a minimização do impacto negativo de um evento (INEM, 2017).

No caso específico vivenciado durante a comunicação com o familiar da vítima foi-lhe explicado a existência deste serviço e questionado quanto à necessidade de falar com um psicólogo visto percebermos que este senhor se encontrava profundamente perturbado com a situação e se encontrar sozinho (os restantes familiares já tinham sido avisados e estavam a deslocar-se para o local). Sempre que era mencionado o psicólogo, o senhor recusava a chamada sendo que, o que na altura foi possível fazer foi deixar o senhor expressar os seus pensamentos/sentimentos e tentar atenuar o sentimento de culpa sentido por este filho por ter deixado o pai sozinho e não ter chegado a tempo de impedir o sucedido.

Apesar de sabermos que não será naquele momento inicial que o familiar vai conseguir ultrapassar esta vivência dolorosa e trágica, é neste primeiro momento que nós enquanto enfermeiros temos a capacidade de fazer a diferença e de fornecer as ferramentas necessárias à família para o início do processo de luto.

3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe

Segundo as Competências Específicas do EEEMC na Área de Especialização à PSC, o EE perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta (...) no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363).

A situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe cause a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362).

Durante o estágio do INEM foi possível deparar-me com várias situações de emergência médica e emergência de trauma. Apesar de ambas as tipologias serem interessantes e desafiantes, nas emergências relacionadas com o trauma existia um maior número de profissionais envolvidos, o que permite desenvolver mais estratégias de adaptação e coordenação do local da ocorrência e dos meios envolvidos. Numa situação específica de um trauma por encarceramento da vítima debaixo de um trator, houve a necessidade de após discussão em equipa e abordagem e estabilização inicial da vítima, pedir apoio da equipa de resgate para conseguirmos extrair a PSC do local onde se encontrava, pois sozinhos não iríamos conseguir. Esta perceção da necessidade de apoio por outros meios tem de existir logo desde o primeiro momento em que se faz a avaliação do cenário, do número de vítimas e das suas condições de segurança. Não vamos conseguir ajudar o próximo se nos pusermos a nós em risco e se não tivermos os meios necessários para o controlo do cenário e a evacuação das vítimas.

A tomada de decisão atempada da necessidade de material de extração permitiu que a equipa se focasse na avaliação XABCDE da vítima. A abordagem à vítima de trauma inicia-se sempre pelo X e não pelo A como nas outras vítimas. O X corresponde a hemorragia exsanguinante e é a única exceção na abordagem à vítima onde em vez de começarmos pelo

A começamos pelo X, a prioridade é “(...) controlo imediato através da compressão manual direta ou com o uso de garrote (...)” (INEM, 2012).

Quando a maca de extração chegou junto de nós a PSC já possuía colar cervical para controlo da cervical apesar de não existirem queixas por parte da PSC, devido à cinemática do acidente foi decidido que seria colocado, 2 Acessos Venosos Periféricos (CVP) com fluidoterapia e ácido tranexâmico em perfusão, já tinha sido realizada palpação dos membros e bacia e imobilizada com cinta pélvica por dor (apesar de não se sentir instabilidade à palpação). Uma boa coordenação destas etapas permite-nos, enquanto equipa, ganhar tempo que, numa situação grave pode salvar uma vida (INEM, 2020).

3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um dos problemas mais comuns em ambiente hospitalar e aumentam a “morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2017).

De modo a melhorar práticas e reduzir estes números, a DGS estruturou o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Em contexto de UCIP existe uma constante preocupação relacionado com esta temática devido a ser um local de execução de diversas técnicas invasivas, como entubação, colocação de cateteres.

De forma a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde existe o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, que tem como objetivo a consolidação e a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde. Um dos pilares deste plano é a Cultura de Segurança que só pode ser adquirida pela evolução contínua do conhecimento, possibilitando a redução dos incidentes na prestação durante a prestação de cuidados, favorecendo um ambiente mais seguro para os profissionais e para a pessoa (Direção Geral da Saúde, 2022).

Devido ao nível de exigência e, de forma a ser mantida a qualidade dos cuidados prestados, é necessário existir formação das equipas multidisciplinares de forma a ser dada uma resposta célebre, adequada e atualizada às mais variadas situações.

Durante o estágio na UCIP tive a oportunidade de participar e dar sugestões num projeto do, da PPCIRA em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e o apoio técnico-científico do *Institute for Health Improvement* denominado STOP Infecção Hospitalar 2.0. Este projeto tem como objetivo a redução da incidência de infeção hospitalar em 50%, em 12 hospitais, no prazo de 3 anos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2021). Neste serviço o projeto encontrava-se na fase inicial de ser aplicado pelo que consegui integrar a dinâmica do serviço durante as sessões que se faziam no fim do turno da manhã/início do turno da tarde, de forma a conseguirmos relatar situações relacionadas com a infeção associada ao cateter urinário, tais como, os cuidados no manuseamento da sonda vesical, a realização de lavagens vesicais com sondas que não estavam adaptadas para esse efeito, a remoção de sonda vesical o mais precocemente possível, entre outras.

Para além deste projeto, a UCIP possui o sistema de registos clínicos *Patient Care* que foi estruturado com as necessidades dos registos de enfermagem e com as sugestões de toda a equipa. O facto de se tratarem de pessoas entubadas, sob ventilação mecânica invasiva, e sedadas com necessidade de realização de terapêutica em grande quantidade e por esse motivo apresentarem Cateter Venoso Central (CVC), faz com que cada profissional necessite de ter presente e atualizado o feixe de intervenções que a Direção Geral de Saúde (DGS) emite sobre a prevenção de infeção associada à colocação e manuseamento de CVC, associada à prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), associada ao local cirúrgico e ainda a associada à prevenção da infeção urinária.

No sistema de registo, na intervenção associada aos dispositivos em questão era apresentado um conjunto de intervenções específicas associadas ao feixe de intervenções de forma a sistematizar e relembrar todos os profissionais das atitudes a tomar com um objetivo da prevenção da infeção em comum.

A nível do INEM, tal como a nível hospitalar, existe a Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) desenvolveu um Manual de Controlo de Infecção do INEM com o objetivo de aglomerar num documento único os principais conceitos em prevenção e controlo de infeção e principais precauções associadas à transmissão dos agentes microbianos (INEM; CPCIRA, 2023). Neste contexto, e tendo em conta o desconhecimento existente nesta área, todas as vítimas devem ser abordadas como podendo estar infetadas ou colonizadas com microrganismos.

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) englobam um conjunto de práticas de prevenção e controlo de infeção usados em ambiente de cuidados de saúde para a redução da transmissão de microrganismos (Direção Geral da Saúde, 2017).

O manual do INEM releva as 10 PBCI: colocação de doente, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação de material clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro de roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (INEM; CPCIRA, 2023).

Em contexto de estágio é de realçar pela positiva que a maioria das PBCI foram realizadas em todas as ocorrências, tanto no meio SIV como no meio VMER. Apesar deste facto, é perceptível o descurar que existe, em algumas situações, na utilização de equipamento de proteção individual, nomeadamente de proteção ocular em momentos geradores de aerossóis como na entubação ou nebulização, utilização de bata ou avental quando existe necessidade de um contacto mais próximo com a vítima como na realização de pensos ou até em situações de intoxicação que são descobertas após contacto com a vítima. O momento de stress e imprevisibilidade associado à ocorrência e a necessidade de estabilizar e transportar a PSC o mais rapidamente para o hospital pode influenciar a utilização deste equipamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o término desta componente de estágio é importante realçar o sentimento de realização com a conquista das metas e objetivos estabelecidos por mim para este momento com a aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Apesar de nem sempre ser fácil descrever as experiências vivenciadas durante estes dois campos de estágio, ambos os contextos de estágio foram fundamentais na aquisição e consolidação de competências tais como o juízo crítico, o planeamento e a tomada de decisões em situações de extrema complexidade na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. Para além das competências técnicas é necessário salientar as competências não técnicas como a comunicação e o trabalho em equipa que fui desenvolvendo durante o estágio de modo a dar resposta aos objetivos propostos e aproveitar ao máximo o que os contextos de estágio tinham para oferecer.

O fim deste estágio assenta no culminar do processo de crescimento pessoal e profissional e de toda a aprendizagem desenvolvida ao longo deste período de especialização. As aprendizagens teóricas e práticas desenvolvidas facilitaram o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermagem especializada em médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

O finalizar deste mestrado não implica uma estagnação de conhecimentos, mas sim uma motivação para continuar na busca de conhecimento atual e da melhoria de competências e das práticas clínicas de forma a ser um vetor de dispersão de conhecimento entre pares. As competências adquiridas durante este percurso como EEEMC, permitem vivenciar as diferentes situações vividas no dia a dia com uma visão e atitude diferente. Uma atitude de busca de melhores cuidados com enfoque nas necessidades das pessoas, das suas famílias e do ambiente em redor, e não apenas na doença.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. RESUMO

Enquadramento: A família é tida como uma instituição fundamental da sociedade, tendo grande impacto nos seus membros. No contexto de cuidados intensivos, a família passa por situações de pressão perante a condição do seu familiar, que em resultado alteram a dinâmica da mesma. A importância do reconhecimento e da inclusão da família nos cuidados à pessoa em situação crítica tem sido documentada ao longo da literatura. Os benefícios de cuidar da família permitem uma diminuição das suas preocupações no que concerne o seu ente. Para que seja possível existir contributo da família na recuperação do doente, a mesma precisa de ser orientada e integrada nas rotinas da UCI e no processo que o seu familiar está a passar, tendo necessidade de se sentir acolhida e respeitada.

Objetivo: Identificar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a comunicação e relação dos mesmos com a família da pessoa admitida em Unidades de Cuidados Intensivos

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa de carácter descritivo. A recolha de dados foi realizada através de Focus Group composto por 9 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, com mais de 5 anos de experiência em UCI. A análise de conteúdo foi realizada de acordo com Bardin (2016), sem categorização à priori.

Resultados: Após a análise dos resultados obtidos no focus group foram identificadas seis categorias baseadas na perspetiva dos EEEMC sobre a comunicação e relação dos enfermeiros com a família da PSC internada em UCI: Acolhimento da família da PSC, Disponibilidade, Escuta Ativa, Idade da PSC, Debriefing e a Formação.

Conclusão: A importância desta temática e das suas implicações no dia-a-dia da prática clínica nas unidades de UCI é pertinente na medida em que a identificação dos fatores mais relevantes para o estabelecimento de uma relação e comunicação com a família permite a consciencialização dos profissionais para os focos de atenção e intervenções necessárias para promover um cuidado centrado na família e auxiliar a mesma no processo de transição.

Palavras-chave: Enfermeiro; Relações Profissional-Família; Unidade de Terapia Intensiva; Comunicação em saúde

2. ABSTRACT

Background: The family is considered a fundamental institution of society, having a great impact on its members. In the context of intensive care, the family goes through situations of pressure due to the condition of their family member, which as a result changes its dynamics. The importance of recognizing and including the family in the care of people in critical situations has been documented throughout the literature. The benefits of caring for your family allow you to reduce your worries about your loved one. In order for the family to contribute to the patient's recovery, they need to be guided and integrated into the ICU routines and the process that their family member is going through, needing to feel welcomed and respected.

Objective: To identify nurses' perception of the factors that influence their communication and relationship with the family of the person admitted to the Intensive Care Unit.

Methodology: Qualitative study of a descriptive nature. Data collection was carried out through a Focus Group composed of nine Nurses Specialists in Medical-Surgical Nursing or Medical-Surgical Nursing in the area of Specialization for Person in Critical Situation, with more than five years of experience in the intensive care unit. Content analysis was carried out according to Bardin (2016), without prior categorization.

Results: After analyzing the results obtained in the focus group, six categories were identified based on the EEEMC's perspective on the communication and relationship between nurses and the family of the person in critical situation admitted to the intensive care unit: Welcoming the person in critical situation's family, Availability, Active Listening, Age of the Person in Critical Situation, Debriefing and Training.

Conclusion: This theme and its implications in the day-to-day clinical practice in ICU units is pertinent as the identification of the most relevant factors for establishing a relationship and communication with the family allows professionals to become aware of the focus of attention and interventions necessary to promote family-centered care and assist the family in the transition process.

Keywords: Nurse; Professional-Family Relations; Intensive care unit; Health communication

3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pessoa em situação crítica é caracterizada como aquela cuja vida se apresenta ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, estando a sua sobrevivência diretamente dependente de meios avançados de monitorização e vigilância (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O cuidar de uma PSC pressupõe cuidados de enfermagem diferenciados e altamente qualificados que são prestados de forma contínua exigindo “observação, colheita e procura contínua, (...) com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidado alvo de cuidados” (Regulamento nº 429/2018, 2018), de forma a ser possível detetar possíveis complicações e atuar precocemente sobre as mesmas.

Estes cuidados são complexos e multidimensionais tendo em conta que o estado de saúde da pessoa encontra-se em constante alteração e o mesmo acontece com o seu plano terapêutico, que modifica sempre que são realizadas decisões clínicas (Reis & Rabiais, 2020).

O processo de cuidar da PSC não deve descurar nem o ambiente de internamento nem a família que a envolve, subjacente também à admissão da PSC na UCI (Jackson & Cairns, 2021).

A UCI é um serviço direcionado para a prestação de cuidados especializados e diferenciados à PSC, cuja situação clínica seja potencialmente reversível com a utilização de recursos técnicos e equipas multidisciplinares específicas. São estes serviços que proporcionam uma visão integradora na abordagem ao doente crítico como um todo e não como fragmentos (Parecer nº 15/2018, 2018).

Todas as admissões têm de ser bem consideradas tendo em conta as possíveis intervenções que a UCI tem a oferecer e o potencial para causar mais sofrimento à PSC, tanto a nível de impacto físico com psicológico durante e após o internamento em cuidados intensivos (Jackson & Cairns, 2021). As vivências experienciadas pela pessoa internada e pela sua família, podem ser um indutor de stress, interferindo no dia-a-dia de ambos, podendo prejudicar o percurso da pessoa/família dentro da unidade (Reis & Rabiais, 2020).

Tal como referido os internamentos na UCI são, na sua maioria, inesperados, provocando ansiedade e stress na família da pessoa internada (Jackson & Cairns, 2021). O conceito de família não apresenta um só significado na literatura atual, sendo amplamente discutido entre vários autores. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994 refere que deve ser ultrapassada a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família, não

podendo, o conceito, ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A hospitalização de um membro da família cria um desequilíbrio que afeta as rotinas diárias, de trabalho, sociais e de lazer, podendo evoluir para o afastamento de outros familiares e amigos e uma consequente redistribuição de papéis (Hagedoorn, et al., 2021).

A PSC que vivencia um processo de mudança potencia uma transição na sua família e nas pessoas em seu redor. O processo transaccional é advogado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000), que guia conceptualmente o nosso estudo.

Todos os processos transição são iniciados por uma alteração do *status* normal. Uma alteração no estado de saúde de um indivíduo pode proporcionar uma oportunidade de ganhos a nível do bem-estar, mas pode também expor a pessoa a riscos de doenças passíveis de desencadear processos de transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

A transição é entendida como uma passagem entre um estado, lugar ou condição, estável para outro estado que pode provocar incertezas, desequilíbrios e conflitos interpessoais (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições, pelos fatores inibidores e facilitadores da transição, pelos padrões de resposta e pelas intervenções de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Para que ocorra uma transição saudável existe a necessidade de integração de novos conhecimentos e alteração de comportamentos com definição das necessidades internas e externas que afetam o estado de saúde (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000). Todo este processo caracteriza-se pela sua “singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões” (Guimarães & Silva, 2016, p. 2) que gera diferentes resultados dependendo da perceção da pessoa.

Existem várias tipologias de transições, nomeadamente, as de desenvolvimento, as situacionais, as de saúde/doença e as organizacionais (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

As transições de desenvolvimento são as que decorrem ao longo do ciclo de vida da pessoa, existindo duas transições possivelmente problemáticas dentro desta categoria, nomeadamente a transição de criança para adolescente e a transição entre adulto e idoso,

acompanhado de todos problemas associadas ao avançar da idade. As transições situacionais encontram-se relacionadas com a mudança de papéis nos diferentes contextos em que a pessoa se encontra envolvida, geralmente desencadeados pela morte ou o nascimento de um membro da família, sendo o enfermeiro um membro chave nestas situações. As transições saúde/doença focam-se nas mudanças súbitas de papel resultantes da alteração de um estado de saúde e bem-estar por uma doença aguda ou crónica. Neste caso, estas tipologias de transições devem ter por base o contexto e devem ser assumidas como pares e não como singular. A PSC não pode ser considerada como uma unidade isolada, mas sim como um membro ativo de uma família/comunidade (Meleis, 2010).

As transições cujo domínio se foca na dicotomia saúde/doença não devem ser encaradas, pelo enfermeiro, apenas como uma transição, mas sim como um processo, com o objetivo de ter a capacidade de antecipar situações de vulnerabilidade e disponibilizar recursos e intervenções, tanto à PSC como à sua família, para otimizar os momentos (Meleis A. , 2010).

A intervenção do enfermeiro durante uma transição é deveras importante tendo em conta que a maioria das transições irão afetar a saúde da pessoa. As intervenções de enfermagem são direcionadas para a promoção e restauração de dimensões da saúde individual, familiar e organizacional, de forma a proporcionar à PSC e à sua família estratégias e condições para uma transição saudável (Meleis, 2010).

O ser humano, sendo um ser ativo, com perceções e conhecimentos, é capaz de atribuir significados às situações que experiencia. Estas perceções, por sua vez, vão afetar as condições sobre as quais irá ocorrer a transição sendo por isto importante que o enfermeiro seja capaz de compreender os fatores facilitadores e dificultadores prévios, tanto a nível pessoal como ambiental, da PSC, de forma a que o enfermeiro direcione a sua intervenção para esses fatores promovendo uma transição facilitada e saudável (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Para que exista uma transição saudável é importante que o enfermeiro seja capaz de avaliar e determinar os padrões de resposta da pessoa ao processo em si. Estes padrões são determinados com auxílio dos indicadores de processo e indicadores de resultados. Estes vão permitir que o enfermeiro identifique se a pessoa se encontra encaminhada para a saúde e bem-estar ou se se encontra numa situação de maior vulnerabilidade e existe a necessidade de fornecer estratégias de adaptação para encaminhar para uma transição mais positiva (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000)

O enfermeiro como detentor de conhecimento científico e capacitador de um cuidado humanizado e holístico deve ter sempre em mente a pessoa e a sua família aquando a realização de intervenções nesta área (Meleis, 2010). A ineficácia de determinadas intervenções do enfermeiro pode levar a PSC, a sua família e o próprio profissional ao aparecimento de sentimentos negativos como frustração, o medo, o stress, entre outros (Reis & Rabiais, 2020).

Apesar de se saber que a construção de uma boa relação com a família é importante e que o seu envolvimento nos cuidados ao doente beneficia tanto a PSC como a família, existem profissionais mais reticentes ao envolvimento da família nos cuidados do doente e à mesma como foco de cuidado de enfermagem (Hagedoorn, et al., 2021).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem reforçam que se a unidade familiar for tida como um todo no processo de cuidados, as intervenções de enfermagem realizadas serão otimizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Cada vez mais é preconizado um cuidado centrado na família, para que a prestação de cuidados de enfermagem à PSC seja de excelência, mas nem sempre o seu envolvimento fez parte do foco de enfermagem (Lusquinos, Mendes, & Bento, 2019).

Durante o período de internamento na UCI as famílias desenvolvem altos níveis de stress e de incerteza do futuro, o que as leva a não adotar estratégias de *coping* para com a situação que estão a vivenciar e a interferir com o processo de transição (Naef, et al., 2022). Atualmente sabe-se que alguns destes sentimentos podem ser colmatados a partir da instituição do Enfermeiro de Referência. O modelo de enfermeiro de referência não é um modelo de trabalho novo, encontrando-se descrito desde 1970 por Manthey, Ciske, Robertson e Harris (Santos, et al., 2019). Este modelo permite aos enfermeiros que assumem essa posição, o planeamento e coordenação dos cuidados ao doente e à sua família ao longo do internamento, baseando-se na relação estabelecida com ambos, evitando a fragmentação dos cuidados e melhorando os cuidados prestados (Gonçalves, Mendes, Caldeira, Jesus, & Nunes, 2023).

A comunicação é imprescindível para que seja estabelecida uma boa relação terapêutica entre o enfermeiro e a família. Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a comunicação é um dos cinco pilares apresentados que suportam os objetivos estratégicos do mesmo. Uma comunicação eficaz e clara entre profissionais de saúde, a PSC e os seus familiares é essencial para a prevenção de possíveis eventos adversos (Direção Geral da Saúde, 2022).

O processo de comunicação é dinâmico, inevitável, irreversível e bidirecional (Segovia, 2019), sendo impossível não comunicarmos. O simples silêncio é indicador de comunicação, sendo considerado a passagem de informação ao outro de que não queremos falar (Cardoso, 2019).

A comunicação pode ser verbal e não verbal, sendo ambas imprescindíveis para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O objetivo da comunicação eficaz é a troca de mensagens entre um emissor e um recetor e que a percepção da mensagem seja idêntica (Segovia, 2019).

Para que exista uma relação de qualidade entre o profissional e as famílias tem que existir uma boa comunicação entre os mesmos. Uma comunicação clara e assertiva que potencie a relação e que deixe a família à vontade para expor as suas dúvidas e as suas necessidades (Silva & Casarini, 2019).

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

Com este estudo de investigação pretende-se melhorar o processo comunicacional e relacional entre o enfermeiro e a família da PSC através da identificação de fatores facilitadores e dificultadores.

Para dar resposta ao exposto no capítulo anterior, foi definida a seguinte questão de investigação: *Qual a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a comunicação e relação com a família da pessoa admitida em cuidados intensivos?*

É objetivo deste estudo de investigação identificar os fatores percecionados pelos enfermeiros, que influenciam a comunicação entre o enfermeiro e a família da pessoa em situação crítica internada em UCI.

5. METODOLOGIA

A investigação propicia aprendizagens e mudanças no dia a dia (Batista, Oliveira, & Camargo, 2021) através da procura e da atualização de conhecimentos.

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada no estudo de investigação através da caracterização do desenho do estudo e das considerações éticas.

5.1. Desenho do Estudo

Estudo de abordagem qualitativa de carácter descritivo, sendo que este tipo de metodologia é aplicada em situações na qual existe a necessidade de realizar o estudo de um fenómeno que envolve a participação e interação de grupos ou indivíduos (Batista, Oliveira, & Camargo, 2021).

A recolha de dados foi realizada através da metodologia *Focus Group*. O *Focus Group* permite uma comunicação aberta entre os participantes sobre a problemática em causa, onde o investigador é um elemento ativo que conduz o grupo de discussão. Não existe consenso entre os autores sobre o número de participantes, sendo que, o mesmo é oscilante entre um mínimo de três e um máximo de doze participantes (Gundumogula & Gundumogula, 2020). Esta técnica baseia-se na noção de que as interações entre o grupo encorajam os elementos a explorar e clarificar as suas perspetivas (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Foi utilizada a checklist COREQ para o desenvolvimento do estudo. A COREQ foi desenvolvida de forma a promover relatórios abrangentes e explícitos de estudos qualitativos. Compreende os componentes necessários sobre o desenho de estudo que devem ser identificados durante a investigação (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Foram incluídos no desenho de estudo enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, que exerçam funções há mais de 5 anos em UCI. Segundo Patricia Benner (2001), no seu Modelo de Aquisição de Competências, o enfermeiro perito compreende de forma geral as situações, tendo capacidade de escolher a decisão mais correta mediante determinada situação. Consegue compreender a situação como um todo e tomar a decisão mais acertada, antecipando possíveis ações e intervenções. O enfermeiro perito pressupõe que exerça

funções no mesmo local há mais de cinco anos. Para além destes factos, a Ordem dos Enfermeiros só reconhece uma nova área de competências acrescida, quando esta é solicitada com pelo menos cinco anos de exercício profissional especializado (Regulamento nº 556/2017, 2017).

A seleção dos participantes foi realizada com recurso a uma amostragem não probabilística intencional. Foi enviado um convite para participação no estudo via e-mail a uma amostra total de onze participantes, com a descrição e objetivo do estudo e a calendarização da reunião com o respetivo *link* do *Microsoft Teams*. Em anexo ao e-mail enviado encontrava-se o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo V) para preenchimento pelos participantes.

Participaram no estudo 9 enfermeiros, tendo em conta os critérios de elegibilidade descritos previamente. Um dos candidatos para participação no estudo referiu trabalhar apenas há quatro anos no serviço de medicina intensiva motivo pelo qual não poderia participar no estudo e outro dos candidatos recusou o convite por indisponibilidade pessoal.

O *Focus Group* foi conduzido pela investigadora principal e pela orientadora do projeto de investigação através de um guião semiestruturado (Anexo VI) com questões abertas de forma a dar espaço à discussão em grupo.

A sessão foi gravada em formato de vídeo e áudio após a autorização dos participantes e, posteriormente, foi transcrita para formato de texto para análise de conteúdo de forma a serem perceptíveis padrões comuns que fornecessem resposta à questão de investigação.

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com o Método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), sem categorização à priori.

Este método assenta em três fases distintas:

1. Pré-análise: fase que consiste na organização e tem como objetivo a sistematização e operacionalização das ideias iniciais;
2. Exploração do material: fase que consiste na codificação e agregação para estruturar o material;
3. Tratamento e interpretação de resultados: fase que consiste no tratamento dos dados de forma a estes serem significativos e válidos (Bardin, 2016).

Aos participantes foram atribuídos códigos de P1 a P9 de acordo com a ordem de intervenção durante o *focus group*.

5.2. Considerações Éticas

Para realizar este estudo de investigação obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética da ESSNorteCVP, com o número 015/2024 (Anexo VII).

Antes de dar início à sessão, foi explicado aos participantes qual o objetivo do mesmo. Foi utilizado o Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção do consentimento informado dos participantes. Foram assegurados os princípios éticos do direito ao anonimato através da utilização da codificação dos participantes com letras e números, nunca revelando a identidade dos participantes associada aos dados obtidos. A sessão de colheita de dados foi gravada com vídeo e áudio e as respostas foram transcritas na íntegra para análise de dados. Apenas os investigadores tiveram acesso à gravação e às respostas transcritas.

Não existe qualquer conflito de interesse em relação aos resultados obtidos na investigação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra populacional representada no estudo foi constituída por 8 enfermeiros dos quais 87,5% (n=7) eram do sexo feminino e 12,5% (n=1) do sexo masculino, com uma idade média de $44,25 \pm 5,33$ anos, variando entre os 37 e os 56 anos. No que diz respeito ao tempo de serviço médio é de $19,5 \pm 8,26$ anos variando entre os 7 anos e os 33 anos.

Após a análise dos resultados obtidos no *focus group* foram identificadas seis categorias baseadas na perspetiva dos EEEMC sobre a comunicação e relação dos enfermeiros com a família da PSC internada em UCI.

As categorias emergiram após a análise detalhada da transcrição do *focus group*, baseando-se na relação da categoria com as subcategorias e as respetivas unidades de registo.

As categorias encontram-se espelhadas no Tabela 1, juntamente com as subcategorias correspondentes, para facilitar a sua interpretação.

Categorias	Subcategorias
Acolhimento da família da PSC	Humanização dos cuidados
	Condições físicas
Disponibilidade	
Escuta Ativa	
Idade da PSC	
Debriefing	
Formação	

Tabela 1: Matriz de Categorização de Dados

A primeira categoria faz referência ao “Acolhimento da família da PSC” na UCI e congrega as subcategorias: “Humanização dos Cuidados” e “Condições Físicas”.

A subcategoria da “Humanização dos Cuidados”, encontra-se apresentada na Tabela 2.

Categoria	Acolhimento da Família da PSC	
	Subcategoria	Humanização dos cuidados
Unidades de Registo		P4: “É muito interessante perceber a relação que aquela pessoa estabelece connosco, sendo o enfermeiro que usualmente a recebe para a visita...”
		P2: “... explicamos o enquadramento, tanto físico como ambiental explicamos o meio em que o doente está enquadrado, nomeadamente a questão da monitorização...”
		P4: “...o processo de acompanhamento que nos habituamos a fazer parece muito difícil, mas simultaneamente é facilitador da relação estabelecida...”
		P6: “...devemos explicar tudo o que está ali a rodear a situação do doente com uma linguagem mais simples possível...”
		P4: “...da experiência que tenho sobre o modelo de enfermeiro de referência, a proximidade que existe com a família torna as estratégias de comunicação muito mais facilitadas...”
		P4: “...em qualquer situação em que os índices de stress sejam tão elevados nós não conseguimos passar uma mensagem clara, sobretudo quando a mensagem é nova...”; P5: “... devo tentar perceber quais as necessidades daquela família...”; P2: “... identifico-me e tento perceber o laço familiar, o relacionamento que existe e o grau de sensibilidade em que se encontra...”
		P2: “...tento mostrar empatia para que eles se sintam à vontade e não existirem filtros...”
		P7: “...a primeira visita é única e marcante e é a partir daí que a família nos vai ver como o enfermeiro de referência para as próximas visitas ...”
		P7: “... quando estamos envolvidos na recuperação do doente, estamos envolvidos na recuperação de toda a família...”
		P4: “...nós temos que nos ir adaptando às diferentes fases do processo de transição da doença...”
		P4: “...a família não associa os níveis de stress associados ao internamento com o grau de expansão pelo acolhimento pelos enfermeiros, mas que existe, existe...”

Tabela 2: Unidade de Registo da Subcategoria “Humanização de cuidados”

O dever da humanização dos cuidados encontra-se expresso no Código Deontológico que rege a enfermagem. Encontra-se descrito como dever do enfermeiro a obrigatoriedade de

contribuir para um ambiente promotor do desenvolvimento das capacidades da pessoa bem como a de assumir a pessoa como um ser único inserido numa família e comunidade (Lei nº 156/2015, 2015).

Os participantes deram ênfase à necessidade de um bom acolhimento na primeira visita da família da PSC à UCI, tendo em conta que são internamentos súbitos e que todo o ambiente de UCI é potencialmente gerador de elevados níveis de stress (Dees, Carpenter, & Longtin, (2022); Bettinelli, Rosa, & Erdmann, (2008)).

As experiências vividas pelas famílias da PSC internada em UCI podem ser categorizadas em três fases (Imanipour, Rad, Kiwanuka, Masaba, & Alemayehu, 2019). A “Flutuação”, que consiste numa sensação de misto de emoções, desde raiva, choque, desorientação, sensação de vulnerabilidade, medo de terem um familiar na UCI em estado grave e o desconhecimento pelo ambiente da UCI que podem ser colmatadas por um bom acolhimento na unidade. Na segunda fase “Sondar” a família apresenta uma necessidade de saber, de interpretar os achados que fazem, de ouvir e de se expressarem, de entenderem a gravidade da doença do seu familiar. É nesta fase que a família se torna mais ativa no internamento, sentindo a necessidade de serem integrados nas decisões terapêuticas e nos cuidados diários ao seu familiar e de entenderem o significado do ambiente envolvente do mesmo, nomeadamente, dos aparelhos de monitorização e ventilação que rodeiam o seu familiar. Quando se sentem integrados nos cuidados e nas decisões terapêuticas transitam para a fase seguinte, a fase de “Continuidade ou Encerramento”. Nesta última fase os membros da família adotam uma postura de adaptação às rotinas hospitalares que pode prejudicar as suas rotinas familiares e pessoais. Nesta fase a família assume uma posição de ansiedade relacionada com a possibilidade de recuperação total do seu familiar e pela necessidade pela responsabilidade inerente ao cuidar do seu ente e a frustração da transição de UCI para um serviço de internamento (Imanipour, Rad, Kiwanuka, Masaba, & Alemayehu, 2019).

Através do reconhecimento da importância da família na humanização dos cuidados e no estabelecimento de uma relação enfermeiro/família, o enfermeiro é capaz de auxiliar a mesma na reorganização do pensamento e das experiências vivenciadas de forma a obter uma transição facilitada para uma nova fase do processo (Imanipour, Rad, Kiwanuka, Masaba, & Alemayehu, 2019).

Foi ainda mencionado a metodologia de enfermeiro de referência como método de humanização e continuidade de cuidados tanto à PSC como à sua família, permitindo que as estratégias de comunicação utilizadas sejam mais facilitadas pela relação de continuidade

estabelecida com a família, o que permite um maior à vontade da mesma para se sentir num ambiente seguro para colocar as suas questões. Esta tipologia de trabalho permite ao enfermeiro a recolha das necessidades de saúde da PSC e da família, o planeamento, implementação e avaliação das intervenções necessárias de forma a obter os melhores resultados possíveis (Mendes, Gonçalves, Caldeira, Jesus, & Nunes, (2023); Santos, et al., (2019)). Estes planos podem ser realizados por quem os cria ou delegados noutros profissionais com as mesmas competências (Moura, et al., 2019).

Na Tabela 3 encontra-se expressa a subcategoria “Condições Físicas”.

<i>Categoria</i>	Acolhimento da Família da PSC	
	<i>Subcategoria</i>	Condições Físicas
<i>Unidade de Registo</i>		P7: “...não é potencializado um espaço para os receber onde se sintam bem e confortáveis...”
		P7: “... utilizar uma mesa redonda em que todos estamos à mesma altura...”

Tabela 3: Unidade de Registo da Subcategoria “Condições Físicas do Serviço”

No que concerne a subcategoria “Condições Físicas” os participantes sinalizam como uma dificuldade à comunicação e ao estabelecimento de uma relação com as famílias, a falta de um espaço físico bem estruturado para receber as mesmas de forma a potencializar um ambiente calmo para a comunicação de más notícias e para a sua preparação nas primeiras visitas.

A criação de um ambiente favorável à receção e comunicação com as famílias demonstra-se como uma necessidade primária dos cuidados centrados na família (Meitar & Karnieli-Miller, 2022), de forma a individualizar os cuidados e focar na família como um todo.

Segundo as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos, deve existir uma sala de acolhimento/ sala de informações a familiares com o objetivo de possibilitar um ambiente privado para o contacto com os mesmos, isolado do local de prestação de cuidados (visual e acusticamente) (ACSS, 2024).

Um estudo realizado por Edward, Galletti, & Huynh (2020) refere que as famílias observadas referem a necessidade de salas de espera com um ambiente mais amigável, bem como a disposição da área o quarto da PSC. Esta última apresenta-se como uma informação pertinente tendo em conta que a forma como é vista a área do quarto da PSC poderá influenciar o papel desenvolvido pelas suas famílias e ser promotor de uma transição mais suave (Edward, Galletti, & Huynh, 2020; Naef, et al., 2021). A segunda categoria identificada através do *focus group* foi a “Disponibilidade” (Tabela 4).

Categoria	Disponibilidade
Unidade de Registo	P2: “Disponibilizo me estou presente digo para estarem à vontade para questionarem tudo o que quiserem...”
	P5: “...aquele momento é só para aquela pessoa e para isso mesmo, mostrar que estou ali disponível, para ouvir para qualquer esclarecimento...”
	P3: “...eu tento muitas vezes estar presente e já percebi que às vezes não é assimilada a informação por parte dos familiares porque os médicos utilizam termos muito técnicos, de alguma complexidade e eles acabam por não perceber...”
	P5: “...eu tenho que ter total disponibilidade para perceber a fase de aceitação da doença...”
	P3: “...aquilo que a equipa conseguiu mostrar foi presença, foi silêncio, foi toda a equipa à volta da cama, estávamos ali, mas não houve muitas palavras...”
	P3: “...é muito importante nós tentarmos estar ali um bocadinho como pilar, para percebermos se realmente os familiares entenderam ou não a informação...”
	P8: “...não me faz diferença nenhuma eu ter de comunicar noutra língua com os familiares, temos que nos adequar um bocado e tentar ser o mais humanos possível...”
	P3: “...ter uma postura de proximidade, de mostrar que estava ali, presente para aquela família...”
	P6: “... capacidade de nos colocarmos na posição da outra pessoa...”
	P8: “...costumo perguntar se querem que fique um bocadinho ou se querem que me ausente da unidade...”

Tabela 4: Unidade de Registo da Categoria “Disponibilidade”

Os participantes referiram que o mostrar disponibilidade à família através da presença para esclarecimento de todas as dúvidas, quer sejam elas referentes à falta de conhecimento ou à não compreensão do que lhes é explicado tanto pela equipa médica como pela equipa de

enfermagem, através da capacidade de reconhecimento da fase de aceitação da doença permite construir confiança com a família de forma a serem formados laços de relação profissional com a família.

Em Portugal, o rácio mínimo de UCI de nível III são de 1:2 em camas de nível III (Regulamento nº743/2019, 2019, p. 145). Isto faz com que a atenção e disponibilidade do enfermeiro tenha de ser intercalada entre as duas PSC bem como das suas famílias. A necessidade de mostrar esta capacidade de disponibilidade para o que a família necessitar apesar de ser difícil equilibrar as necessidades de duas famílias e duas PSC ao mesmo tempo é algo difícil de equilibrar com todas as outras responsabilidades inerentes ao serviço (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

Foi também referido pelos participantes a capacidade de adaptabilidade para comunicar em idiomas diferentes com as famílias mostrando uma postura flexível e de proximidade com a família. A capacidade de gestão de trabalho, de forma a ser possível passar tempo com a PSC e a sua família mostra-se benéfica para os mesmos de forma a serem conhecidas as suas necessidades (Yoo, Lim, & Shim, 2020), e adaptados os planos de cuidados.

O papel do enfermeiro enquanto profissional presente 24/24 horas passa pela identificação das necessidades da família através de uma comunicação terapêutica com a mesma de forma a reduzir possíveis efeitos negativos psicológicos (Jones, 2023). Este tipo de comunicação é uma ferramenta importante dos enfermeiros pois envolve o uso de estratégias específicas para encorajar as famílias à expressão das suas ideias e sentimentos de forma a promover a aceitação e desmistificação de ideias erradas no processo de internamento (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

A terceira categoria identificada é a “Escuta Ativa” (Tabela 5).

Categoria	Escuta Ativa
Unidade de Registo	P7: “... simplesmente estou de escuta e só respondo de forma simples àquilo que eles vão perguntando...”
	P7: “...faz toda a diferença a forma como nós nos posicionamos, a forma como escutamos, a forma como gesticulamos...”
	P4: “...os níveis de stress são tão elevados que temos que utilizar uma linguagem cautelosa e simples... de forma a conseguirmos transmitir a mensagem...”
	P7: “... as ferramentas de escuta são importantes para perceber o grau de parentesco...”
	P3: “... conseguir através da escuta e do nosso <i>Know out</i> , da nossa experiência, perceber as necessidades da família...”
	P2: “...questão da comunicação, a sensibilidade, a nossa e a do recetor, neste caso, que são as famílias, faz toda a diferença...”

Tabela 5: Unidade de Registo da Categoria “Escuta Ativa”

A comunicação não verbal mostra-se como uma forma de comunicação com as famílias em momentos de maior stress e a escuta ativa encontra-se enquadrada neste tipo de comunicação (Segovia, 2019).

Os participantes referem que a necessidade de simplesmente escutarem as preocupações das famílias de forma a darem respostas simples às dúvidas das mesmas potencia esta relação e transmite confiança. A escuta ativa é um ato voluntário que implica um esforço por parte de quem está a ouvir de forma a proporcionar um momento de atenção e cuidado, com o objetivo de permitir que a pessoa/família com que estamos a estabelecer uma comunicação se sinta à vontade para expressar o que realmente a preocupa (Segovia, 2019).

A ansiedade provocada pelo internamento em UCI pode induzir perceções erradas sobre as intervenções dos enfermeiros às famílias da PSC (Yakubu, Esmaeili, & Navab, 2019). Num estudo realizado por Imanipour, Razzaghi, & Kamali (2022), as famílias referem que o facto de o enfermeiro escutar atentamente a família, o facto de permitir que a mesma expresse os seus sentimentos sobre o internamento e o tratamento e o facto de tratar a família como um ser individual gera confiança da parte da família para com o trabalho exercido pelo profissional.

A quarta categoria do *focus group* é “Idade da PSC” (Tabela 6).

<i>Categoria</i>	Idade da PSC
<i>Unidade de Registo</i>	P1: “...acho que é diferente a forma como as situações nos tocam, a idade, eu acho que influencia também pelo facto de sermos pais e mães e termos de comunicar com outras pessoas no mesmo estágio de vida...” P8: “...fico sempre muito mais sensível se for um jovem do que se for uma pessoa que já tenha feito grande parte do seu ciclo de vida...” P3: “... o facto de ser uma pessoa jovem faz-nos sempre ponderar outros aspetos, deixa-nos sempre mais sensíveis e revoltados com a situação...”

Tabela 6: Unidade de Registo da Categoria “Idade da PSC”

A idade da PSC revela-se como um fator que pode afetar a forma como os enfermeiros comunicam com as famílias (Emaliyawati, Widiasih, Sutini, Ermianti, & Rahayu, 2020).

Esta categoria foi abordada pelos participantes como sendo um fator que pode ser facilitador ou dificultador da relação e comunicação estabelecida com a família da PSC pois a forma como atuam acaba por ser influenciada por fatores intrínsecos ao profissional, por exemplo, se a PSC for um jovem que esteja a iniciar o seu ciclo de vida e sejam feitas comparações com o próprio ciclo de vida do profissional ou da sua família, sendo que com idades mais avançadas, os enfermeiros sentem-se mais à vontade por saberem que aquela PSC já cumpriu grande parte do seu ciclo vital. Inerente a este facto a família encontra-se também ela numa fase de vida mais avançada que poderá influenciar a forma de comunicação com a mesma, existindo a necessidade de se expressarem de forma mais simples e lenta para que consigam acompanhar as informações fornecidas (Emaliyawati, Widiasih, Sutini, Ermianti, & Rahayu, 2020).

A quinta categoria identificada no *focus group* é o “Debriefing” (Tabela 7).

Categoria	Debriefing
Unidade de Registo	P5: “...se tivessem feito uma reflexão no final do turno, e se calhar fizeram na equipa, eu acho que teria sido extremamente importante e enriquecedor o que poderia ter sido feito de diferente nessa situação...”
	P3: “...criar ali um espaço de reflexão onde algumas destas situações eram discutidas e trabalhadas no seio da equipa de enfermagem...”
	P5: “... os momentos de partilha são muito importantes para evoluirmos enquanto profissionais e pessoas...”
	P6: “... eu acho que é importante, tentarmos perceber o que é que a gente poderia melhorar...”
	P6: “...importante que exista no seio da equipa exista o à vontade para qualquer um dos elementos se juntar e conversar abertamente e sem qualquer tipo de pudor acerca daquilo que sentiu naquela situação, se é bom, se é mau, o que é que poderíamos fazer para melhorar...”

Tabela 7: Unidade de Registo da Categoria “Debriefing”

O debriefing pode ter vários objetivos, nomeadamente, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a educação, a gestão de emoções, entre outros, e pode ser realizada logo a seguir a um evento crítico ou numa fase mais tardia (Jiffry, Cho, Schmidt, Pham, & Nager, 2023).

Os participantes do *focus group* identificaram que a reflexão no fim do turno sobre os pensamentos e atitudes adotados num determinado evento relacionado com a comunicação com a família da PSC é de extrema importância e enriquecedor para a evolução das competências e capacidades de cada um de forma a melhorarem práticas e a aprenderem através da partilha de experiências, tal como referido por Thommes, et al. (2023).

O debriefing apresenta-se como um espaço de reflexão entre colegas de forma a serem discutidos assuntos inquietantes para os profissionais sem medo de serem criticados ou julgados com o objetivo de melhorar o cuidado à PSC e à sua família bem como promover o trabalho em equipa. Este pode ser feito no fim do turno ou após um evento mais específico de forma ser refletido em equipa as atitudes/intervenções tomadas (Thommes, et al., 2023; Jiffry, Cho, Schmidt, Pham, & Nager, 2023), sendo que não existe evidência científica que comprove qual o momento mais benéfico (Gilmartin, Martin, Kenny, Callanan, & Salter, 2020).

Apesar de não existirem estudos que possam demonstrar, quantitativamente, os benefícios da utilização deste método, existem estudos qualitativos que fazem referência a uma melhoria da moral da equipa, da sua educação e na diminuição de casos de burnout na equipa (Gilmartin, Martin, Kenny, Callanan, & Salter, 2020).

A última categoria identificada é a “Formação”(Tabela 8).

<i>Categoria</i>	Formação
<i>Unidade de Registo</i>	P7: “...muitas das vezes temos que adquirir ferramentas, não só pelas experiências, mas muitas das vezes até procurando outro tipo de formação...”
	P4: “...nós temos estratégias que não estão suficientemente estruturadas...”
	P5: “...quanto à formação acho que é crucial, acho que é uma área mesmo extremamente importante e que temos que investir...”
	P3: “...temos que fazer o nosso percurso de autoformação para trabalhar esta componente da comunicação...”
	P2: “... eu acho que era efetivamente importante mais formação de modo a orientar um bocadinho em termos de ferramentas e estruturas iguais para todos...”

Tabela 8: Unidade de Registo da Categoria “Formação”

No que diz respeito à formação na área da comunicação é perceptível que a mesma apresenta muitas lacunas, o que se refletiu nas opiniões dos participantes. Os mesmos referem a necessidade de aquisição de ferramentas, técnicas e estratégias que só a formação lhes poderá dar. A formação entre pares com caráter informal através da partilha de experiências foi também mencionada como uma estratégia comunicacional.

Foi realizado estudo numa UCI com recurso a formação da equipa de enfermagem sobre comunicação com a família através de um diário reflexivo de boas práticas e de um vídeo com exemplos de possíveis práticas a adotar (Edward, Galletti, & Huynh, 2020). Estas práticas consistiam, entre outras, em diferenças entre as capacidades necessária numa comunicação básica e numa comunicação avançada, comunicação baseada no protocolo SPIKES e, ainda, a identificação das estratégias necessárias para a comunicação com a família. Os resultados obtidos após este período de formação foram melhores que antes da formação, pois a mesma conseguiu oferecer estratégias que os profissionais não tinham desenvolvidas (Edward, Galletti, & Huynh, 2020).

Segundo Yoo, Lim, & Shim (2020) e Jones (2023), os enfermeiros apresentam lacunas na comunicação pela falta de um programa educacional dirigido para esta temática com o objetivo de melhorar a comunicação terapêutica com a família. Estas lacunas podem refletir-se pela dificuldade na resposta a emoções pela família, dificuldade em realizar perguntas abertas de modo a dar espaço para a família se sentir à vontade para expressar as suas emoções e na dificuldade em abordar a família em relação ao internamento e prognóstico da PSC (Kerr, et al., 2020).

Não existe um consenso sobre o melhor método de formação sobre esta temática, mas encontra-se descrita a necessidade por parte das instituições da elaboração de um manual sobre como lidar com diferentes situações mais desafiantes com base em casos clínicos reais (Yoo, Lim, & Shim, 2020; Pecanac & King, 2019).

7. CONCLUSÃO

No decurso desta investigação identificou-se que uma comunicação efetiva entre os enfermeiros e as famílias da PSC internada numa UCI promove uma relação centrada no cuidado e melhora a capacidade do enfermeiro para conseguir atingir as necessidades da família e da PSC.

Os resultados obtidos da investigação realizada objetivaram fatores facilitadores e dificultadores do estabelecimento de comunicação e relação com a família em contexto de UCI, nomeadamente, o acolhimento à PSC, a disponibilidade, a escuta ativa, a idade da PSC, o debriefing e a formação.

Os participantes destacaram a importância de estabelecer uma relação de proximidade com a família, de modo a que, o internamento decorra de forma fluída e as informações de saúde relacionadas com o seu familiar sejam transmitidas e nunca ocultadas. Os diferentes métodos de comunicação foram bastante abordados durante a investigação bem como a necessidade de existir formação, quer durante o curso base, quer pela busca de conhecimento após o término do mesmo, dirigida para esta área, com o objetivo de criar objetivos atingíveis pelo profissional para melhorar os cuidados prestados tanto à PSC como à sua família.

Outro aspeto bastante discutido durante o *focus group* foi a necessidade da centralidade do cuidado na família. Apesar de ser algo que já se encontra bastante difundido na teoria e em outras investigações como sendo um fator preponderante da relação e dos cuidados, é perceptível que muitos profissionais focam mais a sua atenção e as suas intervenções na PSC e não na sua família, quer por receio de comunicar com a família quer por referência à falta de tempo e disponibilidade para comunicar com a mesma.

Como limitações ao estudo é possível destacar um fator inerente a um estudo de natureza qualitativa, que é o facto de ser um número reduzido de participantes o que limita a possibilidade de generalização dos resultados. A esta tipologia de estudo está também inerente o facto de existir uma maior subjetividade de interpretação dos resultados por parte do investigador que, numa investigação quantitativa, não existe. Outra limitação na análise dos resultados foi a reduzida evidência sobre a idade da PSC como um fator dificultador de abordagem à família nos casos em que a mesma tem idade mais juvenil.

Futuramente seria relevante serem realizados estudos sobre esta temática que abordassem grupos de participantes distintos, nomeadamente grupos de profissionais e grupos de famílias com PSC internadas na UCI, de forma a perceber se as necessidades expressas pelas famílias nesta temática são idênticas às sentidas pelos profissionais e se as estratégias utilizadas pelos profissionais são as melhores.

É de realçar a importância desta temática e das suas implicações no dia-a-dia da prática clínica nas unidades de UCI, uma vez que a identificação dos fatores mais relevantes para o estabelecimento de uma relação e comunicação com a família permite a consciencialização dos profissionais para os focos de atenção e intervenções necessárias para promover um cuidado centrado na família e auxiliar a mesma no processo de transição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internamento em UCI é um evento súbito e gerador de stress e pressão na família da PSC internada. Os enfermeiros apresentam uma grande responsabilidade neste contexto, por ser o profissional que passa mais tempo com a PSC e, na sua maioria, o mais acessível para a família nos momentos da visita.

Este relatório final de estágio resulta do culminar do desenvolvimento de competências teóricas e práticas ao longo deste mestrado que permitiram colmatar dificuldades e limitações pré-existentes bem como adquirir novos conhecimentos na área do doente crítico.

As atividades desenvolvidas durante os contextos de estágio apresentados, UCIP e INEM, tiveram como foco o desenvolvimento de práticas de enfermagem avançada, baseadas na reflexão sobre as mesmas em ambos os contextos e a possibilidade de melhoria, tendo como base a evidência científica mais recente de forma a adquirir competências comuns e específicas de EE.

Para a obtenção do grau de Mestre encontra-se implícito a realização de um trabalho científico baseado numa investigação atual sobre uma problemática pertinente, de forma a mostrar capacidade de resolução de problemas com foco na evidencia atual e na capacidade de gerar novos conhecimentos na área de estudo. Este foi para mim um dos processos de maior investimento pessoal por não ser uma área em que estivesse à vontade em termos de familiarização com o processo de investigação qualitativo.

Com a investigação realizada pretende-se que os profissionais estejam mais conscientes do seu envolvimento com a família da PSC e com as diferentes fases que as mesmas passam durante o internamento em UCI, de forma a serem um pilar para as famílias e conseguirem obter resultados significativos nas suas intervenções de enfermagem dirigidas.

O término deste relatório significa a conclusão de um longo percurso concretizado com enorme esforço pessoal devido à exigência entre a conciliação de todas as vidas, a pessoal, a profissional e a académica. Apesar de ter sido um desafio enorme, foi um desafio que possibilitou uma reflexão das práticas e dos conhecimentos prévios e uma melhoria dos mesmos.

A enfermagem é uma ciência que nunca estagnar e cabe a nós, profissionais com nível de diferenciação, continuar este percurso e incentivar outros à sua realização, de modo todos

contribuirmos para uma prática dinâmica e atual, com tomadas de decisões adequadas a cada situação e conseqüentemente uma melhoria dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. Obtido de <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Batista, H., Oliveira, G., & Camargo, C. (2021). Análise de conteúdo: Pressupostos teóricos e práticos. *Revista Prisma*, 2 (1), 48-62. Obtido de <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/42>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bettinelli, L., Rosa, J., & Erdmann, A. L. (2008). Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (3), 377-384.
- Cardoso, R. M. (2019). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Chou, R., Gordon, D., Leon-Casasola, O., Rosenberg, J., Bickler, S., Brennan, T., . . . McCarberg, B. (2016). Guidelines on the management of post-operative pain. *The Journal of Pain*, 17(2), 131-157. Obtido de [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(15\)00995-5/pdf](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(15)00995-5/pdf)
- Correia, T., Martins, M., & Forte, E. (2020). Gestão de enfermagem: Estratégias para a segurança de clientes e profissionais. *Millenium*, 2(11), 73-80. doi:10.29352/mill0211.08.00264
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: Uma perspetiva histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2, 62-64. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49338/1/04.pdf>
- Decreto de Lei nº63/2016. (2016). Mestrado - Artigo 15º. *Diário da República*, 3174-3177. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Dees, M., Carpenter, J., & Longtin, K. (2022). Communication between registeres nurses and family members of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 42(6), 25-35. doi:10.4037/ccn2022913

- Despacho nº 5561/2014. (abril de 2014). Ministério da Saúde. *Diário da república*, pp. 11123-11124. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/04/079000000/1112311124.pdf>
- Despacho nº 5613/2015. (2015). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. *Diário da República*, 13550-13553. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Edward, K.-L., Galletti, A., & Huynh, M. (2020). Enhancing communication with family members in the intensive care unit: A mixed-methods study. *Critical Care Nurse*, 40(6), 23-32. doi:10.4037/ccn2020595
- Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., Ermianti, & Rahayu, U. (abril de 2020). Nurses' reflections on challenges and barriers of communication in the intensive care unit: A phenomenology study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(1), 65-73. doi:10.24198/jkp.v8i1.1190
- Eziliano, M., Silva, A., Lourenço, A., Zanetti, B., Junior, H., Mendonça, I., . . . Sales, T. (2021). Estratégias de analgesia multimodal no manejo da dor aguda em adultos na emergência. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 31, 1-7. doi:<https://doi.org/10.25248/reac.e7963.2021>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2021). *Stop infeção hospitalar - Um desafio Gulbenkian*. Obtido de https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf
- Gerritsen, R. T., Hartog, C. S., & Curtis, J. R. (2017). New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. doi:10.1007/s00134-017-4684-5
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 1-5. doi:10.1136/bmjopen-2020-000913
- Gonçalves, I., Mendes, D., Caldeira, S., Jesus, E., & Nunes, E. (2023). The primary nursing care model and inpatients' nursing-sensitive outcomes: A systematic review and narrative

- synthesis of quantitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1-19. doi:10.3390/ijerph20032391
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Obtido de <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Gundumogula, M., & Gundumogula, M. (2020). Importance of focus group in qualitative research. *The International Journal oh Humanities & Social Studies*, 8 (11), pp. 299-302. Obtido de <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03126126/document>
- Hagedoorn, E., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J., Schans, C., & Luttik, M. L. (2021). The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands. *Scandinavium Journal of Caring Sciences*, 1-9. doi:10.1111/scs.12939
- Imanipour, M., Rad, S., Kiwanuka, F., Masaba, R., & Alemayehu, Y. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 569-581. doi:10.1111/scs.12675
- Imanipour, M., Razzaghi, Z., & Kamali, H. (2022). Improving families' perceptions of nursing care of patients in intensive care units in Iran: A non-randomised controlled trial. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 11195-11208. doi:<https://doi.org/10.25159/2520-5293/11195>
- INEM. (2012). *Abordagem à vítima - Manual de TAS/TAT* (Vol. 2). Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- INEM. (2017). *CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise*. Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/>
- INEM. (2019). *Carteira de Serviços do INEM, I.P.* Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/12/Carteira-de-Servi%C3%A7os-do-INEM.pdf>
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- INEM. (2021). *Aprender.INEM | o conhecimento à distância de um clique* . Obtido de <https://www.inem.pt/2021/09/20/aprender-inem-o-conhecimento-a-distancia-de-um-clique/>
- INEM. (2021). *INEM | Suporte Imediato de Vida*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/03/15/inem-suporte-imediato-de-vida/>
- INEM; CPCIRA. (2023). *Manual de Controlo de Infecção do INEM* (Vol. 3).

- Jackson, M., & Cairns, T. (2021). Care of the critically ill patient. *CRITICAL ILLNESS AND INTENSIVE CARE - I*, 29-36. doi:10.1016/j.mpsur.2020.11.002
- Jiffry, A., Cho, C., Schmidt, A., Pham, P., & Nager, A. (2023). A mixed methods needs assessment for a debriefing intervention following critical cases. *Academic Pediatric Association*, 23, 85-92. doi:10.1016/j.acap.2022.05.015
- Jones, M. (2023). Improving family communication in critical care. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 34(1), 15-24. doi:10.5737/23688653-34115
- Kerr, D., Milnes, S., Ammentorp, J., Mckie, C., Dunning, T., & Wolderslund, M. (2020). Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 416-428. doi:10.1111/jocn.15099
- Kynoch, K., & Ramis, M. (2021). Challenges and complexities of meeting family needs in the intensive care unit. *JB I Evidence Synthesis*, 19(7), 1497-1498. doi:10.11124/JBIES-21-00208
- Lei nº 156/2015. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 8059-8105. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lei nº 95/2019. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 169, 55-66. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei nº156/2015. (setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 8059-8105.
- Lusquinos, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685-1694.
- Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. doi:<https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S – A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher*, 44(10), 1087-1091. doi:10.1080/0142159X.2021.1928618
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

- doi:https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para a cura. *Millenium*, 2(5), 147-152. doi:<https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Moura, E., Lima, M., Peres, A., Lopez, V., Batista, M., & Braga, F. (2019). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Manegement*, 1-10. doi:10.1111/jonm.12846
- Naef, R., Brysiewicz, P., Andrew, N., Beierwaltes, P., Chiang, V., Clisbee, D., . . . Price, A. (2021). Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive & Critical Care Nursing*, 66, 1-10. doi:10.1016/j.iccn.2021.103081
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M.-M., Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., & Rufer, M. (2022). A multicomponent family support Open Access intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *BioMed Central*, 1-20. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Norma 001/2017. (fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, pp. 1-8. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da rede nacional de especialidade hospitalar e de referência - Medicina Intensiva*. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro - Dos comentários à análise dos casos*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. *Janeiro de 2007 - EP01/07 Enfermagem no Pré Hospitalar*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-construção-da-saúde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 1-19. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (19 de outubro de 2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista*. Obtido em 2023, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., . . . Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 229-233. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Parecer Conjunto nº 01/2017. (2017). Atribuição de responsável de turno. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-3. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Parecer nº 15/2018. (2018). Funções do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. *Ordem dos Enfermeiros*, 1- 4.
- Pecanac, K., & King, B. (2019). Nurse-family communication during and after family meetings in the intensive care unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), 129-137. doi:10.1111/jnu.12459
- Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing activities score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 1018-1025. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/T88JNv3WgwFwSpN5zWSrnLH/?format=pdf&lang=pt>

- Regulamento nº 429/2018. (julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em si. *Diário da República*, 19359-19364. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento nº 556/2017. (outubro de 2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. *Diário da República*, pp. 23636-23638. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/10/200000000/2363623638.pdf>
- Regulamento nº 656/2021. (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 173-191. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissional oe.pdf>
- Regulamento nº140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, 4744-4750. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº226/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário da República*, 10758 - 10764. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9271/regulamento-n%C2%BA-223_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf
- Regulamento nº743/2019. (25 de setembro de 2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Cotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2ª série, 128-155. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 109-110. doi:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>
- Rocha, P., & Lima, D. (2019). Suicídio: Peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. doi:<http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>
- Santos, K., Cavalcante, T., Ribeiro, A., Alencar, T., Fortenele, A., & Santos, D. (2019). Implantação do modelo enfermeiro de referência em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(1), 268-274. Obtido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236542/31173>

- Segovia, C. (2019). *Comunicação em situações críticas*. Porto Alegre. Obtido de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_situacoes_criticas.pdf
- Silva, A., Queiroz, M., Viana, L., Cajado, F., & Prado, L. (2023). O suicídio: A família e os impactos psicológicos dos enlutados. *ID on line. Revista de Psicologia*, 17(65), 431-444. doi:<https://doi.org/10.14295/online.v17i65.3692>
- Silva, B., & Gaedke, M. (2019). Nursing activities score: avaliando a carga de trabalho de enfermagem no cuidado intensivo. *Revista Enfermagem Atual*, 88(27), 1-7. doi:<https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.380>
- Silva, L., & Casarini, K. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UTI. *Revista da SPAGESP*, 20(2), 37-54. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000200004&lng=pt&tlng=pt
- Silva, N. R., & Fortunatti, C. P. (2017). Families on adult intensive care units: Are they really satisfied? A literature review. *Australian Critical Care*. doi:10.1016/j.aucc.2017.08.003
- Thommes, M., Klasen, M., Bickenbach, J., Deja, M., Engelhard, K., Francis, R., . . . Sopka, S. (2023). Effects of the “ICU Support” team meeting concept on patient-centered and staff-centered outcomes: study protocol for a randomized controlled multicenter study. *BioMed Central*, 1-13. doi:10.1186/s13063-023-07754-7
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Torabi, M., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Shoorideh, F. (2018). Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision- making: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 1-9. doi:10.1186/s12910-018-0334-x
- Yakubu, Y., Esmaeili, M., & Navab, E. (2019). Family members’ beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. *Nursing Open*, 6, 526-534. doi:10.1002/nop2.234
- Yoo, H., Lim, O., & Shim, J. (2020). Critical care nurses’ communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0235694

ANEXOS

ANEXO I: Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP

	Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP	Elaborado em __/__/__	Folha 1/1
		Revisto em __/__/__	Edição Nº1
		IT. PQ ____	

1. Âmbito:

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

2. Responsabilidade pela implementação

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

3. Fundamentos

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) diferenciam-se dos restantes internamentos pelo contexto específico e complexo de prestação de cuidados. Caracterizam-se por serem espaços fechados e complexos, com sofisticada tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica, onde, na sua maioria, permanecem doentes em estado de saúde crítica e elevado risco de vida com um prognóstico, na sua maioria, reservado (Almeida & Ribeiro, 2008).

A família é tida como uma instituição fundamental da sociedade, tendo grande impacto nos seus membros. É considerada um sistema aberto e integrado, sendo que qualquer ameaça a um membro é tida como uma ameaça a toda a família causando problemas (Gerritsen, Hartog, & Curtis, 2017).

A família da pessoa em situação crítica passa por situações de pressão perante a condição do seu familiar, que, em resultado, alteram a dinâmica da mesma (Silva & Fortunatti, 2017).

A importância do reconhecimento e da inclusão da família nos cuidados à pessoa em situação crítica tem sido documentada ao longo da literatura. Os benefícios de cuidar da família permitem uma diminuição das suas preocupações no que concerne o seu ente (Jansen & Schmitt, 2003).

Para que seja possível existir contributo da família na recuperação do doente, a mesma precisa de ser orientada e integrada nas rotinas da UCI e no processo que o seu familiar está a passar, tendo necessidade de se sentir acolhida e respeitada (Bettinelli, Rosa, & Erdmann, 2007).

Para uma relação enfermeiro-família eficaz, é necessária uma comunicação assertiva, empática, clara e simples, adequando a mesma à pessoa.

	Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP	Elaborado em _/_/___	Folha 1/4
		Revisto em _/_/___	Edição Nº1
		IT. PQ ____	

4. Objetivos

Descrever o procedimento específico relativo ao acolhimento e ao acompanhamento da família da pessoa internada na UCIP

5. Descrição do Procedimento

Segundo as normas do serviço o familiar deverá ser acompanhado pelo enfermeiro responsável pelo doente desde a sala de espera até junto do doente, sempre que for a **primeira visita**.

Nas **restantes visitas**, o familiar é acompanhado pelo assistente operacional destinado a esse feito, até junto do seu doente, recebendo as informações de enfermagem posteriormente.

O primeiro contacto com a família deve ser iniciado com a apresentação do enfermeiro responsável pelo doente.

Se presencial, o contacto deve ser feito num local privado e confortável para a família expôr as suas dúvidas.

Deverão ser prestadas informações relacionadas com a unidade, como estrutura física, equipa, normas de funcionamento e visitas. De seguida abordar as dúvidas relacionadas com o doente como diagnóstico, evolução clínica, tratamento e permanência na UCI.

• Funcionamento UCIP

- Apresentar a estrutura física da unidade referenciando a constituição por boxes individuais, duplas e triplas dependendo da localização da pessoa internada.
- Normas da unidade: explicar que deverá ficar junto da unidade do familiar promovendo um ambiente calmo e silencioso de forma a não perturbar os outros doentes, não deve utilizar telemóvel dentro da unidade;
- Visitas: segundo as regras hospitalares cada utente da UCIP pode ter até duas visitas por dia, sendo a duração máxima de

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

	Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP	Elaborado em _/_/___	Folha 1/4
		Revisto em _/_/___	Edição Nº1
		IT. PQ ____	

cada visita de 20 minutos. Decorrem todos os dias, entre as 14h00 e as 17h00, e requerem marcação prévia no horário das 11h00 às 13h00 e das 17h00 às 19h00, pelo telefone 232 420 511.

- 14h00 às 14h20
- 14h30 às 14h50
- 15h00 às 15h20
- 15h30 às 15h50
- 16h00 às 16h20
- 16h30 às 16h50

d) Equipa: informar que sendo uma equipa grande poderá contactar com diferentes profissionais durante o período de internamento, existindo em cada turno um enfermeiro responsável pelo doente;

e) Forma de comunicação: os contactos com a unidade poderão ser feitos presencialmente ou telefonicamente sendo que neste último não serão fornecidas informações clínicas devido à dificuldade de controlo (poderá ser fornecido o panfleto que se encontra em apêndice com os contactos do serviço);

- **Doente**

- a) Providenciar informações de enfermagem relativas ao motivo de internamento e estado atual, encaminhar a família para a equipa médica para mais informações clínicas e de exames complementares;
- b) Consciencializar a família sobre o estado atual do doente, nomeadamente estado de consciência/inconsciência, reatividade a estímulos, comunicação, entre outros;
- c) Explicar funcionalidade dos equipamentos e dispositivos, nomeadamente, monitorização hemodinâmica contínua,

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

	Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP	Elaborado em _/_/___	Folha 1/4
		Revisto em _/_/___	Edição Nº1
		IT. PQ ____	

ventilação invasiva/ não invasiva, tubo orotraqueal, sonda nasogástrica, sonda vesical, dispositivos de avaliação neurológica, como BIS, sensor PIC, entre outros;

Ao longo deste acolhimento devem ser retiradas informações importantes sobre as atividades de vida diária do doente prévias ao internamento, de forma a que ao longo do internamento sejam adotadas intervenções pelas equipas, com o intuito de manter o nível de independência/autonomia prévio ao internamento, caso seja possível.

Nas visitas seguintes devem ser esclarecidas quaisquer dúvidas referenciadas pela família e deve ser abordada a evolução do doente, referindo melhorias ou agravamento do estado de saúde do doente.

6. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

- Almeida, M. C., & Ribeiro, J. L. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (7), 79-88.
- Bettinelli, L., Rosa, J., & Erdmann, A. L. (2007). Internação em Unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (3), 377-384.
- Gerritsen, R. T., Hartog, C. S., & Curtis, J. R. (2017). New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med*.
- Jansen, M. P., & Schmitt, N. A. (2003). Family-focused interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 347-354.
- Silva, L., & Casarini, K. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UTI. *Revista da SPAGESP*, 20 (2), 37-54.
- Silva, N. R., & Fortunatti, C. P. (2017). Families on adult intensive care units: Are they really satisfied? A literature review. *Australian Critical Care*.

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

ANEXO II: Flyer “Acolhimento e Acompanhamento da Família da Pessoa Internada na UCIP”

Informações
médicas e de
enfermagem serão
fornecidas durante
a visita ao familiar
de referência



Contactos

Av- Rei Dom Duarte, 3504-509

Tel: 232-420-500

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Centro Hospitalar Tondela-Viseu



Sobre a UCIP

As Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) diferenciam-se dos restantes internamentos pelo contexto específico e complexo de prestação de cuidados.

Dispõe de 12 camas distribuídas uniformemente pela unidade.

Funciona 24 horas, com uma equipa experiente e multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, e auxiliares de ação médica.



Regras

Antes de entrar

- Deve higienizar as mãos e seguir as instruções fornecidas pelos profissionais;
- Deve manter o telemóvel desligado ou em silêncio durante a visita;

Dentro da unidade

- Deve manter o ruído no mínimo;

Regras das visitas

Cada utente tem direito a duas visitas por dia, com duração de 20 minutos.

Horário de visita: 14h às 17h

Marcação prévia entre as 11h e as 13h e entre as 17h e 19h, pelo telefone 232 420 511

ANEXO III: “O Enfermeiro e a Família em Situações de Paragem Cardiorrespiratória na EEH”

O Enfermeiro e a Família em Situações de PCR na EEH

Realizado por: Francisca Simões nº4393
 Tutoria: Enf. Mestre João Camilo e Enf. Especialista Ruben Santos
 Orientação Pedagógica: Prof. Doutora Liliana Mota

Índice

Enquadramento Teórico
Metodologia
Enfermeiro e a Família
Discussão
Conclusão

Enquadramento Teórico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994 refere que deve ser ultrapassada a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família, não podendo, o conceito, ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)



Enfermeiro possui formação humana, técnica e científica, sendo o **único profissional** que pode assegurar **cuidados de enfermagem** ao indivíduo, **família** e comunidade em situações acidente e/ou doença súbita.

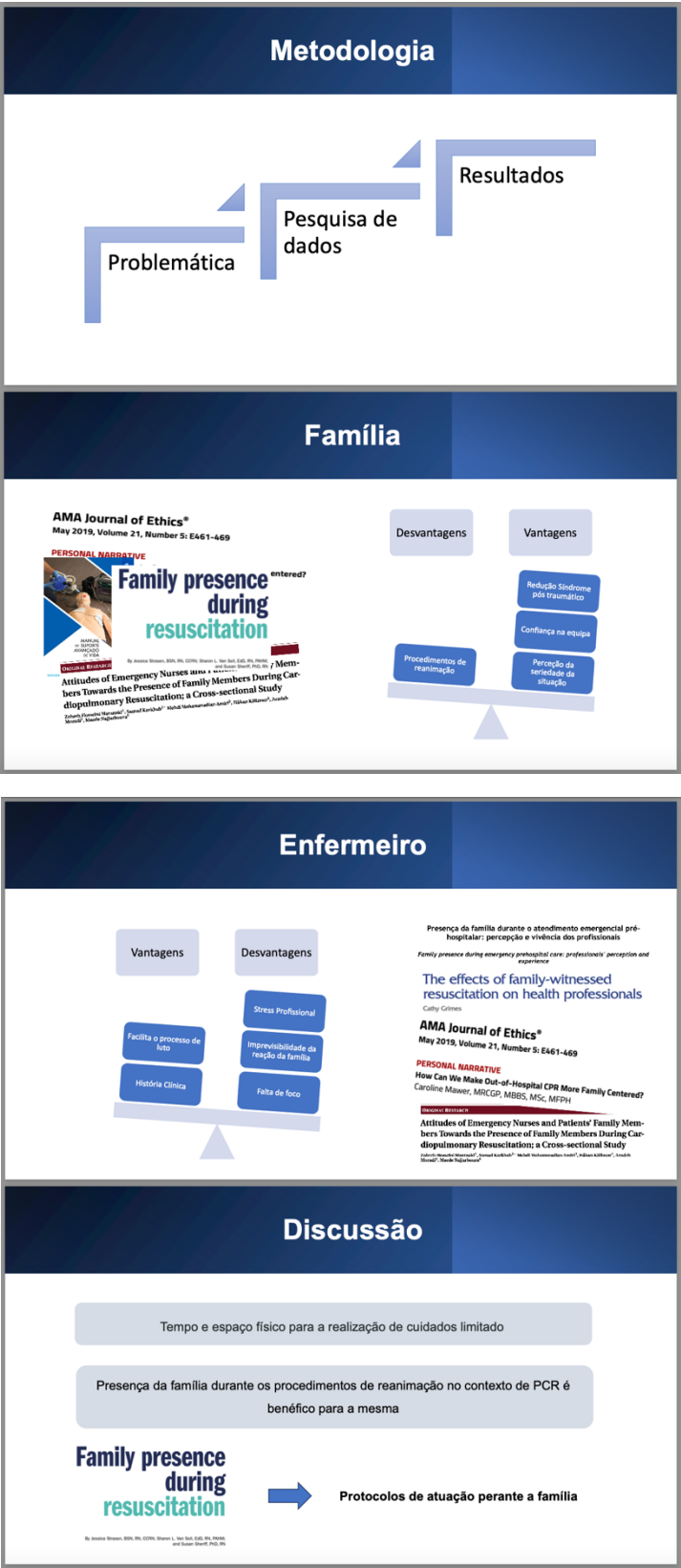
(Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Enquadramento Teórico

A Paragem Cardiorespiratória (PCR) é um acontecimento repentino que consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória.

(American Heart Association, 2023)

	
2022	21 692
(INEM, 2023)	



Conclusão

A família desempenha um fator relevante, podendo colaborar tanto na atenuação como na intensificação de um acontecimento indesejável

A maioria dos estudos aponta a presença da família como benéfica pois torna os cuidados mais humanizados

Equipa de emergência deve ser defensora dos direitos não só da pessoa como da família

Referências Bibliográficas

- American Heart Association. (setembro de 2023). What is a Cardiac Arrest? Obtido de American Heart Association: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>
- Cruz, J., Gomes, J., Barreto, M., & Marcon, S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial pré-hospitalar: percepção e vivência dos profissionais. *Journal of Nursing and Health*(9 (2)).
- Grimes, C. (2020). The effects of family-witnessed resuscitation on health professionals. *British Journal of Nursing* Vol.20 (15), 892- 896
- INEM. (2023). Relatório de Atividade do CODU 2022. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-CODU-2022-VF2022.pdf>
- Maznaki, Z. H., Karkhah, S., Amiri, M. M., Kallinen, H., Moradi, A., & Najjarbura, M. (2022). Attitudes of Emergency Nurses and Patients' Family Members Towards the Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation; a Cross-sectional Study. *Archives of Academic Emergency Medicine*(10 (1)).
- Mawer, C. (2019). How can we make out-of-hospital CPR more family centered?. *AMA Journal of Ethics* Vol 21 (5), 461-469.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Obtido de <https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/horadeposicao/Documents/EunciadoPosicao17.jac2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido de <https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo-de-pdftas-artigos/dia-internacional-da-familia/C3%ADia-enfermeiros-e-familia/C3%ADias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>
- Strasen, J., Sell, S., & Sheriff, S. (2015). Family presence during resuscitation. *Nursing Management*, 46-50.

**ANEXO IV: Certificado Participação 2º Seminário de
Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto
de Emergência Extra-Hospitalar**

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Maria Francisca Rodrigues Simões**, Enfermeira, com a Cédula Profissional número 93953 e a identificação número 15150415, participou, no **2.º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar** com a duração total de **7 horas**, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2024, através da Plataforma digital Microsoft Teams.

Mais se declara que, na qualidade de **palestrante**, participou com a temática "*O enfermeiro e a família em situações de PCR na emergência extra-hospitalar*".

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 23 de fevereiro de 2024

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Pedro Miguel Afonso Mateus**
Num. de Identificação: 11387938
Data: 2024.02.23 23:58:18+00'00'

(Pedro Mateus)



ANEXO V: Consentimento Informado Livre e Esclarecido

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: Comunicação e relação dos enfermeiros com a família da pessoa admitida em cuidados intensivos

Enquadramento: As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) diferenciam-se dos restantes internamentos pelo contexto específico e complexo de prestação de cuidados (Almeida & Ribeiro, 2008). A família da pessoa em situação crítica passa por situações de pressão perante a condição do seu familiar, que em resultado alteram a dinâmica da mesma (Silva & Fortunatti, 2017). A importância do reconhecimento e da inclusão da família nos cuidados à pessoa em situação crítica tem sido documentada ao longo da literatura. Os benefícios de cuidar da família permitem uma diminuição das suas preocupações no que concerne o seu ente (Jansen & Schmitt, 2003). Para que seja possível existir contributo da família na recuperação do doente, a mesma precisa de ser orientada e integrada nas rotinas da UCI e no processo que o seu familiar está a passar, tendo necessidade de se sentir acolhida e respeitada (Bettinelli, Rosa, & Erdmann, 2007). Assim, pretende-se com o estudo, identificar os fatores percebidos pelos enfermeiros, que influenciam a comunicação entre o enfermeiro e a família da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Explicação do estudo:

Será realizado um estudo de abordagem qualitativa de carácter descritivo.

O estudo terá uma amostragem não probabilística intencional e os participantes serão enfermeiros especialista da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, que exerçam funções há mais de 5 anos em UCI, convidados pela investigadora principal.

Para a recolha de dados será realizada uma sessão de Focus Group.

A sessão será realizada por videoconferência, conforme disponibilidade dos participantes. Será conduzida através de um guião semiestruturado com questões abertas de forma a dar espaço à discussão em grupo. A sessão será gravada em formato de áudio após a autorização de todos os participantes e, posteriormente, transcrita para formato de texto para análise de conteúdo.

A sessão será orientada pela investigadora principal e observada pela orientadora do projeto de estudo.

A participação dos entrevistados será de livre vontade e será mantido o anonimato e privacidade dos mesmos e confidencialidade dos dados obtidos. Os dados e áudios obtidos só serão utilizados para a realização deste estudo, sendo destruídos após o término do mesmo.

¹ http://portal.arnorte.mn-ssude.pt/portal/page/portal/ARNSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%A9tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://drc.pt/pd1adp/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Condições e financiamento:

Não estão previstos custos associados a este estudo.

Confidencialidade e anonimato:

Será mantida a confidencialidade e anonimato dos participantes e dos dados obtidos através do uso de codificação dos participantes com letras e números.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE



ANEXO V: Guião *Focus Group*

**Comunicação e relação dos enfermeiros com a família da
pessoa admitida em cuidados intensivos**

Focus Group – Guião Orientador

1. Consideram que a integração da família ao serviço pode ser fator diferenciador na evolução da relação estabelecida pelo enfermeiro com a família?
2. Quais os fatores que contribuem para uma boa comunicação com a família?
3. Quais as principais dificuldades que sentem ao falar com as famílias?
4. Quais as estratégias utilizadas para ultrapassar essas dificuldades?
5. Consideram pertinente a formação sobre estratégias de comunicação?

ANEXO VI: Parecer Comissão de Ética

APRECIACÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 015/2024	Código: 2023.072	Data: 29 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Comunicação e relação dos enfermeiros com a família admitida em cuidados intensivos

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: , L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença

Investigador responsável: MariaFrancisca Rodrigues Simões (orientador: Liliiana Mota) **Protocolo (se aplicável):** N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒	Rejeitado por unanimidade ☐
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria ☐

Resumo do Parecer/Recomendações:

Esta investigação é relevante para a área científica em estudo, denotando rigor no seu planeamento e execução. O conhecimento dos fatores que influenciam a relação enfermeiro-família irá permitir uma abordagem sobre os mesmos de modo a capacitar o enfermeiro na melhoria da intervenção focada da família da pessoa internada na UCI.

Estão assegurados os princípios éticos do direito à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade de dados.

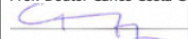
CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 29 de janeiro de 2024

Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor Carlos Costa Gomes



Assinatura: