



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

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

Sandra Patrícia Pinto de Sá

**A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ACERCA DA PRESENÇA DA
FAMÍLIA NA PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO
EXTRA-HOSPITALAR**

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

**A perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença
da família na paragem cardiorrespiratória no
extra-hospitalar**

Relatório de estágio

Sandra Patrícia Pinto de Sá

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre Mário Branco.

Oliveira de Azeméis | 2024

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor e mestre Mário Branco, pela presença constante, pelos ensinamentos, pela amizade e por todas as palavras de coragem e incentivo, que jamais esquecerei, pelo ombro amigo numa das fases mais difíceis da minha vida...

À Professora Doutora Liliana Mota pela disponibilidade e ajuda.

A todos os meus colegas de mestrado pela partilha.

À minha amiga e colega Jéssica, pela amizade e companheirismo e apoio constante mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha família, que é o meu porto de abrigo em todas as situações, que sempre me deu forças para terminar esta jornada que parecia não ter fim. Obrigada pela paciência, compreensão pelos muitos momentos ausentes.

Aos enfermeiros especialistas que se disponibilizaram a participar no estudo, sem eles nada disto seria possível.

A todos, Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEM - Ambulâncias de Emergência Médica

BIS - Índice de bi-espectral index score

CDE - Código Deontológico do Enfermagem

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Venoso Central

EA - Eventos Adversos

ECG - Eletrocardiograma

ECMO VA - Extracorporeal Membrane Oxygenation Veno-Arterial

ECMO VV - Extracorporeal Membrane Oxygenation Veno-Venosa

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC - Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamento Proteção Individual

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INVOS - In-Vivo-Optical-Spectroscopy

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MR - Médico Regulador

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PPCIRA - Programa Nacional Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RCR - Reanimação Cardiorrespiratória

SABA - Solução Antisséptica de base alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

iTeams - Tools for Emergency Alert Medical System

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

XABCDE - *Exsanguination, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

RESUMO

A enfermagem como profissão é o resultado do desenvolvimento a vários níveis, tanto a nível profissional como individual, de forma contínua, baseado na vivência e na prática apoiada no método de cuidar da pessoa e família em situação crítica nas mais diversas situações ao longo do ciclo de vida. Os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são vistos como cuidados habilitados e organizados, com o intuito de prevenir complicações e otimizar a recuperação da pessoa. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica deve desenvolver capacidades que lhe permitam prestar cuidados de qualidade individuais e holísticos, atingindo os padrões de qualidade. Posto isto, os enfermeiros apresentam disponibilidade constante e habilidades para avaliar e intervir nas necessidades da pessoa e família.

O estágio de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II desenvolveu-se no Instituto Nacional de Emergência Médica, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um Centro Hospitalar da região do centro do país e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida da mesma região e no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Norte do país. O presente relatório é uma análise geral do meu percurso durante os estágios realizados, com o objetivo de descrever as competências comuns e específicas desenvolvidas como futura Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

O projeto de investigação tem como tema: A perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar. O objetivo foi identificar a perspetiva dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica sobre a presença da família durante a Paragem Cardiorrespiratória no extra-hospitalar, assim como compreender a importância da presença da família perante uma situação de Paragem Cardiorrespiratória, em contexto extra-hospitalar. Desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Obtiveram-se os dados com recurso ao *focus group*, efetuado por videoconferência, a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Constatou-se, com os resultados adquiridos, que a família beneficia estar presente durante o evento de Paragem Cardiorrespiratória e os profissionais de saúde devem oferecer e facilitar a sua presença, caso seja a vontade da mesma. Também se verificou que os níveis de

ansiedade não se alteram tanto para a família como para os profissionais de saúde, promove o luto precocemente, assim como mantém a relação família/Pessoa em Situação Crítica.

Reconhece-se que proporcionar a presença da família durante o evento de Paragem Cardiorrespiratória é fundamental para uma prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica de excelência, assim como para a família.

Palavras-chave: reanimação cardiopulmonar, serviço de emergência, família, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Nursing as a profession is the result of development at various levels, both professionally and individually, on an ongoing basis, based on experience and practice supported by the method of caring for the person and family in a critical situation in the most diverse situations throughout the life cycle. Nursing care for the person in critical condition is seen as skilled and organized care, with the aim of preventing complications and optimizing the person's recovery. In this way, the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Person must develop skills that enable them to provide individual and holistic quality care, achieving quality standards. That said, nurses have the constant availability and skills to assess and intervene in the needs of the person and family.

The nursing internship for People in Critical Situations II took place at the National Institute of Medical Emergencies, in the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle of a Hospital Center in the central region of the country and in the Immediate Life Support Ambulance of the same region and in the Intensive Care Medicine Service of the Hospital Center in the north of the country.

This report is a general analysis of my journey during the internships, with the aim of describing the common and specific competences developed as a future Master and Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization of Nursing for people in critical situations.

The theme of the research project is: The perspective of specialist nurses in medical-surgical nursing on the presence of the family in out-of-hospital cardiac arrest. The aim was to identify the perspective of specialist medical-surgical nurses on the presence of the family during out-of-hospital cardiorespiratory arrest, as well as to understand the importance of the family's presence in a cardiorespiratory arrest situation in an out-of-hospital context. This was a qualitative, exploratory and descriptive study. The data was obtained using a focus group, carried out by videoconference, with Nurses Specializing in Medical-Surgical Nursing.

The results showed that the family benefits from being present during the Cardiorespiratory Arrest event and that health professionals should offer and facilitate their presence if they so wish. It was also found that anxiety levels do not change for either the family or the health professionals, that it promotes early mourning, and that it maintains the family/Person in Critical Situation relationship.

It is recognized that providing for the presence of the family during the Cardiorespiratory Arrest event is fundamental for providing excellent nursing care to the Critically Ill Person, as well as to the family.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, emergency service, family, nursing care

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Benefícios.....	82
Tabela 2: Riscos	84
Tabela 3: Sentimentos.....	88
Tabela 4: Processo de Luto.....	91
Tabela 5: Cuidados de Enfermagem	94

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	23
1.1. Sistema integrado de Emergência Médica	23
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos	26
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	29
2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	29
2.2. Melhoria Contínua da Qualidade.....	32
2.3. Gestão de Cuidados	34
2.4. Desenvolvimento das Atividades Profissionais.....	39
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	45
3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	45
3.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação.....	53
3.3. Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	55
4. Considerações Finais	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. Resumo.....	63
2. Abstract	65
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	67
4. Finalidade e objetivos	75
5. Metodologia	77
5.1. Desenho do estudo	77

5.2. Considerações éticas.....	79
6. Resultados e Discussão	81
7. Conclusão.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS.....	109
ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO	110
ANEXO II: COMUNICAÇÃO ORAL.....	115
ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO	121
ANEXO IV: GUIÃO <i>FOCUS GROUP</i>	124
ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	126

INTRODUÇÃO

Espera-se que o enfermeiro especialista possua e demonstre conhecimentos científicos, técnicos e relacionais fundamentados na experiência e na análise crítica e reflexiva das ocorrências com que se depara. Através destes conhecimentos, torna-se possível adquirir e desenvolver as capacidades próprias do grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), capacidades estas que possibilitarão exercer de forma mais independente, aprimorar a prática diária e integrar-se num ambiente que se apresenta em mudança e evolução de forma constante, tanto cientificamente como tecnicamente.

Consoante o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista (EE) é “detentor de capacidades técnicas, humanas e científicas a fim de realizar cuidados de enfermagem personalizados nos mais diversos campos da especialidade em enfermagem” (p. 4744). Quanto à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, espera-se que do EE “dê uma resposta eficiente ao empregar conhecimentos e habilidades na identificação de intervenções especializadas, no planeamento, execução e avaliação do plano de intervenção, tudo isso com uma abordagem colaborativa que promova a segurança e a qualidade dos cuidados” (p. 19360). Portanto, é no reconhecimento das habilitações esperadas dos EEEMC que se procurou basear este processo de aprendizagem.

Assim, o presente relatório enquadra-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) – área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), sob orientação do Mestre Mário Branco.

Esta reflexão é uma análise global das experiências vivenciadas e refletidas durante os estágios realizados, entre janeiro e maio de 2022 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Centro Hospitalar da região do centro do país e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) da mesma região e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar do Norte do país.

Os Enfermeiros em contexto extra-hospitalar deparam-se diariamente com desafios no cuidar da PSC e famílias. Essas dificuldades estão relacionadas à maneira como se apresentam aos familiares, ao cuidar de famílias de diferentes culturas e ao proporcionar a presença deles em situação de cuidados críticos (Paavilainen et al., 2017), sendo essa presença crucial para garantir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Sa et

al., 2015). O mesmo autor refere que o suporte emocional e a comunicação eficaz são elementos essenciais para garantir um cuidado centrado na pessoa e na família.

Portanto, o que motivou o tema para o estudo de investigação foi muitas vezes chegar ao local do evento de uma pessoa em PCR, como enfermeira estagiária na SIV/VMER e deparar-me frequentemente que a família era excluída de todo o procedimento pelos profissionais de saúde. Muitas vezes, as famílias não compreendiam a gravidade do estado clínico da pessoa para além da existência de um conjunto de situações dificultadoras na transmissão da notícia, que poderiam ser melhoradas com a presença dos mesmos.

Posto isto, é necessário compreender a perspetiva da EEEMCC acerca da presença da família durante a PCR no extra-hospitalar, assim como compreender a importância da presença da família perante uma situação de PCR, em contexto extra-hospitalar. Este projeto tem como objetivo primordial: Identificar a perspetiva dos EEEMC os benefícios e riscos para a família e EE durante o evento de PCR no extra-hospitalar. Para sustentação da temática em estudo, foi utilizado a teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta evidencia a importância do cuidado centrado tanto na pessoa como na família, a intenção de olhar a família como um todo e de a considerar fundamental nos cuidados de enfermagem à PSC (Meleis, 2000).

A experiência de lidar com uma situação crítica, que envolve o risco de fim de vida, quer pela PSC quer pela família, é vivida de uma forma única. Muitas vezes, a PSC está inconsciente e não consegue perceber totalmente a gravidade da transição que está vivenciando, apenas a compreendendo mais claramente durante a fase de recuperação. Por outro lado, a família passa por momentos intensamente emocionais ao acompanhar de perto qualquer alteração no estado clínico da pessoa (Sa et al., 2015). Nesse sentido, a Teoria das Transições de Meleis, os enfermeiros podem obter uma compreensão mais profunda do processo de transição, o que contribui para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, resultando em ganhos na saúde. Essa compreensão e aprofundamento de conhecimento permitem aos enfermeiros estabelecer diretrizes para sua prática profissional, possibilitando a implementação de estratégias de prevenção, promoção e orientação terapêutica diante das transições enfrentadas pela PSC e sua família (Meleis, 2010).

O presente relatório encontra-se estruturado de forma a que, inicialmente, esteja apresentada a análise do estágio, com descrição do local do mesmo e das competências comuns do EEEMC, assim como as específicas do EEEMC desenvolvidas no âmbito da enfermagem à PSC. Após essa análise, está presente o projeto de investigação, com a referida fundamentação teórica, a metodologia do estudo e apresentação dos resultados e respetiva discussão.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Da Emergência Extra-Hospitalar ao Serviço de Cuidados Intensivos

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O estágio final decorreu entre janeiro e maio de 2022 e foi composto por dois momentos de aprendizagem. O primeiro em contexto extra-hospitalar, no INEM, mais propriamente na VMER do Centro Hospitalar da Região do Centro do País e na SIV por meios de Emergência Médica da mesma região e o segundo momento no SMI Centro Hospitalar do Norte do país, sendo este constituído por unidades de nível II e nível III.

1.1. Sistema integrado de Emergência Médica

Os sistemas de emergência médica já ajudaram a salvar inúmeras vidas em todo o mundo. A emergência médica abrange todas as etapas que ocorrem desde da localidade da ocorrência de urgência até a conclusão do tratamento definitivo no estabelecimento de saúde apropriado, atendendo assim às necessidades dessa situação específica. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é o grupo de recursos e atos que ocorrem tanto fora do hospital quanto dentro dele, envolvendo a participação ativa de diversos profissionais de diferentes áreas da saúde, sendo, portanto, multidisciplinar. Tudo é planeado para que seja possível agir de maneira rápida, eficiente e com economia de meios, em contexto de doença inesperada, acidentes ou catástrofes, nas quais o atraso de medidas apropriadas de diagnóstico e terapêutica pode colocar em risco a vida da pessoa (INEM. 2017).

O INEM é um organismo do Ministério da Saúde que, a nível nacional, é responsável por garantir que todas as vítimas de doença súbita e/ou sinistrados recebam de forma imediata uma apropriada prestação de cuidados de saúde (INEM, 2017). Estão ao dispor diversos meios de socorro dos quais se evidencia as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), as ambulâncias de SIV e as VMER, que foram os meios onde decorreu o estágio.

Atualmente, existem equipas diferenciadas que, acompanhadas pelo material necessário, conseguem chegar ao local da ocorrência em poucos minutos, entre as quais as VMER e as SIV. As VMER são viaturas destinadas a transportar uma equipa composta por um médico e um enfermeiro até a localidade do evento, tendo à sua disposição todo o equipamento necessário para realizar Suporte Avançado de Vida. Estas viaturas possuem bases hospitalares com finalidade de proporcionar o estabelecimento e o acompanhamento médico no decorrer do transporte de PSC (INEM, 2017).

A ambulância SIV foi criada em 2007 como forma de prestar assistência diferenciada em emergência extra-hospitalar. São compostos por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) e, à semelhança da VMER, tem como principal objetivo a estabilização e transporte acompanhado das vítimas, acrescentando, ainda, a possibilidade de transporte inter-hospitalar de doentes críticos. Regidos por diferentes protocolos e sob orientação do médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), pode-se administrar medicação e realizar procedimentos invasivos para complementar os cuidados de suporte básico de vida (INEM, 2017).

A prática de enfermagem perante situações de emergência extra-hospitalar torna-se essencial a fim de garantir o apoio adequado e abrangente tanto à pessoa em todas as fases da vida, como à família e à comunidade nas mais diversas situações, a partir do lugar do evento até à unidade hospitalar. Isso mostra-se um elemento efetivo a fim de alcançar melhorias na saúde, assim como diminuir a mortalidade e a morbidade. Portanto, é importante que essa prática esteja distinguida, aprovada e reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, sendo introduzida e incorporada no método de evolução e reconhecimento profissional (Regulamento n.º 226/2018).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especializado em emergência extra-hospitalar com competência acrescida apresenta conhecimentos práticos e uma abordagem sistemática nos âmbitos da disciplina, profissional e da emergência extra-hospitalar.

Ele tem comprovada capacidade profissional nessa área, que é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, seja para indivíduos, grupos ou comunidades, nas mais diversas situações, incluindo a sua transferência para uma unidade hospitalar adequada. A sua atuação ocorre em um contexto multiprofissional e o seu objetivo é proporcionar e assegurar um acompanhamento de qualidade, sendo completo e adequado, garantindo um exercício sustentado em evidências e pesquisas. Além disso, ele procura desenvolver um exercício profissional ético, legal e em conformidade com os modelos, princípios éticos e deontologia profissional (Regulamento nº 226/2018).

Ser Enfermeiro SIV revela-se um trabalho desafiante e exigente porque recai sobre o profissional a responsabilidade de avaliação e de decisão imediata em cada ocorrência, visto que o enfermeiro é o membro mais diferenciado no local (Oliveira S. et al, 2013). Assim, o trabalho em equipa é fundamental, quer entre o enfermeiro e o técnico que o acompanha como com o CODU, de forma a que todas as intervenções sejam desenvolvidas num ambiente colaborativo. Este trabalho em emergência extra-hospitalar permite a estabilização precoce da vítima, acabando por se tornar bastante importante e reconhecido

pelos profissionais das unidades de saúde que recebem a vítima para continuidade de cuidados (Oliveira S. et al, 2013).

Contudo, e para manter a operacionalidade dos meios, é necessário confirmar que estão asseguradas todas as medidas de segurança, incluindo a higienização das viaturas e dos materiais, bem como a sua reposição, a verificação constante do correto funcionamento dos equipamentos e os registos rigorosos. Em contexto SIV, assegurar o seu cumprimento é uma responsabilidade do enfermeiro, uma vez que é o elemento mais diferenciado do meio (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Aquando do meu contacto com a VMER e com a SIV, foi possível constatar que, efetivamente, estas funções são encaradas com seriedade por parte dos enfermeiros, e cumpridas rigorosamente. Em contexto de VMER, a avaliação da vítima é feita pelo enfermeiro e pelo médico, sendo que todas as intervenções de enfermagem independentes são asseguradas e complementadas com intervenções interdependentes, sendo as mais frequentes a administração de terapêutica antes ou durante o transporte. Na Ambulância SIV, as intervenções de enfermagem interdependentes são realizadas tendo por base protocolos desenvolvidos pelo INEM. Estes protocolos são utilizados num grande número de ocorrências e, dentro destas, as diferentes possibilidades de atuação consoante o estado da vítima, avaliado pelo enfermeiro no local. Após a avaliação do enfermeiro, é contactado o médico regulador do CODU para transmissão da informação relativa à ocorrência e à vítima e, em conjunto, decidir qual o melhor plano terapêutico para a PSC.

Quanto à manutenção dos meios e materiais, tanto a VMER como a SIV têm um plano de tarefas semanal bem definido, desde a *check-list* diária das malas de primeira abordagem, passando pelo pedido de material semanal e a sua receção no armazém. Relativamente à reposição dos materiais, é responsabilidade de ambos os profissionais, enfermeiro-médico ou enfermeiro-TEPH, no início de cada turno, confirmar que as malas possuem todo o material necessário, e nas quantidades predefinidas na *check-list*, bem como a bateria dos equipamentos elétricos e a autonomia das garrafas portáteis de oxigénio. Nas Ambulâncias SIV, existe sempre um *stock* de reserva de material nos compartimentos internos da viatura; na VMER, é necessário existir sempre maior quantidade de material, e repetido pelas diversas malas. Após cada saída e chegada à base, esse material é imediatamente repostado, de forma a que tudo fique operacional para a próxima ocorrência. A SIV possui duas malas essenciais e dedicadas à abordagem da vítima: mala de primeira abordagem, usada em toda e qualquer ocorrência, e mala de trauma que, como o nome indica, é usada em ocorrências de trauma. Já a VMER possui quatro malas: mala de primeira abordagem e mala médica, usadas em todas as ocorrências, mala de trauma e mala pediátrica. Ambos os meios possuem um

ventilador portátil, um monitor / desfibrilhador e garrafas de oxigénio. A VMER tem, ainda na sua carga, um Compressor Automático Externo, LUCAS, (apesar de disponível um compressor mecânico externo no SUB do Hospital de Oliveira de Azeméis para a SIV, o INEM ainda não autorizou que faça parte da carga da SIV).

Para além disto, estive um dia na base da Delegação Regional do Norte, em serviço de *back-office*, onde tive oportunidade de observar como é feita a gestão de todos os meios no ativo, acabando por compreender que esta é uma gestão bastante complexa e trabalhosa que, à semelhança do que acontece nas ocorrências, também implica um trabalho de equipa dentro da própria Delegação, e entre a delegação e os meios.

Desta forma, a escolha da realização do estágio em Emergência Extra-hospitalar, relaciona-se com a grande vontade de adquirir novos conhecimentos e aprimorar competências pré-adquiridas para a excelência na prestação de cuidados e o desenvolvimento da perícia na área de especialidade, nomeadamente, no que concerne ao acompanhar a PSC desde o primeiro momento de abordagem.

1.2. *Estágio em contexto de cuidados intensivos*

De acordo com o Ministério da Saúde (2017, p.6), a “Medicina Intensiva é um campo sistemático e diferenciado da medicina que se concentra principalmente na precaução, na identificação e tratamento de ocorrências de doença aguda que são possivelmente revertíveis em pessoas que mostram deterioração das funções vitais”.

As UCI são locais competentes onde é assumida total responsabilidade pelas pessoas com deterioração orgânica, sustentando, antecipando e retrocedendo falências com consequências vitais (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva, 2017). Estas unidades podem transmitir um ambiente hostil, quer para a PSC, quer para a família, pois caracteriza-se por um espaço fechado e complexo com pessoas em estado crítico e onde o prognóstico é reservado (Fontes & Ferreira, 2009, p.34).

O SMI tem capacidade de 18 unidades, de categoria classificada como nível III (designadas de intensivas), constituído por uma equipa médica e enfermagem distinta, com meios de monitorização, diagnóstico e tratamento direcionados a pessoas com alterações agudas de órgãos essenciais. Também são admitidos no SMI pessoas cuja situação clínica necessite apenas dos cuidados de nível II (identificadas como intermédias), sendo reservadas a doentes que carecem de monitorização multiorgânica, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva, 2017). As unidades dos doentes encontram-se repartidas por 3 alas, Ala A com 8 camas (open

space) e 4 quartos de isolamento; Ala B com 6 camas (open space) e 2 quartos de isolamento e a Ala C com 6 camas (open space) e 4 quartos de isolamento.

As duas alas usufruem de um ponto central de vigilância e onde se encontra os computadores com o processo clínico da PSC para realização de registos de enfermagem em sistema informático, assim como, para a visualização dos dados hemodinâmicos de todos os doentes e permite acesso imediato aos doentes (ACSS, 2013b; DGS 2003; Thompson et al., 2012). Importa referir que todas as alas dispõem de luz natural, assim como, algumas salas com serviços diferenciados, como o secretariado, os gabinetes médicos, gabinete da Enfermeira-Gestora, algumas áreas para arrumação de material e equipamentos, duas zonas de refeições e um compartimento onde está alocado sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation®), (Carones, 2019).

Todas as unidades onde se encontra a PSC dispõem de materiais essenciais para a prestação de cuidados, tais como, material de proteção individual, permitindo minimizar assim o risco de infeção cruzada. Cada unidade tem a capacidade de realizar monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, possuindo um monitor (eletrocardiograma de 12 derivações, pressões arteriais, capnografia, Bispectral Index, ritmo respiratório, saturações de oxigénio periféricas), máquinas perfusoras, ventilador mecânico invasivo, ambos conectados informaticamente, o B-ICU Care®. Além dessa monitorização, a unidade tem capacidade de monitorizar a pressão intracraniana (Train-of-4), e da oxigenação cerebral (near-infrared spectroscopy, INVOS®), sendo, também, muito usada a ecocardiografia como método de avaliação da função cardíaca, débito cardíaco e preenchimento da veia cava inferior. Esta unidade permite ainda a prestação de cuidados especializados a nível de suporte/substituição da função de órgão, através da ECMO veno-venosa ou veno-arterial, com a execução das técnicas de substituição renal, assim como aplicação da oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Em relação aos recursos humanos, estão presentes continuamente 2 médicos intensivistas durante as 24 horas, 9 enfermeiros, 1 enfermeiro coordenador e 5 assistentes operacionais durante o período diurno/ 2 durante o período noturno. Para além da equipa, sempre que necessário recebem ajuda da Medicina Física e de Reabilitação, dos técnicos auxiliares e diagnóstico e dos médicos com formação em medicina intensiva. A equipa de enfermagem é formada por 61 enfermeiros, entre os quais 10 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6 especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Durante o estágio, tive a oportunidade de vivenciar diversas experiências enriquecedoras, as quais me ajudaram a ampliar meus conhecimentos como enfermeira, como também, pude partilhar experiências e aprendizagens com a equipa de enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns e específicas como futura EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Os cuidados prestados são cada vez mais exigentes, tanto tecnicamente como cientificamente, incluindo os cuidados de Enfermagem, e a diversidade e a particularização são uma veracidade que inclui uma grande parte dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Todos os EE detêm conhecimentos aprofundados numa área específica da enfermagem, sendo no caso mencionado a EMC, para além da área de especialização, quaisquer especialistas compartilham um conjunto de habilidades, chamadas de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019).

As intervenções de enfermagem à PSC tornam-se altamente qualificadas e realizam-se continuamente à pessoa que apresenta as funções vitais em risco. Os cuidados surgem para atender a necessidades identificadas, visando sustentar as funções básicas de vida e antecipar dificuldades para garantir a sua total recuperação (Regulamento n.º 429/2018).

Portanto, a prática em enfermagem de emergência fora do ambiente hospitalar é essencial no sentido de garantir um apoio verdadeiro e abrangente à pessoa em todas as fases da vida, assim como à família e à comunidade nas várias situações garantindo a continuidade de cuidados (Regulamento n.º 226/2018).

De forma atingir os objetivos delineados é importante conhecer a realidade do serviço e os protocolos institucionais. Portanto, a primeira semana de estágio foi de conhecimento, integração e interação com a equipa, conforme o que estava preconizado. Durante o estágio, foi mantida uma postura profissional, com empenho nas atividades realizadas, com o intuito de prestar cuidados de excelência e de obter as melhores competências. Enquanto EEEMC, no âmbito de enfermagem à PSC, o sentido crítico reflexivo esteve sempre na base deste percurso para a aquisição de competências.

Neste capítulo serão apresentados os quatro domínios integrantes das competências comuns do EE e algumas das atividades desenvolvidas para concretizá-los.

comuns do EE e algumas das atividades desenvolvidas para concretizá-los.

2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Com base neste domínio e perante o Regulamento das Competências Comuns do EE, o EE deve exercer a prática de forma segura, profissional, ética e legal utilizando habilidades no processo de tomada de decisão, segundo os princípios éticos e deontológicos. Neste sentido,

o profissional deve ser detentor de conhecimentos ético-deontológicos, que auxiliem o processo de reflexão e tomada de decisão, após uma apreciação das estratégias utilizadas na sua prática (Regulamento n.º 140/2019). Assim, as intervenções de enfermagem realizam-se com o cuidado de proteger a autonomia e a venerabilidade da pessoa e do enfermeiro (Código Deontológico, 2015). Os enfermeiros devem de respeitar a pessoa humana e tem a responsabilidade de informar, obter o consentimento livre e esclarecido para toda e qualquer intervenção de enfermagem.

Com o propósito de obter competências inerentes neste domínio, foi crucial assegurar uma prática profissional segura baseada nos princípios éticos, aplicando capacidades de tomada de decisão ética e deontológica nos dois contextos de estágio (Regulamento n.º 140/2019). O profissional de saúde depara-se frequentemente com situações em que se revela necessária a adoção dos princípios éticos, bioéticos, morais e deontológicos. Só dessa forma consegue executar a prática da sua profissão com Dignidade Humana, isto é, na imparcialidade de cuidados, respeitando a autonomia e protegendo a pessoa.

A transmissão de informação à pessoa e à família é, também, bastante importante sendo, por si só, um direito da pessoa, conforme descreve a Lei n.º 15/2014 acerca dos Direitos e Deveres dos Utentes, referindo que este possui o direito de ser informado, sobre a sua situação clínica, assim como tratamento e prognóstico de forma clara compreensível. O enfermeiro deve comunicar com a pessoa e com a família, dos cuidados a serem prestados e estar disponível para esclarecer toda e qualquer dúvida sobre as intervenções de enfermagem. Este dever assenta nos princípios da autonomia, dignidade e da liberdade da pessoa. É de realçar que, neste aspeto, o dever é de informar a pessoa e não a família, exceto em situações em que se aplique o princípio ético da beneficência (artigo 84.º do Código Deontológico, CDE, 2015).

Durante o estágio, consegui transmitir a informação correta tanto à pessoa como às famílias com as alterações que iam surgindo. Tentei sempre permitir a permanência das famílias junto da PSC, mesmo quando esta se encontrava sedada e ventilada, permitindo reduzir o medo das famílias. Tentei sempre esclarecer de forma simples e objetiva, as dúvidas que lhes iam surgindo, tanto à pessoa como à família. A informação deve ser apropriada a cada pessoa e as suas capacidades de compreensão, confirmando se a informação fornecida foi compreendida de forma a que estas famílias consigam proceder adequadamente numa situação de transição. Dessa forma, tanto no extra-hospitalar como no SMI, existiu sempre o cuidado de transmitir à pessoa todas as intervenções a realizar. E atenção/respeito pela dignidade humana esteve permanentemente presente na prestação de cuidados, tanto na tomada de decisão em equipa como na solução de dúvidas. O princípio da autonomia foi

respeitado durante o estágio, a pessoa tem o direito de colaborar na tomada de decisão do seu tratamento, ate mesmo o recusar.

Na tomada de decisão, surgem algumas dúvidas que acarretam tomadas de decisão complexas com necessidade de adaptação aos princípios e valores éticos da profissão. Desta forma, aprofundei as minhas capacidades crítico-reflexivas sobre os comportamentos a adotar na prestação de cuidados, de forma a tomar sempre a melhor decisão com base nos princípios e valores éticos que regulam a nossa profissão.

No decorrer deste estágio foram várias as situações que desafiaram momentos de ponderação, nomeadamente acerca das questões legais que envolvem a suspensão das manobras em caso de PCR. Por exemplo, uma vítima em PCR não presenciada, em que a vítima já apresenta sinais de morte, tais como livores e rigidez, ou até mesmo vítimas de doença prolongada, foram alvo de reflexão. O enfermeiro da SIV está salvaguardado pelo protocolo de atuação que é validado pelo Médico Regulador (MR). Contudo, o enfermeiro não pode suspender as manobras de reanimação, sem a presença física de um médico. Este foi um tema que me fez refletir, com pensamento crítico e reflexivo com o enfermeiro, o que me possibilitou perceber os vários aspetos legais, éticos e deontológicos destas ocorrências. Ainda no contexto da PCR, especialmente quando estas ocorrem no domicílio das pessoas, algumas vezes nos deparámos com a família no exterior, pois as equipas de assistência pré-hospitalar solicitam aos familiares para se afastarem, e agem numa área privativa. Muitas vezes esta preferência acontece por sensação comodidade dos profissionais de saúde.

A evidência científica tem apresentado benefícios e desvantagens com a presença da família no decorrer da PCR. Para os profissionais de saúde, pode gerar sentimentos de ansiedade e stress, bem como, medo da sua prática ser avaliada e ser colocado todo o procedimento em causa, na eventualidade da família intrometer e interferir na sua atuação. Os riscos para a família podem ser psicológicos, a observação de procedimentos invasivos pode resultar em trauma (McClement et al., 2009).

O estudo sobre a presença dos familiares no decorrer da RCR mostra-se complexo, sendo que existem algumas associações internacionais que consideram a presença da família como benéfica, defendendo que aquela deve estar presente no decorrer da realização de uma técnica invasiva e em contexto de RCR. Este tema foi alvo de muita reflexão visto ser a temática do projeto de investigação apresentado posteriormente.

Já no SMI uma grande parte dos procedimentos médicos e de enfermagem são realizados com base no consentimento presumido, cumprindo com princípio da beneficência, em concordância com a norma nº 15/2015 da DGS (DGS, 2015b). A tomada de decisão no SMI é

realizada entre equipa de enfermagem e médica onde partilham informação, tendo por base valores éticos e deontológicos, sendo notória a preocupação com a opinião da pessoa e da família.

Posto isto, e no decorrer deste estágio, realizaram-se atividades com intenção de respeitar os princípios éticos, promover a intimidade da pessoa, informar/explicar tanto à PSC e como à família, preservando o sigilo da informação, isto é, tentei exercer segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem, pilar importante na prestação de cuidados. Assim, considero que a competência da responsabilidade profissional, ética e legal foi atingida, tendo procurado sempre tomar decisões em conjunto com os meus tutores e com as equipas interdisciplinares. As decisões foram sustentadas em princípios, valores éticos e deontológicos, respeitando os direitos humanos, a segurança, a dignidade e a privacidade da pessoa. Como futura EE cabe-me o dever de agir em primazia com os valores humanos prestando cuidados de forma humanizada.

Quanto aos registos de enfermagem, no extra-hospitalar o registo é realizado nível informático, é efetuado através do programa *Tools for Emergency Alert Medical System (iTeams)*, onde é possível enviar ECG e alertas de vias verde, assim como sinais vitais, queixas, anamnese, identificar lesões, avaliação de enfermagem. Esta aplicação detém de diversos separadores para preenchimento com identificação da pessoa, antecedentes e medicação habitual, alergias, procedimentos/protocolos adotados e ações realizadas, registos da situação e encaminhamento. Este sistema, possibilita o envio de dados para o CODU e hospital de destino. Não tinha conhecimento prévio deste programa, porém foi fácil de usar e intuitivo. O SMI está integrado com o sistema de informação *BSimple - ICU®*. Foi o primeiro contacto com este sistema, sendo necessário um esforço inicial para compreendê-lo e de forma a tentar colmatar esta necessidade de melhoria nos registos de enfermagem, fui conversando informalmente com a tutora e restantes elementos da equipa, procurei orientações e esclarecimentos, onde superei essa dificuldade.

2.2. Melhoria Contínua da Qualidade

Nesta competência espera-se que o EE colabore no desenvolvimento e execução de projetos institucionais relacionados à qualidade, participe na divulgação necessária para a compreensão dos mesmos, a nível prático, demonstre conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria contínua da qualidade, além de orientar projetos institucionais na mesma área (Regulamento 140/2019).

A OE (2019) assume que o EE desempenha uma função ativa na melhoria das atividades institucionais relacionadas à administração clínica, criando, governando e cooperando com projetos para o melhoramento da qualidade, e sustentando um ambiente terapêutico seguro. Estas competências refletem uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas/família.

O conceito de qualidade na saúde está em concordância com os critérios de excelência dos cuidados especializados em EMC, onde se baseiam o bem-estar e contentamento da pessoa, na promoção do autocuidado e da saúde, na precaução de problemas, na reabilitação funcional, no planeamento e segurança dos cuidados de Enfermagem, na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2017).

A intervenção dos enfermeiros tem, cada vez mais, particular atenção pela qualidade dos cuidados de enfermagem, o que exige aos profissionais uma tentativa constante em melhorar as suas capacidades teóricas. Neste contexto, o progresso nas aprendizagens por parte dos enfermeiros demonstra ser elementar para que haja uma prática cada vez mais personalizada, complexa e rigorosa, possibilitando alcançar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados perante as exigências da pessoa, família ou comunidade (Marques, 2021).

A capacitação/formação durante o exercício profissional é essencial para a gestão de qualquer instituição de saúde, promovendo o crescimento pessoal e profissional da equipa, com o objetivo de aprimorar o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados. Isso representa uma ferramenta de renovação de procedimentos e comportamentos pessoais, além de uma melhoria dos métodos e estruturas para alcançar resultados superiores. Ocorre um desenvolvimento contínuo de conhecimentos e habilidades, adquiridos na prática e ao longo da evolução pessoal, específicos da enfermagem. Quando aplicados em situações reais, possibilitam que os enfermeiros e enfermeiros especialistas ajustem as suas capacidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas, além de demonstrarem comportamentos socio-afetivos apropriados (Phaneuf, 2003).

Neste domínio identifiquei algumas necessidades de formação e procurei compreender qual o plano institucional que possibilita a capacitação dos enfermeiros com o objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, além de garantir a conformidade com os padrões de qualidade. Tanto o do SMI como da SIV, promovem a formação contínua e a aquisição de novos conhecimentos, existindo formações com alguma regularidade, e que durante o estágio pude participar em algumas dessas formações. A equipa da SIV onde realizei estágio é bastante dinâmica e proativa neste aspeto, a formação é realizada entre a

equipa, sustentando novas aquisições, com o intuito de aprimorar as práticas, tendo em conta a evidência científica. Nesse sentido, tive a oportunidade de participar nas formações realizadas pelos enfermeiros na SIV, tendo mesmo realizado uma apresentação relativa a “A perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no Extra-Hospitalar” (Anexo I).

Portanto, a capacitação durante atividade traduzir-se-á em fortalecimento, divisão e a análise crítica sobre ato de cuidar e a inovação, tendo como objetivo primordial aperfeiçoar os cuidados prestados, promovendo e desenvolvendo os profissionais com base na necessidade de cada equipa e de cada profissional (Marques, 2021).

Durante o estágio no INEM, tive oportunidade de realizar um turno em *back-office*, na Delegação Regional do Norte, e acompanhar uma das enfermeiras coordenadoras, na realização de horários, gestão dos profissionais necessários em cada meio, realização de auditorias das ocorrências, gestão dos meios que estão no terreno, constatando que é um processo bastante complexo.

Uma das atividades que os enfermeiros coordenadores desenvolvem, e à qual tive oportunidade de observar, é a análise dos relatórios de turno, registos de ocorrências, nomeadamente, a análise do registo de PCR. Esta análise é feita com o principal objetivo de perceber quais os aspetos passíveis de melhoria sendo, à posteriori, discutido com o respetivo enfermeiro para otimização dos cuidados. Nos meios em que fiz estágio, no início de cada turno, era realizada a *check-list* do material e das malas, o que me permitiu conhecer, de forma mais aprofundada, a disposição do material o que, na prática, se refletiu em cuidados imediatos e diferenciados.

Outra atividade que os enfermeiros dos meios realizam e que tive a oportunidade de realizar é a gestão dos recursos materiais: semanalmente, um elemento do turno, contabiliza os materiais consumíveis da base, e faz o pedido de reposição em documento próprio. No dia seguinte, também é o enfermeiro presente em turno que se desloca ao armazém levantar esse mesmo pedido, arrumando-o nos locais respetivos.

Estas intervenções possibilitaram desenvolvimento de novas capacidades no âmbito da qualidade, assim como na prestação de cuidados e contribuíram para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados.

2.3. Gestão de Cuidados

“A atuação dos enfermeiros em cargos de gestão é crucial para garantir a qualidade e segurança do exercício profissional, sendo um elemento na aquisição de resultados positivos

para a saúde” (Regulamento n.º 76/2018, pág. 3478 - 3487). Na prestação de cuidados à PSC, o EE tem como principais competências a gestão dos cuidados e dos recursos necessários e adaptados a cada situação, de forma a otimizar a sua resposta e, assim, a qualidade das intervenções (Regulamento n.º 429/2018). Assim, o domínio da gestão de cuidados representa uma das competências do EE, competência que requer que o EE esteja envolvido na gestão dos cuidados de enfermagem, e gerir os recursos conforme as diferentes ocorrências e contextos, a fim de garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

No extra-hospitalar, neste domínio o objetivo primordial passava pela gestão dos cuidados e liderança, refletindo o papel do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas que atuam em ambiente extra-hospitalar têm algumas especificidades que se tornam importante reconhecer. O papel do enfermeiro é variável conforme a equipa multidisciplinar em que se insere e as competências exigidas na abordagem à pessoa em situação crítica são as mais diversas. Os conhecimentos em anatomia, fisiopatologia e farmacologia, em complementaridade com as ciências sociais e humanas, produção científica, prática baseada na evidência e espírito crítico-reflexivo, são algumas das características que devem estar presentes no enfermeiro que presta cuidados no âmbito do extra-hospitalar (Correia 2010). Assim, para além da assistência, o enfermeiro deve participar na execução, aplicação e revisão de protocolos em que haja intervenção na formação de equipa e necessidade de assegurar funções de gestão de recursos humanos e materiais, com o intuito de aperfeiçoamento contínuo das intervenções realizadas (Adão e Santos, 2012), sendo importante a integração da ética e deontologia em qualquer cuidado prestado em contexto extra-hospitalar (Gentil et al, 2008).

Em contexto de estágio, experienciei de que forma estas competências e papéis se manifestam e são aplicadas pelos profissionais de enfermagem. Na VMER, o enfermeiro atua na avaliação e abordagem à pessoa em conjunto com o médico, identifica focos, diagnósticos e implementa intervenções de enfermagem resultantes ou não de prescrição, consoante as necessidades identificadas. Já em contexto de ambulância SIV o enfermeiro é responsável pela avaliação completa, identificação das necessidades presentes e intervir conforme protocolos definidos pela entidade, mantendo sempre juízo clínico, articulando, sempre que necessário, com o médico regulador (MR) do CODU. Os enfermeiros encaram um processo de tomada de decisão, fundamentado no pensamento crítico, apoiado em princípios éticos, científicos, técnicas, deontológicas e jurídicas (Deodato, 2008), esta tomada de decisão é um

procedimento que começa pela adequada recolha de dados consentindo o conhecimento da situação em si, procurando por todas as fontes disponíveis.

Na ambulância de SIV, pude entender a importância do enfermeiro como *Team Leader*. Em muitas situações, sendo o profissional mais capacitado, sua função passa por organizar a sua intervenção com base em um processo de tomada de decisão, coordenação e supervisão das ações realizadas pelo TEPH, além de transmitir informações ao MR. Acredito que é fundamental a transmissão de dados e informações sobre a situação da PSC ao MR, pois o enfermeiro do extra hospitalar descrever a situação clínica da PSC (sinais e sintomas) e do contexto para validar os protocolos, intervenções interdependentes e garantir a continuidade dos cuidados. Já na VMER, onde a equipe é composta por um enfermeiro e um médico, a transmissão de dados pode ser feita posteriormente, visto que o médico é responsável pela tomada de decisões. Nesse caso, a validação não é necessária, sendo mais comum o médico assumir o papel de *Team Leader*.

A gestão dos cuidados define-se como um sistema que tem em consideração a autonomia e a individualidade dos profissionais com o objetivo comum da prestação de cuidados de qualidade. Para o desenvolvimento de uma gestão completa de cuidados, o enfermeiro deve planejar os materiais e recursos necessários para a sua tomada de decisão, tendo sempre em consideração a segurança do doente (Siewert et al, 2017). Ao longo do estágio no SMI 6 participei na execução da gestão de recursos materiais, um procedimento realizado pelo enfermeiro delegado pela enfermeira chefe.

De forma a quantificar as horas de cuidados de enfermagem prestados à PSC no SMI 6, utilizam o índice de intervenção terapêutica (TISS 28), sendo este avaliado diariamente. Todos os profissionais devem ter conhecimento dos indicadores de qualidade calculados, nomeadamente, as infeções adquiridas nos cuidados de saúde prestados, úlceras por pressão e quedas. Outro aspeto importante no SMI 6 e para o EE é a receção e acolhimento da PSC na unidade, sendo de responsabilidade do mesmo preparar a unidade, verificar se todos os equipamentos estão operacionais. A preocupação primordial do EE, aquando da entrada da PSC, é a estabilização hemodinâmica e realização do exame físico (sistema neurológico, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, tegumentar, renal e gastrointestinal).

No que concerne a comunicação em saúde, sendo um processo complexo que envolve diferentes níveis, é um ponto central na prestação de cuidados que influencia a sua qualidade. Esta deve estabelecer-se na prevenção, deteção precoce, diagnóstico, tratamento, situações *life saving* e cuidados em fim de vida e, em cada uma destas circunstâncias, são usadas estratégias chave que visam melhorar a sua condição e promover a saúde (KREPS, 2015).

Particularmente na emergência extra-hospitalar, pela especificidade das situações vividas, o cuidado envolve necessidades bio-psico-socio-espirituais que implicam um processo de comunicação eficaz entre o enfermeiro e o doente e família. Um dos grandes desafios no atendimento de emergência é a prestação de cuidados com qualidade e segurança, prevenindo complicações, avaliando riscos e oferecendo cuidados humanizados a partir da interação com a pessoa. Para tal, e sendo esta uma área ainda pouco alvo da atenção do enfermeiro, é necessário saber ouvir e transmitir de forma a garantir uma colheita de dados adequada e prestar cuidados de acordo com as suas expectativas (SANTOS, et al., 2018). Ao longo do estágio foi possível a implementação de estratégias de comunicação, tais como a adequação do discurso às características do recetor, assim como a transmissão de informação de forma clara. Deste modo, procurou-se recolher dados que favorecessem a avaliação da pessoa, bem como transmitir informações acerca da sua condição clínica, com vista a mantê-lo calmo e devidamente informado, melhorando a sua colaboração no processo terapêutico.

Segundo as habilitações do EEEMC, elucidadas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, espera-se que aquele esteja capacitado a criar uma relação terapêutica eficiente e apropriada com a pessoa e família/cuidador e que demonstre competências em técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo a pessoa e seus entes próximos em todo o processo de cuidar. No extra-hospitalar, uma necessidade constante é a transmissão de informação, entre a equipa e a vítima e/ou familiar presente. Esta torna-se eficaz quando os dados são comunicados de forma atempada e são pertinentes, completos e compreendidos pelo médico do CODU (DGS, 2017).

Assim sendo, em 2017 a DGS propõe o uso da técnica ISBAR (I – identificação dos intervenientes na comunicação e do doente; S – situação atual, descrever o motivo da necessidade de cuidados; B – Background ou antecedentes; A – Avaliação, descreve o condição da pessoa atual, sinais vitais, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, plano de tratamento, alterações de saúde importantes; R – Recomendação – descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica dos doente) para a comunicação e transição de cuidados eficazes (Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde).

No SMI, esta metodologia ISBAR está bem implementada, de forma a otimizar os cuidados prestados. O responsável de cada turno, no início da passagem de turno, faz um *briefing* com referência às situações mais importantes, tais como via área difícil, risco de extubação, entre outras. A passagem de turno é realizada em vários momentos, em equipa transmitem o

motivo de entrada, estado atual e plano ou prognóstico, para que toda a equipa do turno conheça as pessoas hospitalizadas; passagem de informação na unidade de cada pessoa para o enfermeiro responsável pelo mesmo; e por último o enfermeiro responsável após passagem de turno dos médicos transmite a cada enfermeiro informações pertinentes assim como o plano clínico previsto.

Na SIV esta é uma técnica bastante utilizada pelos profissionais de saúde para a transmissão de informações relevantes e essenciais aos cuidados à PSC, e que compreende a identificação do profissional e da pessoa, a descrição da ocorrência, os antecedentes relevantes para a situação atual, a avaliação da pessoa e que inclui a alteração do estado de saúde e a terapêutica instituída e, por fim, a recomendação do plano terapêutico adequado. Na SIV, a transferência de dados ao CODU torna-se importante na perspetiva de otimização de cuidados e da segurança da pessoa e, em todas as ocorrências que estive presente e em que tive oportunidade de comunicar com o médico do CODU, transmi a informação relevante usando este método, constatando que, realmente, sintetiza todas as informações e facilita bastante a comunicação entre a equipa multidisciplinar.

Considero que estas ocorrências me permitiram, a nível profissional, treinar e desenvolver competências de comunicação, quer na perspetiva de explicação dos cuidados, como na otimização de técnicas de comunicação objetivas, claras e eficazes. O conceito de comunicação pode ser entendido um processo de partilha de informações e sentimentos/emoções entre os intervenientes (Campos, 2017).

Na enfermagem, a comunicação é uma das principais características que define a qualidade dos cuidados de enfermagem, e os profissionais devem desenvolver competências que induzam emoções positivas nos cuidados aos doentes (Campos, 2017). A comunicação deve ser utilizada não só numa perspetiva de transmissão/recolha de informação, mas também com o objetivo de demonstrar à pessoa que ela é importante, tornando as intervenções humanizadas e pessoais (Mourão et al, 2009).

Durante a visita da família no SMI, a comunicação usada foi sempre adaptada ao tipo de discurso, procurando transmitir respeito, disponibilidade, confiança, empatia, sem juízo de valor, assim como manter uma postura de escuta ativa.

Em ambos os estágios, considero ter tido uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde, utilizando a ferramenta ISBAR que é caracterizada por proporcionar a segurança do doente na passagem de cuidados (DGS, 2017).

Em contexto de SIV, o EE tem de estar desperto para diversas situações, para uma apropriada gestão dos seus cuidados, realizando uma avaliação certa da pessoa em concordância com a abordagem X,A,B,C,D,E (*Exsanguination, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*)

de forma a identificar vítima crítica ou não. Para tal, estabelece prioridades de uma forma eficaz, para que haja a sua recuperação máxima, e reduzindo assim complicações, ao intervir de uma forma rápida e eficaz. A organização e o cumprimento de *check-lists* globais do INEM para as ambulâncias SIV são uma forma de ganhar tempo numa situação de emergência, visto que o tempo é determinante para uma rápida atuação.

Para além disso, o estágio possibilitou ambientar-me com todo o equipamento da SIV/VMER, sendo um grande contributo para a minha aprendizagem, o que me permitiu desenvolver alguma autonomia na abordagem à PSC.

Durante este estágio, tanto no SMI 6 como no extra-hospitalar, uma das minhas preocupações foi administração de medicação, que exigiu um estudo constante da terapêutica instituída. Dessa forma tentei perceber de que forma a medicação se encontrava acondicionada, para garantir uma boa gestão de protocolos complexos assim como prováveis complicações, e efeitos adversos atuando em conformidade.

Assim sendo, no SMI de forma a minimizar o erro terapêutico, dispõe de um sistema de aprovisionamento de medicação automático, a *Pyxis*[®]. A medicação está num armário fechado, apenas acessível pelo registo biométrico (impressão digital), nome do utente, médico prescriptor, dosagem e via de administração do medicamento, após esta seleção destes campos é aberta a gaveta. Existe um cuidado extremo na preparação e administração da medicação, fornecida em sistema de unidose e toda a medicação é devidamente identificada. Em contexto extra-hospitalar a medicação encontra-se em mochilas e no frigorífico das viaturas. Na ambulância SIV, toda a medicação administrada é validada pelo médico regulador, exceto no protocolo de Paragem Cardiorrespiratória.

Na gestão dos cuidados, procurei promover um ambiente seguro, cooperar para um trabalho interdisciplinar e eficiente, preservando relações de colaboração, ao respeitar os procedimentos e práticas da instituição.

Considero que, como EE, obtive saberes e fortaleci capacidades que me possibilitam uma gestão de cuidados, de recursos humanos, materiais e do ambiente, com a expectativa de prestar cuidados com qualidade, de segurança e humanização.

2.4. Desenvolvimento das Atividades Profissionais

O último domínio das competências do EE está relacionado com a promoção do desenvolvimento do conhecimento profissional. O enfermeiro deve aprimorar o autoconhecimento e a assertividade, sustentado na sua prática clínica e tomada de decisão

em evidência científica (Regulamento n.º 743/2019). Durante os estágios, esta foi uma das competências que prevaleceu, com intuito de desenvolver o autoconhecimento e assertividade, sempre com o foco na prestação de cuidados com base na evidência científica mais recente, procurando as melhores respostas e partilha de conhecimento.

Assim, em contexto de SIV propus-me a cumprir o seguinte objetivo específico: Compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica em contexto de Emergência Extra-Hospitalar.

O artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, “Da Excelência do Exercício” afirma que o enfermeiro deve procurar atingir a excelência em cada ato profissional, e esta deve ser uma preocupação de todos os enfermeiros. A excelência dos cuidados inclui a procura de vários saberes, como o saber empírico, o saber científico, o saber ético, o saber pessoal e o saber estético que, em última instância, culminam no ganho de competências cognitivas, afetivas e reflexivas (Serrano et al., 2011). Esta procura pelo conhecimento é constante e progressiva, permitindo atingir um nível superior de cuidar e, assim, da qualidade dos cuidados. Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2015), no artigo 88º do CDE, define que, ao longo do seu percurso profissional o enfermeiro tem de refletir, analisando com frequência a sua prestação de cuidados, procurando adaptar os cuidados às carências individuais da pessoa e assegurar as condições de trabalho necessárias para uma prática que promova a dignidade e a autonomia – tudo isto é passível de cumprir com a atualização contínua dos conhecimentos. Durante o estágio foram várias as oportunidades que me permitiram aprofundar conhecimentos na área da PSC. No início, comecei por observar as posturas dos enfermeiros perante a PSC e, numa fase posterior, transferi essas aprendizagens para a prática. Apliquei, também, os conhecimentos adquiridos durante as aulas na prática profissional e, com o apoio da equipa e enfermeiro orientador, tentei adaptar às situações em si, o que permitiu o sucesso das intervenções.

Especificamente no que toca aos cuidados em contexto extra-hospitalar existem algumas particularidades do meio que, inevitavelmente, definem os cuidados prestados. Das experiências com as quais foi possível o contacto, destaca-se o facto de ser efetuada uma primeira avaliação no local onde se encontra a pessoa e, assim que possível e se necessário, esta é transportado para a ambulância adequada, onde serão realizados os procedimentos para a sua estabilização. Isto garante não só uma maior quantidade de material disponível de forma imediata, mas também a integração da pessoa num ambiente mais controlado. Por outro lado, em ambiente extra-hospitalar os recursos humanos são limitados e nem sempre adequados às situações clínicas. Este aspeto implica, por vezes, o contacto com o CODU para solicitar meios diferenciados ou avaliação pelo médico regulador, procurando uma

intervenção que responda às necessidades encontradas. Outro dos aspetos característicos do contexto extra-hospitalar prende-se com a necessidade de transporte da PSC e o seu encaminhamento para a instituição adequada. Este pode ser primário, quando o doente é transportado do ambiente extra-hospitalar para o ambiente hospitalar, ou secundário entre dois ambientes hospitalares (unidades de saúde) (Transporte de Doentes Críticos, Recomendações 2023).

Os eventos adversos (EA) podem ocorrer devido a circunstâncias que podem ou não ser evitáveis, devendo ser antecipados e podem estar relacionados com as equipas, com a organização, com o equipamento, com o doente ou com o ambiente. O transporte secundário é um procedimento de alto risco para a PSC e está associado a uma elevada ocorrência de EA (Bergman et al., 2020; Veiga et al., 2019).

É referido como padrão de qualidade especializado em EMC na área da PSC a prevenção de complicações da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Nesse sentido, espera-se que o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC: identifique problemas possíveis, cujo EE tem capacidade para determinar, executar e avaliar intervenções que possibilitem minimizar complicações; prescreva intervenções de enfermagem especializadas face a focos de instabilidade; aplique precisão técnica e científica na realização das intervenções de enfermagem especializadas; referencie as ocorrências complicadas identificadas à restante equipa multidisciplinar envolvida no processo da PSC; se responsabilize pela evacuação e transporte da pessoa em segurança; execute corretamente cuidados técnicos de alta complexidade; implemente medidas de suporte avançado de vida apropriadamente na mesma aplique, adequadamente, protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Posto isto, e de forma a que o transporte da PSC ocorra sem complicações indesejadas, deve integrar-se nas equipas de transporte da PSC ou de emergência intra-hospitalar o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros (2017b).

Desta forma, os profissionais de saúde que vão transportar e acompanhar a PSC deve ser, a equipa que habitualmente faz o transporte da ambulância e mais dois profissionais, um médico e um enfermeiro, de preferência um EEMC, na área da PSC, os dois com prática em RCR e em transporte do doente crítico, tal como na manipulação e manutenção do material usado no transporte (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Devem garantir ainda a assistência e a vigilância no decorrer do transporte, tanto no transporte primário como no secundário, da localidade do evento até à unidade hospitalar

recomendado, garantindo a continuação dos cuidados de enfermagem essenciais para a conservação e reintegração das funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Assim, cabe aos profissionais de saúde responsáveis pelo transporte planeá-lo e executá-lo, prevenindo complicações. Apenas excepcionalmente as VMER's fazem transportes secundários. As SIV's podem ser acionadas para transportes secundários de pessoas em situação crítica, quando o hospital não tem recursos humanos capazes de dar resposta às necessidades, os serviços de transporte (empresa privada, Cruz Vermelha Portuguesa ou corpo de bombeiros) não têm ambulância disponível, ou perante um caso emergente. O médico do SUB, após contacto com hospital de destino e esgotando a capacidade de utilização dos recursos internos para realizar o transporte secundário, entra em contacto com o médico regulador do CODU, que pode acionar a SIV, se esta se encontrar disponível. Isto acontece porque o INEM tem também responsabilidades no transporte do doente crítico. No planeamento desta ação é importante contactar a unidade de destino, a seleção da equipa de transporte, habitualmente feita pelo médico da VMER ou pelo enfermeiro da SIV, selecionar o tipo de acompanhamento necessário conforme a condição da vítima, a escolha dos meios de monitorização, a escolha de material e terapêutica que podem ser necessários e a antevisão de prováveis complicações (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Durante o estágio, foi possível colaborar no planeamento e transporte primário de doentes, definindo previamente a monitorização e vigilância necessárias, efetuando o acompanhamento com vista à sua estabilização e melhoria clínica. Em contexto SIV esta avaliação e decisão é, na maioria das vezes, efetuada pelo enfermeiro o que implica o reconhecimento aprofundado da condição clínica da pessoa, capacidade de vigilância e prevenção de eventos adversos associados a esta deslocação. Para efetuarem o transporte de PSC, qualquer profissional necessita de ter formação específica para o transporte de PSC, conhecimento em Suporte Avançado de Vida (SAV), e idealmente, em suporte avançado de trauma (Transporte de Doentes Críticos, Recomendações 2023). Deste modo, considera-se que foi possível desenvolver uma maior consciencialização para o processo de avaliação e intervenção no doente neste contexto, favorecendo a aquisição de conhecimentos e capacidades na abordagem específica em contexto extra-hospitalar.

Apesar da complexidade dos cuidados prestados PSC, o SMI tem um ambiente mais controlado e um método de trabalho mais organizado. Contudo, podem ocorrer situações inesperadas em que a equipa precisa de estar preparada para dar resposta com conhecimentos e competências técnico-científicas de qualidade e o EEEMC deve ter saberes e habilidades próprias para o auxiliar a prevenir complicações a PSC.

No SMI, a prestação de cuidados técnicos é muito complexa, de grande particularização e diversidade, e foi importante alargar conhecimentos e fortalecer capacidades na prestação de cuidado à PSC em várias áreas, tais como a técnica de substituição da função renal, técnica esta complexa, que exige conhecimento e experiência, tendo sido possível observar e gerir a preparação do equipamento de hemofiltração, bem como em ventilação mecânica invasiva e desmame ventilatório, monitorização invasiva e monitorização do índice de bi-espectral index score (BIS); a monitorização da pressão intra-abdominal, da pressão intracraniana, preparação para canulação e descanulação do *Extracorporeal Membrane Oxygenation Venovenosa (ECMO VV)* e *Extracorporeal Membrane Oxygenation Veno-Arterial (ECMO VA)*, entre outras técnicas.

A técnica ECMO VV é utilizada na falência pulmonar, no suporte da falência pulmonar grave ligada ao Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA). A ECMO VA tem como objetivo fundamental sustentar a falência cardíaca e circulatória, abrangendo todas as situações de falência cardíaca/choque cardiogénico em qualquer faixa etária (Ordem dos Enfermeiros, Guia Orientador de Boas Práticas, 2019).

De forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência estes procedimentos e intervenções encontram-se em protocolos, e são cumpridos meticulosamente.

Em ambos os campos de estágio, constatei que o enfermeiro enfrenta situações complexas que vão desde a alteração das condições de vida, passando por situações de morte iminente até tomada de decisão extremas e exposição à dor e ao luto.

Enquanto estudante procurei sempre novas oportunidades de aprendizagem, assim como alargar as minhas habilidades e conhecimentos no âmbito da atuação do EEMCPSC.

Assim como, participar em encontros científicos possibilitou adquirir novos conhecimentos e melhores práticas no âmbito da especialização em enfermagem direcionada para a PSC. Bem como, ao assistir as diversas palestras direcionadas a esta temática, contribuiu para o aprimoramento do pensamento crítico e do conhecimento da prática em enfermagem. A elaboração e apresentação da comunicação oral (Anexo II) nas "2as Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência: Emergência e cuidados pré-hospitalares - A presença da família na reanimação" abordando a vantagens e desvantagens da presença da família durante o evento de PCR, que permitiu partilhar as evidências científicas mais atualizadas sobre o tema e disseminar esse conhecimento entre outros profissionais, fortalecendo assim a troca de saberes que é tão característica da nossa profissão.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

As habilidades específicas do EE “derivam das reações humanas aos processos de vida e problemas de saúde, bem como da área de intervenção determinado para cada campo de especialização. Essas habilidades são demonstradas através de uma alta acomodação dos cuidados com as necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). No parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) refere que o conhecimento profissional em enfermagem é mais do que simplesmente realizar atividades ou procedimentos. É a capacidade de adaptar a conduta diante de situações complexas, utilizando seus conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos disponíveis. Da mesma forma, o Regulamento n.º 429/2018 esclarece que os cuidados de enfermagem em situações críticas envolvem a análise, recolha e pesquisa contínua de dados de forma sistemática, com o propósito de sempre estar ciente da situação da pessoa, família/cuidador sob cuidados. Procura-se antecipar e identificar os problemas, garantindo uma intervenção objetiva, clara, eficiente e em momento adequado. Os cuidados de Enfermagem à PSC são cuidados exclusivos e personalizados, fornecidos continuamente à pessoa com alteração das funções vitais, para dar resolução às necessidades afetadas e com o propósito de manter as funções básicas da vida, antecipar complicações e definir incapacidades, com intenção da sua total reabilitação (Regulamento n.º 429/2018). Também é reconhecido como competência do EEEMC na área da PSC a resposta a ocorrências de catástrofe ou emergência, a partir do planeamento até ao ato, assim como a maximização a intervenção na precaução e controlo de infeção diante de uma PSC e/ou falência orgânica, devido à complexidade da situação (Regulamento n.º 429/2018).

3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A principal competência no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica é a responsabilização pelo cuidado da pessoa/família durante processos complexos na situação crítica e/ou falência orgânica. Como já referido anteriormente, os cuidados de enfermagem prestados a PSC são elucidados como cuidados excessivamente habilitados, com o intuito de dar resposta às necessidades afetadas, preservar as funções vitais, antecipando problemas com vista a sua

reabilitação total (OE, 2018). Esta competência foi desenvolvida através do estudo constante dos protocolos de atuação em situações de emergência, das técnicas de comunicação potenciadoras de relação terapêutica eficaz, permitindo também a gestão das respostas emocionais decorrentes da situação crítica.

Os objetivos específicos delineados para este estágio foram: Perceber quais os benefícios da presença da família da PSC, numa unidade cuidados intensivos e identificar quais os principais sentimentos da família da PSC em contexto de unidade de cuidados intensivos, assim como, participar na aplicação de protocolos terapêuticos complexos.

Tendo em consideração que uma das competências específicas do EEEMC é responsável na prestação de cuidados à PSC e prevenir o risco da variabilidade e de falência orgânica, (Regulamento n.º 429/2018) foi essencial adquirir e desenvolver competências nesta área.

A variabilidade de situações clínicas em ambiente extra-hospitalar implica que o enfermeiro seja capaz de abordar a pessoa em situação crítica em qualquer situação clínica, contexto ou condições existentes. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC, com várias situações clínicas, tais como em situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), abordando o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), dor torácica com e sem alterações no eletrocardiograma (ECG), vítimas de acidente de viação, dispneia, alteração do estado de consciência, alteração da glicemia que após a estabilização da pessoa, pude realizar ensinamentos da importância sobre alimentação e controlo glicémico. A minha prestação, foi sempre com base dos protocolos que regem a atuação dos enfermeiros na ambulância de SIV. Para além de ter tido a oportunidade de realizar alguns procedimentos, tais como punção venosa externa, aplicação máscara laríngea, capnografia, e visualizei a colocação do acesso intraósseo.

A abordagem à pessoa em situação crítica, apesar de poder sofrer algumas alterações consoante a sua condição e contexto, em meio extra-hospitalar segue uma sequência denominada XABCDE. Esta é aplicável em todas as ocorrências para uma abordagem e tratamento imediatos e está associada a maior sobrevivência por permitir que os profissionais se foquem nos problemas que colocam em risco a vida da pessoa. Tem a particularidade de poder ser utilizada em ambiente extra-hospitalar por não exigir qualquer tipo de material, numa primeira abordagem, e ser implementável tanto em adultos como em crianças. Os principais objetivos da sua aplicação são: providenciar um tratamento *life-saving*, subdividir situações clínicas complexas em situações mais fáceis de gerir, servir de algoritmo para avaliação e tratamento à pessoa em situação crítica, desenvolver maior consciência nos profissionais de saúde e ganhar tempo para o estabelecimento de um diagnóstico e tratamento (Thim et al., 2012).

Na avaliação efetuada pelo enfermeiro, a abordagem XABDCE, permite identificar alterações na pessoa sobre as quais o enfermeiro deve incidir a sua atenção e intervenções. São planeadas intervenções, sendo umas interdependentes, resultantes de prescrição médica e outras autónomas que, após a sua implementação permitem compreender se resultou na melhoria da condição clínica. Esta metodologia facilita o processo de pensamento, a definição de prioridades e a estratificação de problemas que possam comprometer a vida. Os conhecimentos e competências em SAV e em trauma, a identificação de focos de instabilidade, a execução de cuidados técnicos complexos, a capacidade de comunicação com a pessoa e seus familiares/cuidadores, medidas apropriadas em situações de catástrofe e de intervenção garantindo o cumprimento dos procedimentos para a prevenção e controlo de infeção são algumas das capacidades esperadas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, definidas pelo Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Assim, a atuação do EE neste contexto parte de uma avaliação sistematizada, através da recolha de dados, identificação de focos diagnósticos de atenção e efetiva-se na intervenção conforme prioridades. São planeadas intervenções, podendo estas ser orientadas por protocolos (no caso da ambulância SIV), prescritas pelo enfermeiro ou pelo médico (presencialmente na VMER ou via telefone na SIV), sendo efetuada uma reavaliação que visa compreender se resultou ou não na melhoria da condição clínica.

Os padrões de qualidade constituem na tomada de decisão baseada na evidência científica, em que o enfermeiro envolve os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2017A). Prestar cuidados de enfermagem de qualidade foi sempre o meu foco, pretendi identificar boas práticas de forma a proporcionar continuidade dos cuidados de excelência.

A minha prática foi sempre desempenhada com base no cumprimento dos protocolos e procedimentos. Estes são ferramentas fundamentais para a diminuição da ocorrência de erro, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade com assento na segurança.

É fundamental e de grande relevância uniformizar a prática de cuidados sustentados em evidências, seguindo protocolos, diretrizes ou outras formas de padronização de procedimentos. Isso contribui para a redução da probabilidade de erro e melhora eficácia dos cuidados prestados (Faria et al., 2019). O enfermeiro da ambulância SIV executa as intervenções segundo os protocolos estabelecidas pelo INEM, que visam padronizar os cuidados, promovendo a uniformização dos métodos reduzindo o risco de erro. No entanto, suas ações vão além das orientações protocolares. Para tomar tais decisões, é necessário possuir pensamento crítico e juízo clínico baseado na experiência e evidências científicas.

Deste modo, a atuação do enfermeiro especialista distingue-se, uma vez que este possui conhecimentos direcionados para o reconhecimento de sinais de alerta e para uma avaliação completa e estruturada da pessoa e, numa visão reflexiva e crítica, identificando os principais problemas existentes. Dada a complexidade de saberes e exigência gradual na diversidade dos cuidados prestados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, no sentido de responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, procurei, ao longo do estágio, intervir de modo a alargar o âmbito da minha aprendizagem, procurando sempre novas oportunidades de aprendizagem, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar.

Como anteriormente referido, o meio SIV atua mediante protocolos de atuação aplicados. Deste modo, a consulta destes protocolos de atuação foi um fator importante, pois ajudou-me de certa forma a compreender o modo de atuação do enfermeiro SIV. Em todos os protocolos é possível encontrar uma descrição da emergência médica, possíveis causas, atuação, precauções e o tratamento farmacológico, e têm por base um fluxograma de rápida e simples leitura. Na SIV existe vários tais como: avaliação inicial; paragem cardiorrespiratória; cuidados pós-reanimação; avaliação primária; obstrução da via aérea; paragem respiratória; dispneia; taquicardia; bradicardia; hemorragia; dor; alteração do estado de consciência; convulsão; alteração da glicémia; intoxicação; queimados e parto e procedimentos: analgesia; sedação; terapia elétrica; descompressão tórax; via verde AVC; via verde coronária; via verde trauma; vítima cadáver e situação multivítimas.

A importância da conceção do processo de enfermagem em meio SIV é ressaltada, já que sua organização possibilita ao enfermeiro a escolha de Protocolos específicos, seja um ou vários, que melhor se adequem à resolução dos problemas identificados na PSC.

É notável também a habilidade do enfermeiro em meio SIV de tomar decisões rapidamente para coordenar e conduzir o processo de enfermagem, garantindo que as intervenções sejam realizadas de forma ágil visando estabilizar a pessoa e/ou evitar possíveis instabilidades.

Nesse contexto, foi possível observar no campo as competências exigidas ao enfermeiro em contexto extra-hospitalar, especialmente em meio SIV atuando como *Team Leader*, tanto na gestão de protocolos como na sua capacidade de tomada de decisão rápida e sistematizada, fundamentada num raciocínio crítico apurado. Realço também a relação que se estabelece com o MR do CODU, através da partilha de informação do estado PSC por parte do enfermeiro, com o intuito da melhor estabilização e orientação da PSC.

No SMI, os protocolos de atuação são atualizados e modificados, conforme as necessidades sentidas pela equipa. Este serviço é provido de diversos protocolos de atuação, onde realço: organização da equipa para acolhimento da PSC, técnica de substituição renal, avaliação do

estado neurológico, descanulação de pessoas traqueostomizados, suporte nutricional do SMI, síndrome de dificuldade respiratória aguda, diagnóstico de morte cerebral, capnografia, posicionamento em decúbito ventral na pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, controlo glicémico, utilização de dispositivos mecânicos na prevenção de TVP's, visita clínica e passagem de turno, medidas de prevenção de MRSA, entre outros.

Durante os estágios, exerci a minha intervenção com conhecimento e aplicação dos protocolos, representam a linha orientadora da prestação de cuidados do enfermeiro. Estes são essenciais no cuidado à PSC, tanto no SMI como no extra-hospitalar, pois contém conhecimentos baseadas na evidência e permitem não só uniformizar os cuidados e procedimentos, mas também melhorar os cuidados e resultados (Tavares, 2020).

No SMI percebi que tudo era planeado e preparado com antecedência para receber a PSC conforme o protocolo estabelecido, no qual todos os profissionais sabiam o que tinham de fazer. Pude preparar a unidade para a pessoa, realizando todas as intervenções conforme o protocolo, garantindo sua estabilização inicial. O EE desempenha um papel fundamental na execução desses procedimentos e da sua aplicação. A monitorização hemodinâmica é fundamental para diagnóstico, tratamento e prognóstico, baseando-se nos dados obtidos. Nos SMI, é comum que a PSC seja submetido a monitorização contínua invasiva, não apenas para entender e avaliar sua condição hemodinâmica, mas também para agir rapidamente com a terapia adequada, prevenindo complicações futuras (Machado, 2012).

Como já referido anteriormente, desenvolvi competências na prestação de cuidados à PSC com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva. A prestação de cuidados à pessoa com entubação orotraqueal requer cuidados de enfermagem criteriosos, assim como: aspiração de secreções a nível traqueal, a monitorização da pressão do balão (cuff) do tubo, os posicionamentos e a elevação da cabeceira. Estas ações previnem as complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras de pressão, extubação acidental e pneumotórax (Smeltzer & Bare, 2009).

Outra intervenção que destaquei foi a colocação da PSC posição ventral, ao realizar esta técnica, concentrei meus cuidados não apenas na execução correta, mas também na prevenção de complicações, tais como deslocamento de dispositivos, vômitos, aspiração de conteúdo gástrico, perda de acesso venoso, extubação acidental, deslocamento do tubo orotraqueal, úlceras de pressão e edema facial (Ibarra et al., 2020). O EE atua na prevenção de complicações para a saúde da pessoa que enfrenta doenças complexas e/ou falência orgânica. Ele identifica prontamente os problemas potenciais da PSC, relativamente aos

quais tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas e minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2017).

Como já referido anteriormente, em meio SIV tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem nas mais diversas situações, esta prestação de cuidados de enfermagem no extra-hospitalar deve ser fundamentada através de uma avaliação rápida e precisa, tendo por base as evidências fisiológicas e as queixas da PSC. Realizei a avaliação da PSC de acordo com a Desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica abordagem XABCDE, uma vez que a utilização deste método permite priorizar e identificar problemas que coloquem em causa a vida (INEM, 2019). Esta abordagem está alinhada com o que está previsto no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que caracteriza a enfermagem como a área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano saudável ou doente em todas as fases da vida e aos diferentes grupos sociais aos quais ele pertence. (Artigo 4º, Decreto-Lei nº 161/96, p. 2960).

Posto isto, e no segundo campo de estágio, no SMI, o meu objetivo centrou-se no desenvolvimento de competências científicas, práticas e relacionais na abordagem à PSC e respetiva família.

A prestação de cuidados de enfermagem a PSC requer uma formação bem estruturada e organizada, visando o desenvolvimento de habilidades específicas (Silva e Lage, 2010). Durante meu estágio tive numerosas oportunidades para aprimorar diversas dessas habilidades. Para abordar adequadamente a PSC, é essencial possuir conhecimento abrangente sobre uma variedade de condições patológicas, bem como prestar cuidados com base em evidências científicas e atuais, garantindo que os profissionais saibam exatamente como agir em situações graves, antecipando e prevenindo complicações. O EE têm competências reconhecidas em áreas científicas, técnicas e humanas, capacitando-os a fornecer não apenas cuidados gerais, mas também especializados em suas respectivas áreas de atuação (n.º3 do Artigo 4.º do REPE). Logo, acredito ter aprimorado minha capacidade de autodesenvolvimento e reflexão crítica, o que certamente contribuirá significativamente para meu crescimento profissional (Vieira, 2009, p.125). É essencial manter um processo contínuo, para o desenvolvimento da profissão, sendo importante uma atualização permanente. Uma característica importante de uma profissão, é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprios através da investigação. Esta, levará os enfermeiros ao alcance de melhores resultados (Vieira, 2009).

No que diz respeito à família, no SMI, esta consiste como um fator essencial para a processo de recuperação da PSC, colaborando, devendo ser englobada em todo o processo.

As unidades de cuidados intensivos são espaços habilitados para responsabilizar-se de forma completa pelas pessoas com disfunções de órgãos, sustentando, adiantando e retrocedendo as falências com complicações vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A UCI, além de ser um meio desconhecido, pode assustar a família devido à quantidade de dispositivos ligados a PSC, tornando-se assim um fator de stress. Assim, a família “da pessoa internada na UCI percebe que nesta situação de hospitalização as pessoas internadas apresentam instabilidade física, e encontram-se seriamente comprometida e que algumas das ocorrências terminam em morte”. Assim, os processos de transição de saúde revelam-se muito marcantes, pelas mudanças significativas encontradas individualizadamente, mas também de dinâmica familiar (Mendes AP, 2018), em que passam, abruptamente, de uma experiência diária de situação de saúde para uma situação de doença.

Sustentando-se numa observação de Meleis (2000) recomenda-se que se considere em todo o processo de cuidados, da recolha de dados à avaliação de intervenções, a família na qual se insere a pessoa agora doente, promovendo desse modo a humanização de cuidados, de acordo com as diretrizes inerentes ao exercício profissional dos enfermeiros. Relvas (2003), numa perspetiva psicológica de intervenção com famílias, refere que trabalhar com a família “implica conhecer o momento presente que estão a viver, mas também visitar a sua própria história, individual e familiar”. Acrescenta que “na interação com a família a comunicação assume-se como vetor central na construção e transformação das relações” (Mendes AP, 2018).

Na situação da PSC, o cuidado direcionado para os familiares não é notório, é pouco presente ou estruturado, sendo que no processo da PSC não se encontram diagnósticos ou intervenções de enfermagem direcionados as necessidades da família (Knapp, et al 2013).

A pessoa em situação crítica com necessidade de internamento numa UCI, revela ser muito importante para a família tanto a nível físico como emocional. A fragilidade com que a PSC se depara é sentida pela família de forma simultânea e sequencial. Revela ser um período vivido com grande instabilidade emocional, pela incerteza associada. O desconhecido e o acesso limitado são fatores determinantes para a família se sentir vulnerável, impotentes e em choque. A vivência da situação tende a exceder a sua capacidade habitual de resposta, sentindo-se desamparados, incapazes de resistir e de estabelecer o que fazer, como fazer e quando fazer.

Assim sendo, a família da pessoa internada na UCI vivencia emoções de incerteza, temor, inquietação, impotência e desamparo, vinculadas muitas das vezes à condição clínica da PSC e à falta de esclarecimentos, o que, ocasionalmente, gera sentimentos de depressão e de

responsabilidade. Surge também o receio de interrogar a equipa de saúde e dificuldade em compreender as informações fornecidas pela equipa (Gaeeni, et al, 2015). A desesperança e a ansiedade podem ser amenizadas, mas dificilmente desaparecem. Sentem-se impotentes diante da impossibilidade de fazer algo que reverta a situação e cuidar do ente querido. Expressam medo, medo de perdê-lo (Mendes A.P., 2018). O desalento e a ansiedade podem ser aliviados, mas dificilmente desaparecem. Sentem-se incapazes de gerir a impossibilidade de fazer algo que possa reverter a situação, de cuidar do seu familiar. Referem sentir medo, medo de a perder (Mendes A.P., 2018).

Os sentimentos considerados mais relevantes para a família da pessoa internada na UCI são: a insegurança, o medo, a ansiedade e o stress, necessidade de proximidade do doente e incerteza quanto à mudança na vida familiar. São também referidas, a tristeza e necessidade de suporte e de proximidade do doente, incerteza quanto à mudança causada na vida familiar pela doença e medo do futuro. Apesar dos sentimentos negativos, aludem que o mais importante no momento é que o doente recupere e volte para casa nas melhores condições possíveis, desvalorizando o facto de sentirem uma profunda tristeza e vivenciarem um dia-a-dia stressante. O desvio do foco para o doente foi, mais uma vez, evidente. Atribuíram, assim, maior significado a uma insegurança no futuro, como decorrerá a recuperação do doente e como será a sua vida futuramente (na eventualidade de sequelas, invalidez, incapacidades). Acerca desta vivência, denotavam medo, essencialmente devido ao risco de não recuperação do seu familiar, devido à presença de sequelas ou mesmo devido à morte. Mais uma vez, o foco foi o doente, desvalorizando as suas próprias necessidades (Ramos R. et al; 2018). Normalmente, a família experiencia momentos de angústia, de ansiedade, raiva e frustração, com o sofrimento da pessoa e com a rutura do quotidiano do familiar, revelam inquietação com os cuidados prestados e com medo da morte do seu ente querido (Freitas et al, 2007).

Não manifestavam ou sentiam qualquer preocupação com as atividades de se alimentar, repousar e dormir ou higiene e conforto. Consideravam que a angústia experienciada tomava conta da possibilidade de ação, comunicação e tomada de decisão (Mendes AP, 2018).

Desta forma, e visto que a família constitui também um alvo na prestação de cuidados por parte da equipa de enfermagem, é importante identificar quais os principais sentimentos da família do doente crítico em contexto de internamento, para assim poder desenvolver uma prática de cuidados personalizada e direcionada às reais necessidades.

Abordar as experiências dos familiares pode ajudar o enfermeiro a pensar na importância do acolhimento da família, da participação da família no tratamento e considerarem a própria família como foco desse cuidado (Ratti A, Pereira MTF, 2005).

A prestação de cuidados holísticos à pessoa, à família, assume um papel indispensável, pelo que a mesma é igualmente alvo dos nossos cuidados. A UCI é um serviço de internamento diferente, pela grande concentração de recursos técnicos, assemelhando-se a um local frio e hostil. Perante isso, os familiares apresentam sintomas como depressão, ansiedade e stress. De acordo com Ramos, et al (2010), a proximidade com a pessoa, acesso a informações adequadas, a oportunidade de expressar sentimentos e de obter respostas às suas dúvidas aumentam a satisfação da família e permitem a redução destes sentimentos. De forma a poder ajudar os familiares, é importante que o enfermeiro esteja atento às reais necessidades da família. Este apresenta-se numa posição favorecida de relacionar-se os familiares e reconhecer as suas necessidades. É da sua responsabilidade minimizar o impacto da doença e das perturbações causadas pelo internamento tanto para a pessoa como para a sua família.

Cuidar da PSC e da sua família exige dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, o desenvolvimento de competências comportamentais e relacionais que respondam às necessidades devidamente identificadas. Embora seja amplamente reconhecida a importância dos enfermeiros em ajudar e responder às famílias, a forma como mudam é muitas vezes uma ação espontânea e intuitiva e não planeada ou intencional (Knapp et al., 2013).

Alguns autores referem que os profissionais de saúde devem prestar apoio aos familiares, mostrando preocupação para com a PSC proporcionando esperança realista (Gaeeni et al. 2015; Hashim e Hussin 2012).

Segundo os padrões de qualidade de EEMCPSC (OE, 2017) o enfermeiro deve gerir o impacto emotivo imediato resultante da situação crítica vivida pela família. Aspeto apoiado também por Meleis (2010) quando refere que a decisão do EEMCPSC ajudar a PSC e respetiva família, nas ocorrências de transição, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada. Muitas famílias procuram na interação constante e próxima com os enfermeiros, que sabem assumir o cuidado ao seu familiar, encontrar a informação que precisam, mas também o conforto necessário para a saber gerir e aprender a lidar com a situação.

3.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

O processo de triagem em situações de catástrofe ou emergência com múltiplas vítimas distingue-se da atividade coletiva realizada em meios controlados e por profissionais

experientes. Portanto, os sistemas de triagem projetados para situações desse tipo priorizam a simplicidade e facilidade de aplicação. Lennquist (2012) reconhece que esse procedimento é dinâmico e tem de se adaptar à condição fisiopatológica da pessoa, ao tratamento executado e à etapa de assistência (pré-hospitalar, transporte ou intra-hospitalar).

Diversos fatores podem influenciar os sistemas de triagem tais como o profissional responsável pela sua realização, a profundidade das avaliações realizadas, a existência de algoritmos ou protocolos de atuação e encaminhamento e os recursos disponíveis. É necessário possuir competências interpretativas e de avaliação, raciocínio clínico e capacidade de reconhecimento de padrões, assim como aptidão para identificar e priorizar devidamente os casos mais urgentes (Tanner, 2006).

O EEEMC na área de Enfermagem à PSC, diante de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, deve criar, programar e orientar a resposta de maneira ágil e sistemática para garantir a sua eficácia e eficiência e neste contexto, o enfermeiro deve assegurar a satisfação da PSC, assim como da família, através da prevenção de complicações, promoção da segurança, bem-estar e reabilitação da PSC (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O Enfermeiro que realiza a triagem é responsável pela avaliação e determinação da prioridade da PSC de modo a garantir uma rápida abordagem as situações emergentes, reduzindo os riscos de saúde a PSC (Tanner, 2006).

Em ocorrências de grande escala, a triagem das vítimas é realizada em duas etapas: a triagem primária e a triagem secundária (INEM, 2012). A avaliação primária utiliza uma metodologia simples, através de uma assistência precoce, com aplicação de manobras “*life-saving*” e determinação do nível de urgência, com o objetivo de triar de forma mais rápida um grande número de vítimas (INEM, 2012). A triagem primária possibilita reconhecer e tratar lesões que representam risco de vida, utilizando medidas simples de ressuscitação (Canzian et al, 2013). Já a triagem secundária (método Triage Revised Trauma Score (TRTS)) é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas, usando critérios próprios, com frequência respiratória, estado de consciência, através da escala de coma de Glasgow e pressão arterial sistólica, a prioridade de tratamento da PSC, que é definida pela pontuação (INEM, 2012). As avaliações secundárias consistem na análise mais detalhada da vítima e levam em consideração o seu histórico clínico, mecanismos de lesão, avaliação física detalhada e reavaliação dos parâmetros vitais. Essa avaliação deve ser realizada somente após a conclusão da avaliação primária e quando os parâmetros vitais da pessoa estiverem estabilizados e melhorados (Canzian et al, 2013).

Independentemente da abordagem adotada, o triador deve prioritariamente identificar a vítima, seja por meio de cartão de identificação ou pulseira, permitindo que os socorristas a reconheçam facilmente (Canzian et al, 2013).

A segurança na prestação de cuidados é uma das capacidades do EEEMC no âmbito da PSC, que decide sustentando na sua avaliação, procedendo com apoio em evidência científica, precipitando, adaptando os recursos conforme às necessidades da pessoa/família (Regulamento nº 429/2018, 2018).

No entanto, durante todo o estágio não houve nenhum evento deste nível, ainda que tenha havido a oportunidade de abordar o tema e acesso aos planos de atuação.

Neste domínio, as principais competências do EE são o desenvolvimento do autoconhecimento, baseando a sua prática em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros,2019). De forma a atingir esta competência, fui conversando informalmente com o tutor e restantes elementos da equipa acerca das recomendações de atuação e protocolos, e tive acesso a todo o procedimento de atuação em caso de eventos desta magnitude.

- 3.3. Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

São cada vez mais um dilema de grande importância a nível mundial as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM). As instituições de saúde não podem desvalorizar as implicações dessas infeções e o seu impacto tanto nos doentes, como a nível hospitalar ou na comunidade. As IACS são infeções contraídas como resultado dos cuidados e procedimentos prestados aos doentes, podendo levar ao prolongamento do internamento e agravar os custos em saúde e conseqüentemente a morbilidade e a mortalidade (Direção Geral de Saúde, 2017).

O incentivo à diminuição das infeções relacionadas aos cuidados de saúde, através da prevenção de sua transmissão e controlo de infeções é um dos objetivos do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2017), assim como melhorar a qualidade da prescrição de antimicrobianos e reduzir a resistência a esses medicamentos, diminuindo assim as IACS (DGS, 2018). Existe um grupo

composto por uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo planear, implementar e monitorizar um projeto de prevenção e controle de infeções e resistências aos antimicrobianos (Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos - GCL-PPCIRA). Dele deve fazer parte um enfermeiro em dedicação completa a esta função, ter formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção (Regulamento n.º743/2019). Face aos diversos cenários de atuação, à complexidade dos episódios e à diversidade dos cuidados, tanto de diagnóstico, tratamento e manutenção da vida da PSC e/ou falência orgânica, o EEEMCPSC atende eficientemente tanto na precaução e intervenção como no controlo da infeção e resistência a antimicrobiano (Regulamento n.º 429/2018).

As UCI são as unidades de internamento hospitalar com maior prevalência de IACS (ECDC, 2019). A infeção nosocomial é uma das complicações mais frequentes que ocorrem nos doentes internados nas UCI, sendo que a ocorrência destas infeções acarreta um aumento do risco de mortalidade. As Pneumonias Associadas à Intubação, as Infeções Associadas aos Cateteres Venoso Central (CVC), Infeções Urinárias e Infeções do Local Cirúrgico são as mais relevantes e de maior destaque nas IACS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as IACS afetam milhões de pessoas por todo o mundo sendo considerada uma epidemia silenciosa, que se apresenta com características que a torna uma parte crítica de qualquer programa de segurança da pessoa, dada a escala do problema (Pina et al., 2011).

Segundo Frost et al. (2016), as pessoas tratadas em unidades de cuidados intensivos têm um risco acrescentado de obter infeções associadas aos cuidados de saúde, visto que estão expostos a tratamentos invasivos (ventilação mecânica invasiva, ao cateter urinário e CVC). Durante o período de estágio, foi consultado PPCIRA (DGS, 2017b), normas mais atualizadas e aplicados na prática clínica os diferentes feixes de intervenção apresentados pela DGS.

Segundo a OE (2017) os padrões de qualidade e, devido aos diferentes cenários de atuação e à subsequente uso de medidas invasivas no processo de doença aguda/crónica e em procedimentos médicos/cirúrgicos de extrema complexidade, a responsabilidade do EEEMC consiste em maximizar a prevenção, as intervenções, o controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos.

Perante as estratégias de intervenção da Norma da Direção-Geral da Saúde nº 029/2014 – Prevenções essenciais de controlo de infeção demonstram o modo de precaver a transmissão

cruzada vindo de infeções conhecidas ou não. No SMI, houve sempre uma preocupação para o cumprimento das normas preconizadas, a higienização das mãos, visto ser uma ação simples e a medida mais efetiva na redução das IACS, assim como a não utilização de unhas com gel e adereços (anéis e relógios) e a importância da utilização de EPI na prestação de cuidados da PSC e a troca dos mesmos entre doentes.

No SMI, a equipa incentiva a implementação de boas práticas, tendo protocolos internos baseados nas normas da DGS e na melhor evidência científica, e sendo um ambiente controlado, a prevenção da infeção está muito presente e torna-se fundamental cumpri-la. Portanto, as unidades são particulares, uma para cada PSC e tem um carro com material individual, com um balde do lixo com pedal para abertura. Existem várias zonas de lavagem das mãos com sensor automático e esta afixado em cada parede as orientações para uma correta higienização das mãos, assim como as soluções alcoólicas estão disponíveis nas bancadas de trabalho e pelo serviço. Ainda no SMI, existiam doentes com necessidade acrescidas de isolamento por IACS, nomeadamente doentes imunodeprimidos.

Assim, e no sentido de promover a prevenção e controlo das IACS à PSC, cooperei na prestação de cuidados de forma segura e de qualidade, tendo a oportunidade de estar destacada no programa de auditorias aos cuidados de saúde, por exemplo, no controlo de infeções associadas à colocação e manutenção do CVC, através da verificação do penso do CVC, na verificação de datas da medicação em perfusão, na utilização correta do equipamento de proteção individual (EPI), entre outros.

No SMI, as questões relativas ao controlo de infeção estão bem enraizadas, assim como a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI). O EE desempenha um papel crucial na prevenção e controlo das infeções relacionadas aos cuidados, e neste caso em específico é da nossa responsabilidade entrevir eficazmente na prevenção desta complicação. Durante o estágio no SMI pude observar, executar e refletir sobre o cumprimento das normas inerentes à redução das IACS. No que toca a prevenção da PAI, a higiene oral era realizada com gluconato de clorhexidina a 0,2% pelo menos uma vez turno; a cabeceira do leito era colocada a um ângulo igual ou superior a 30º, evitando movimentos de supina; a tentativa de redução de sedação diária; tentativa de desmame ventilatório e/ou extubação; permanecer circuitos ventilatórios, trocar só quando necessário e preservar a pressão do balão de *cuff* do tubo endotraqueal entre 20-30 cmH20. No que se refere ao CVC, tanto a colocação, manuseamento ou tratamento do local de inserção do CVC, procedeu-se conforme recomendações, utilizando técnica assética, com a periodicidade adequada (DGS, 2022c).

Em contexto pré-hospitalar, ambulâncias SIV e VMER, e de forma a garantir a correta higienização das mãos e a desinfeção antes de procedimentos invasivos existem recursos como a Solução Antisséptica de base alcoólica (SABA) e/ou toalhetes alcoolizados alocados na mala de equipamentos, assim como o equipamento individual de proteção. A higienização das mãos é dos procedimentos mais importantes e mais eficaz, mais descomplicada e mais económica de prevenir as IACS (DGS, 2017).

Portanto, a higiene e desinfeção dos equipamentos de trabalho é elementar para a prevenção das cadeias de transmissão das infeções entre os profissionais de saúde, os doentes e as comunidades (DGS, Norma n.º 07/2020). No pré-hospitalar é uma preocupação comum de toda a equipa multidisciplinar proceder a desinfeção dos materiais após a sua utilização.

Ao longo dos dois estágios, foram observadas e aplicadas as medidas de precaução e controlo da infeção, consultando os modelos e procedimentos em vigor, conversando informalmente com a equipa, prestando cuidados de acordo com as boas práticas, refletindo sobre a temática para promover atitudes de prevenção e controlo da infeção.

Assim, procurei que todas as intervenções realizadas fossem de acordo com as boas práticas promovidas pela PPCIRA e orientações da DGS.

De forma adquirir esta competência específica do EEEMC, na área da PSC, nos estágios foi realizada uma consulta das normas e protocolos existentes sobre controlo e prevenção de infeções, tendo sido prestados cuidados de acordo com as indicações.

4. Considerações Finais

Com a finalização dos estágios, salienta-se o processo de desenvolvimento obtido durante os estágios, sustentados na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, visando uma melhoria na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, tornando-os de excelência, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Posto isto, durante o estágio foram desenvolvidas atividades que possibilitaram atingir as capacidades comuns do EEEMC, nomeadamente, no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, crescimento contínuo da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento dos conhecimentos. Também o progresso de uma prática de enfermagem que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais dos enfermeiros, através da implementação de práticas promotoras de segurança, privacidade e dignidade da pessoa. De forma a promover desenvolvimento das atividades profissionais, na procura de evidência científica, adotei uma prática clínica baseada na melhor evidência científica. No domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, este contexto possibilitou a aquisição de muitas aprendizagens tais como: Compreender o papel do EEEMC em contexto de Emergência Extra-Hospitalar e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, permitindo aprofundar os conhecimentos e adquirir mais experiência com a prática.

No que respeita à evolução das aptidões específicas do EEEMC no âmbito de enfermagem à PSC, a elaboração dos objetivos específicos durante os estágios (Perceber quais os benefícios da presença da família da PSC, numa unidade cuidados intensivos e/ou Identificar quais os principais sentimentos da família da PSC em contexto de unidade de cuidados intensivos, assim como Participar na aplicação de protocolos terapêuticos complexos no extra hospitalar) formaram parte integrante do processo formativo para atingir a capacidade específica de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Com a revisão da literatura e a pesquisa ativa sobre novos conhecimentos, consegui obter novos saberes e ao mesmo tempo desenvolver competências relacionadas com a PSC e família, perceber que o EEEMC à PSC é aquele que é capaz de dar resposta, em tempo útil e adequado, às situações mais complexas de doença ou falência orgânica. Além disso, durante a prática clínica apliquei sempre medidas de prevenção e controlo da infeção, consultando as normas e procedimentos em vigor, prestando cuidados de acordo com as boas práticas, permitindo assim atingir a habilidade especializada em

otimizar a prevenção, intervenção e controle de infecções e resistência antimicrobiana face a PSC.

Resumidamente, a realização deste relatório de estágio possibilitou descrever todo o processo de aprendizagem durante o estágio, no qual aprofundei conhecimento e habilidades nos diferentes domínios das competências comuns e específicas do EEEMC, refletindo-se um crescimento pessoal e profissional e uma visão mais crítico-reflexiva, de tomada de decisão autónoma e assertiva.

No entanto, este percurso foi muito desafiante e a realização deste relatório não foi fácil, descrever as habilidades adquiridas ao longo deste estágio nem sempre é fácil de transcrever, mas espero ter conseguido descrever o meu percurso e exprimir a minha dedicação e interesse.

De futuro, pretendo aplicar os conhecimentos e competências adquiridos durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, enaltecendo a enfermagem como profissão e disciplina.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca da presença da Família durante a PCR no Extra- Hospitalar

1. Resumo

Introdução: Cuidar da PSC ou da família requer habilidades personalizadas para lidar com a complexidade das situações que surgem no âmbito do extra-hospitalar, pelas suas particularidades, sendo importante considerar as necessidades da PSC e da família, visto muitas das vezes o evento de PCR ser em ambiente familiar, o que vulnerabiliza a situação. Nesse contexto, os profissionais de saúde pedem o distanciamento da família, muitas das vezes para conforto do profissional, fundamentando como sendo menos traumático para a família e mais simples para a tomada de decisão dos profissionais de saúde durante a paragem cardiorrespiratória, principalmente no cessar das manobras de reanimação. Isto faz com que não haja cuidados direcionados a família com o imperativo de reestabelecer a PSC. Portanto, o enfermeiro, além de cuidar da PSC, deve também apoiar e acompanhar a família durante e após o evento de paragem cardiorrespiratória. A presença da família no decorrer da reanimação cardiorrespiratória pode ser vista como benéfica, na medida em que auxilia os profissionais de saúde na colheita de dados, ajuda a família a compreender que atuaram com o intuito de preservar a vida da PSC, dá a oportunidade para se despedir do ente querido o que auxilia o processo de luto, aceitando melhor a morte. Por outro lado, pode trazer algumas desvantagens, ocorrências traumatizantes para a família, alteração dos sentimentos da família com resultado de atrasos na intervenção de cuidados ou então o stress nos profissionais de saúde.

Posto isto, a família ao estar presente durante o evento de PCR, a prestação dos cuidados a PSC, continua a ser um assunto debatido, existindo poucos estudos com o testemunho dos enfermeiros no cuidar das famílias durante o evento.

Objetivos: Identificar a perspectiva dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica sobre a presença da família durante a PCR no extra-hospitalar, assim como compreender a importância da presença da família perante uma situação de PCR, em contexto extra-hospitalar.

Material e métodos: Realizado um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo. Obtidos os dados por um *focus group*, efetuado uma videoconferência, a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que exercem funções em ambiente extra-hospitalar há pelo menos 5 anos. Foi utilizado para o tratamento dos dados a análise de conteúdo de Bardin (2022).

Resultados: Da análise de conteúdo do *focus group* emergiram cinco categorias baseadas na Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a presença da família durante a Paragem Cardiorrespiratória, nomeadamente “Benefícios”, “Riscos”,

“Sentimentos”, “Processo de luto” e “Cuidados de Enfermagem”, a partir da sua relação com as subcategorias e as unidades de registo.

Conclusão: Concluiu-se que é fundamental proporcionar a participação da família no durante a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, de forma a obter um cuidado de excelência. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica demonstram que é importante o envolvimento das famílias no processo de cuidar, assim como a família ser alvo dos cuidados, tornar-se um dos focos dos cuidados de enfermagem no extra-hospitalar. A presença da família pode ser vista como benéfica, permitindo que o processo de luto se inicie mais precocemente assim como os cuidados prestados à PSC durante a RCR não é afetada pela presença dos familiares.

Palavras-chave: reanimação cardiopulmonar, serviço de emergência, família, cuidados de enfermagem.

2. Abstract

Introduction: Caring for the HCP or the family requires personalized skills to deal with the complexity of the situations that arise in the out-of-hospital setting, due to their particularities, and it is important to consider the needs of the HCP and the family, as the cardiac arrest event is often in a family environment, which makes the situation more vulnerable.

In this context, health professionals ask for the family to be distanced, often for the comfort of the professional, arguing that it is less traumatic for the family and simpler for health professionals to make decisions during cardiorespiratory arrest, especially when it comes to stopping resuscitation maneuvers. This means that there is no care directed at the family with the imperative of re-establishing CPS.

Therefore, in addition to caring for the PSC, nurses must also support and accompany the family during and after the cardiorespiratory arrest event. The presence of the family during cardiopulmonary resuscitation can be seen as beneficial, as it helps health professionals to collect data, helps the family to understand that they have acted with the aim of preserving the SCA's life, and gives them the opportunity to say goodbye to their loved one, which aids the grieving process and helps them to better accept the death. On the other hand, it can bring some disadvantages, such as traumatic events for the family, changes in the family's feelings as a result of delays in care intervention or stress on health professionals.

Having said this, the family's presence during a cardiac arrest event, and the provision of care to the HCP, is still a debated subject, and there are few studies on the testimony of nurses in caring for families during the event.

Objectives: To identify the perspective of Medical-Surgical Nurse Specialists on the presence of the family during out-of-hospital cardiac arrest, as well as to understand the importance of the family's presence in an out-of-hospital cardiac arrest situation.

Material and methods: A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out. The data was obtained through a focus group, held via videoconference, with Nurses Specializing in Medical-Surgical Nursing who have been working in an out-of-hospital environment for at least 5 years. Bardin's (2022) content analysis was used to process the data.

Results: Five categories emerged from the focus group content analysis based on the Perspective of Medical-Surgical Nurse Specialists on the presence of the family during Cardiorespiratory Arrest, namely "Benefits", "Risks", "Feelings", "Grieving Process" and "Nursing Care", based on their relationship with the subcategories and registration units.

Conclusion: It was concluded that it is essential to involve the family during the provision of nursing care to the HSP, in order to obtain excellent care.

The Medical-Surgical Nurse Specialists demonstrate that it is important for families to be involved in the care process, as well as for the family to be the target of care, becoming one of the focuses of out-of-hospital nursing care. The presence of the family can be seen as beneficial, allowing the grieving process to begin earlier, and the care provided to the HCP during CPR is not affected by the presence of family members.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, emergency service, family, nursing care.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

O cuidado centrado na família amplia o círculo de preocupação dos enfermeiros, integrando a família no foco do cuidar (Henneman & Cardin, 2002). Dessa forma, a família surge num novo papel, não só como recurso no cuidado da PSC, assim como se torna alvo de cuidados (Kean & Mitchell, 2014). Deste modo, além das intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa em situação crítica, também é de responsabilidade do enfermeiro o cuidado dirigido à família da PSC. Assim, é importante o envolvimento dos familiares no processo do cuidar (Regulamento n.º 361/2015).

Os cuidados direcionados PSC são especializados e prestados de maneira contínua à pessoa que está em iminente risco de uma ou mais funções vitais, com o intuito de suprir suas necessidades afetadas e, assim, preservar as funções básicas da vida. Essa abordagem visa prevenir complicações e favorecer a sua recuperação (Regulamento n.º 429/2018). O EEEMC, no âmbito da PSC, tem a responsabilidade de prover assistência à pessoa e à família, visto que auxilia tanto a pessoa quanto a família nas complicações emocionais consequentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018).

O EE do extra-hospitalar deve obter conhecimento técnico, científico e relacional necessário para enfrentar situações imprevistas e desafiadoras, identificando previamente situações de instabilidade. A enfermagem em emergência extra-hospitalar é decisiva para garantir o apoio adequado e completo à pessoa/família/comunidade durante situações de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, onde pode haver o comprometimento de uma ou mais funções vitais. Portanto, é necessário que ela faça parte da equipa pré-hospitalar, a partir do lugar da ocorrência até a unidade hospitalar, garantindo a continuação da prestação dos cuidados (Regulamento n.º 226/2018).

Assim, no âmbito do extra-hospitalar, a intervenção de enfermagem deve ter em consideração as necessidades da PSC e da família, visto muitas das vezes o evento de PCR ser em ambiente familiar, o que os torna mais vulneráveis. Desta forma a família torna-se um dos focos dos cuidados de enfermagem (Sa et al., 2015) no extra-hospitalar, cuidados estes de grande complexidade. Posto isto, estabelecer uma ligação tanto com a PSC como com a sua família serve como pilar fundamental para a prestação de cuidados bem-sucedidos e de alta qualidade (Paavilainen et al., 2017).

Sendo a PSC uma pessoa vulnerável e de forma a manter os cuidados centrado na mesma, as famílias são os membros indicados para substituir a PSC na tomada de decisão, assim

conseguindo cumprir os desejos do seu ente querido, e dessa forma, a da PSC é indiretamente mantida (Toy J., 2023). Posto isto, os profissionais de saúde devem oferecer e facilitar a presença da família durante a reanimação, caso seja a vontade da mesma (Loch T. et al., 2023; Toy J. 2023), e na perspectiva dos familiares, elas afirmam ser um direito seu (Loch T. et al., 2023), sendo que, estar presente durante RCR pode ajudar o familiar a entender que foram realizados todos os procedimentos necessários para manter a vida do seu familiar, e em caso de morte, ajuda o processo de luto (Tíscar-González V. et al., 2017, Malta H. et al., 2015, Jabre P. et al., 2013). Comprovam o empenho realizado pelos profissionais de saúde na RCR, impedindo que haja a sensação de abandono, ajuda a compreender o cenário, impedindo a predisposição para a negação (Jabre P. et al., 2013). A presença dos familiares durante a reanimação fá-los acreditar que foi feito tudo para salvar a PSC (Tíscar-González V. et al., 2017), e os profissionais de saúde acreditam que a família ao observar todo o procedimento e esforço extraordinário realizado pela equipa pode ser benéfico para a família (Malta H. et al., 2015), ver que "fez tudo possível" pode ser positivo (Loch T. et al., 2023; Tíscar-González V. et al., 2017). Isto permite à família entender, de maneira mais adequada, a gravidade do quadro clínico e a evolução do caso (Loch T. et al., 2023; Jabre P. et al., 2013), melhorando, conseqüentemente, a aceitação do resultado final da reanimação (Loch T. et al., 2023; Asencio-Gutiérrez J.M. 2017) e diminuindo os potenciais conflitos entre familiares e equipa de saúde (Loch T. et al., 2023). Neste sentido, existem autores que consideram que a presença de familiares facilita a aceitação da interrupção das manobras (Asencio-Gutiérrez J.M. 2017), assim como a família da PSC pode participar na decisão de suspensão dos procedimentos de reanimação (Malta H. et al., 2015). Portanto, a família ser questionada sobre a interrupção das manobras de suporte de vida também ajuda a reduzir seus níveis de ansiedade (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017).

Acrescenta-se como benefícios da presença da família, a possibilidade de perceberem que os profissionais de saúde fizeram de tudo pela PSC, o poderem auxiliar nos cuidados da PSC e profissionais de saúde, na colheita de dados, preservar a relação da família com a PSC assim como proporcionar o luto no desfecho de morte (Loch T. et al., 2023, Malta H. et al., 2015, Jabre P. et al., 2013).

Vários estudos referem que prolongar o tempo da RCR para lá do necessário faz sentido para facilitar o processo de luto dos familiares (Tíscar-González V. et al., 2017).

Por outro lado, alguns autores destacam como aspeto negativo a possibilidade de os familiares poderem interferir nas manobras de reanimação (Grimes C., 2020), da família interferir no processo (Malta H. et al.; 2015), associando a uma má prestação de cuidados de saúde por interferência da família da PSC (Tíscar-González V. et al., 2017; Fernández A. M. et

al.,2013). A família pode ficar com a sensação de que não foi feito o suficiente para salvar a PSC, que foi tempo perdido, não houve coordenação de equipa e que morreu por causa da má prestação de cuidados (Tíscar-González V. et al., 2017).

E dessa forma, a RCR presenciada pode influenciar nas decisões dos profissionais, é mais complexo suspender manobras de RCR quando a família está presente (Grimes C., 2020; Tíscar-González V. et al., 2017). Já Jabre P. et al., (2013) não corroboram da mesma opinião, defendem que a eficácia da reanimação não é afetada pela presença da família nem a duração da RCR.

A observação por parte dos familiares da RCR reduz a probabilidade de desenvolver sintomas relacionados com o stress pós-traumático (Asencio-Gutiérrez J.M. 2017; Jabre P. et al., 2013). Vários autores referem que a família ao estar presente no decorrer da reanimação, ocorre menos ansiedade, menos níveis de stresse pós-traumático e família sente-se mais confortável (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017; Malta H. et al., 2015). Aludem que os familiares que não testemunharam a RCR do seu ente querido expressam sintomas de ansiedade e depressão com mais frequência do que aqueles que estavam presentes (Tennyson C. D., 2019).

Testemunhar o evento pode ser muito traumático para as famílias (Grimes C., 2020), a assistência a procedimentos invasivos pelos familiares pode causar traumas psicológicos (Fernández A. M. et al., 2013). E existe o medo de que a família fique com memórias stressantes do evento, principalmente com desfecho desfavorável (Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015).

Alguns estudos mencionam que a presença dos familiares na RCR pode trazer algumas desvantagens, como provocar stress acrescido nos profissionais de saúde, aumento da carga emocional dos familiares tendo como consequência atrasos na prestação de cuidados e situações traumatizantes para os familiares (Grimes C., 2020; Asencio-Gutiérrez J.M.; 2017; Malta H. et al., 2015). Outros autores referem que a família pode interferir durante a prestação de cuidados aumentando a ansiedade e stress por parte dos profissionais de saúde (Grimes C., 2020; Tíscar-González V. et al., 2017, Malta H. et al., 2015, Fernández A. M. et al., 2013). Os profissionais de saúde referem que presença dos familiares pode distrair a equipa pela atenção estar em vários focos, promovendo desconforto e stress na equipa e o aumento da ansiedade no desempenho (Malta H. et al., 2015). Vários estudos concordam com o receio dos profissionais de que a presença de familiares atrapalhe o desenvolvimento das manobras (Tíscar-González V. et al., 2017; Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015).

Certos enfermeiros expressaram medo de que as ações ou palavras dos profissionais sejam mal interpretadas, ou que considerem que houve um mau desempenho da equipa, o que pode demonstrar insegurança na realização das manobras. Os profissionais temem que a família considere que a morte do familiar seja consequência de uma má atuação, referem que a família possa culpabilizar a equipa por uma má atuação. Por outro lado, os profissionais referem ter receio que a presença de familiares dificulte a realização das manobras de reanimação (Tíscar-González V. et al., 2017). Mencionam ainda que têm medo que a família pense que o resultado foi consequência de mau trabalho da equipa (Tíscar-González V. et al., 2017).

Uma grande parte dos enfermeiros reconhecem que o desconforto emocional da família não influencia nos cuidados de enfermagem durante a reanimação, consideram a presença da família como benéfica, vêm como um direito da família, ajuda na redução de níveis de stress, e facilita o processo de luto (Malta H. et al., 2015). Segundo os autores, mencionam que a presença da família no decorrer do evento de reanimação, simplifica o processo de luto em caso de morte, permite iniciar mais precocemente este processo (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017); auxilia a encarar a realidade, impedindo a propensão para a negação, a possibilidade de perceberem o empenho da equipa de saúde, ultrapassando a incerteza se foi feito de tudo o que era possível obtendo uma melhor aceitação (Asencio-Gutiérrez J. M.; 2017; Malta H. et al., 2015; Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015; Fernandez A. M. et al., 2013). Vários autores consideram que o conhecimento de todo o esforço da equipa para reanimar, possivelmente, superam um possível trauma emocional e iniciam o processo de luto mais cedo (Malta H. et al., 2015). Há evidências de que isso reduz a taxa de luto complicado e depressão, visto que facilita o luto ao favorecer a aceitação, pois compreendem melhor as descrições do estado da PSC e sabem em primeira mão que tudo o que foi possível foi feito (Asencio-Gutiérrez J. M., 2017).

Vários autores apontam para a presença dos familiares como benéfica, referem que a equipa pode em qualquer circunstância, interrogarem a família sobre a história prévia ou antecedentes clínicos durante toda abordagem à PSC, permitindo uma correta recolha de informação junto da família, assim como proporciona uma comunicação mais efetiva com a equipa multiprofissional e existe uma melhor comunicação de más notícias (Asencio-Gutiérrez J.M. 2017; Jabre P. et al., 2013; Malta H. et al., 2015; Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015), da mesma maneira que existe a possibilidade para se despedirem do seu ente querido o que ajuda a compreender a realidade em caso de óbito (Jabre P. et al., 2013). Portanto, com a família presente existe o aumento da perceção do profissionalismo da equipa e uma

melhor humanização nos cuidados (Asencio-Gutiérrez J.M. 2017; Loch T. et al., 2023; Malta H. et al., 2015).

À medida que os profissionais de saúde se esforçam para melhorar os cuidados de emergência centrados na PSC e família, há uma melhor humanização nos cuidados e um aumento da perceção do profissionalismo, no entanto são os familiares que mais beneficiam desta prática, desde que a presença seja totalmente voluntária (Loch T. et al., 2023).

Posto isto, pretende-se com o estudo de investigação perceber as perspetivas dos EEEMC na área da Pessoa em Situação Crítica sobre a presença da família na paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar, visto que a família desempenha um papel importante neste processo de construção de cuidados, é fundamental que eles tenham um papel ativos na tomada de decisão, para que isso ocorra, é necessário que a equipa de profissionais, nomeadamente os enfermeiros, os incluam nos diferentes cuidados.

Para Meleis (2018 p. 211), a família é entendida como um “grupo unitário, com a consequência de que alterações que afetem um membro, trarão mudanças ao grupo” e que “a família como um todo irá necessitar de suporte adicional e informação para restabelecer o equilíbrio”. A situação de doença grave, para além de atingir a pessoa doente, causa sofrimento aos familiares, afetando assim as suas circunstâncias de vida e as suas vidas (Engström et al. 2011).

O envolvimento da família nos cuidados é algo com que os enfermeiros há muito tempo se preocupam, comparativamente à abordagem do cuidado centrado na pessoa (Mitchell et al., 2009). Esta ampliação de cuidados descentraliza o olhar que antes era dirigido apenas a pessoa doente, o que não invalida que lhe seja dada menor relevância (Clay & Parsh, 2016). Portanto, o cuidado centrado na família amplia o círculo de preocupação dos enfermeiros, integrando a família no foco do cuidar (Henneman & Cardin, 2002). Assim, a promoção da presença dos familiares proporciona a prestação de cuidados de enfermagem de excelência à PSC (Sá et al., 2015).

No que respeita ao envolvimento da família, Jones et al. (2020) referem que esta exerce um papel contínuo nos processos de transição, fornecendo informações importantes. A vulnerabilidade experienciada pode debilitar o presente e condicionar o futuro pessoal e coletivo, visto que a situação crítica da pessoa emerge de forma súbita na vida diária da família e relaciona-se a qualquer período da vida da pessoa (Mendes, 2018).

Segundo Meleis (2018), a mudança experienciada, nomeadamente de saúde-doença, que se revela na alteração das capacidades da pessoa, traduz uma transição. Constata-se assim que as transições se determinam por distintos pontos de partida, etapas e marcos.

Para Meleis et al. (2000) existem vários tipos de transição: de desenvolvimento, organizacional, saúde-doença e situacional. A transição desenvolvimento subdivide-se em desenvolvimento individual e desenvolvimento familiar (Meleis & Trangenstein, 1994). No caso da PSC, é experienciado um processo de Transição Saúde-Doença sendo este, rápido e transitivo, determinado por uma mudança do estado de saúde-doença. Essa mudança pode acontecer de forma repentina ou progressiva, e vice-versa. Na situação da família, esta encontra-se numa Transição Situacional por causa da vivência de um processo de Transição Saúde-Doença do seu familiar, que exige a definição ou redefinição de papéis dos elementos da família (Meleis et al., 2000). O processo de transição de saúde-doença grave para além de afetar a PSC, atinge de forma negativa a vida diária dos membros da família (Silva et al., 2021).

Os enfermeiros cuidam de pessoas, famílias e comunidades que suportam alterações na vida, competências nas relações e na condição de saúde pessoal que promove novas funções, perdas de redes e sistemas de suporte. Esta fase de instabilidade define um processo de transição, que pode ser curto ou longo, e nela existe um ponto de viragem. É esta mudança que Meleis classifica de transição, que tem vindo a desenvolver e se encontra assente na teoria, a Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis, 2010). Por conseguinte, considero que esta teoria é a que se identifica com este tipo de estudo, para além da família ser alvo de cuidados de enfermagem também pode ser um elemento integrante da transição do doente.

A teoria de médio alcance proposta por Meleis et al. (2000), intitulado por Teoria da Transição, relata o processo pelo qual as pessoas/famílias passam, conhecido como transições, devido ao impacto em suas vidas pessoais, familiares ou sociais. A teoria se baseia na compreensão da natureza das transições, nos fatores facilitadores e inibidores, nos padrões de resposta e nas intervenções/tratamentos de enfermagem necessários.

De acordo com Meleis, devido à sua posição privilegiada, o enfermeiro deve avaliar e reconhecer as necessidades pessoais da pessoa assim como as suas perdas que acontecem ao longo do período de transição e desenvolver e estabelecer intervenções terapêuticas de enfermagem. A PSC e sua família precisam, "(...) de cuidados competentes e de perícia até à recuperação da transição. Quando os doentes e suas famílias não são cuidados durante essas transições experienciam muitas complicações" (Meleis, 2010 p. 1). O enfermeiro, de forma sistemática, espera-se que identifique e entenda as transições experienciadas pelas pessoas e família, as situações facilitadoras e dificultadoras, além dos indicadores de processo e resultado (Meleis, 2010). Os enfermeiros são profissionais capazes de avaliar e intervir para atender as necessidades da pessoa/família, graças à sua constante presença e vasta

experiência clínica, através da relação única que conseguem estabelecer (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo Meleis (2010), são os enfermeiros que vivenciam momentos de transformação com as pessoas, na medida em que se relacionam com a saúde, o bem-estar e a capacidade de se autocuidarem, pelo que emerge o conceito de intervenção terapêutica de enfermagem, que segundo a autora, caracteriza-se por ajudar pessoas, famílias e comunidades a lidar com transições, antecipar reações, fornecer orientações antecipadas, aliviar sintomas, recuperar a saúde e o conforto e sustentar o crescimento de procedimentos de autocuidado. As interações do enfermeiro com as pessoas são organizadas a volta do processo de enfermagem e o enfermeiro usa terapia de enfermagem para possibilitar e restaurar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994).

A transição será mais bem-sucedida ao conhecer-se, pois “(...) a compreensão da transição permite aos enfermeiros prestar cuidados de forma mais holística” (Schumacher & Meleis, 2010, p.12). O conhecimento sobre as transformações permite desencadear mudanças, antecipar acontecimentos, preparar-se para avançar dentro das mudanças e, por fim, perceber a possibilidade de múltiplas transformações ocorrerem simultaneamente. O enfermeiro é responsável por esclarecer, apoiar e conscientizar os familiares sobre a situação crítica atual e ajudá-los a compreender o processo de transição que estão vivenciando. Portanto, os enfermeiros são agentes facilitadores das transições da pessoa e da família (Meleis & Trangenstein, 2010).

Tanto em contexto de internamento como extra-hospitalar, o estabelecimento de relações terapêuticas entre enfermeiros e famílias depende fortemente da comunicação, que desempenha um papel crucial, quer seja expressa direta ou indiretamente. A essência do ser humano está na troca de símbolos, onde o significado é transmitido e compreendido por meio de interações. Portanto, os enfermeiros empregam estratégias de comunicação que promovem relações terapêuticas, desempenhando um papel crucial que os faz essenciais no cuidado à pessoa (Meleis, 2010).

A importância atribuída à comunicação na relação terapêutica vai além do seu papel de apoio à própria relação; serve também como resposta estratégica às necessidades de informação da família PSC. O conceito de interação enfermeiro-família é multidimensional, abrangendo as perspectivas tanto do enfermeiro como dos diversos familiares envolvidos. É necessário selecionar cuidadosamente a informação a ser transmitida, tornando-a simples, perceptível e relevante, a fim de atender às necessidades pessoais de todos os envolvidos (Lusquiños et al., 2019). A comunicação em saúde constitui no uso de estratégias de comunicação que

afetam as decisões das pessoas e da sociedade, sustentadas em conhecimento e atitudes. As práticas da saúde são importantes para aprimorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Hoorn et al., 2016).

Familiares e profissionais de saúde têm diferentes perspectivas em relação às solicitações de informação, enfatizando a importância de compreender que as necessidades de informação das famílias diferem das dos profissionais de saúde e exigem um esforço adicional destes para perceber e atender às necessidades da família (Bueno et al., 2018).

Assim, as informações transmitidas aos familiares da PSC são essenciais para habilitar os familiares do estado clínico da PSC (Silva & Casarini, 2019). Portanto, os profissionais de saúde devem ter em mente que as informações transmitidas auxiliam as famílias a gerir o processo de transição, no desenvolvimento de habilidades e na tomada de decisão. Oferecer apoio à família requer não apenas a notificação inicial de más notícias ou falecimento, mas também o fornecimento de informações ao longo do evento. A transmissão de notícias desagradáveis não é um evento isolado e é responsabilidade dos profissionais da saúde orientar as famílias de como lidar com essas informações e fornecer os esclarecimentos necessários para incentivar a tomada de decisão informada (Bumb et al., 2018).

Assim, é perceptível, que com base na Teoria das transições de Meleis, o cuidado de enfermagem focado na pessoa/família surge como facilitador no processo vivenciado. O enfermeiro identifica de maneira sistemática as necessidades pessoais da PSC/Família e planeia intervenções.

4. Finalidade e objetivos

A finalidade deste estudo é promover uma melhoria de cuidados prestados à família da PSC durante a PCR no extra-hospitalar.

Os objetivos deste estudo de investigação são identificar a perspetiva dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica sobre a presença da família durante a PCR no extra-hospitalar e compreender a importância da presença da família perante uma situação de PCR, em contexto extra-hospitalar.

Pretende-se identificar quais os riscos e benefícios da presença da família durante a PCR no extra-hospitalar, segundo a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o intuito de melhorar os cuidados prestados com o propósito de trazer ganhos para a saúde.

5. Metodologia

Neste capítulo irão ser descritos o desenho de estudo e as considerações éticas. A análise da presença da família durante a PCR no extra-hospitalar surge pela necessidade de perceber a perspectiva dos EEEMC sobre esta temática. A escolha da metodologia a ser aplicada delimita as etapas a serem desenvolvidas para responder à questão de investigação e aos objetivos delineados para o estudo. Para analisar a perspectiva dos mesmos, foi desenvolvida uma abordagem qualitativa (Fortin, 2009). A colheita de dados utilizou o método *focus group*, prática essa que permite obter dados por interação de um grupo sobre um tema definido pelo investigador, em que os participantes do método *focus group* devem ter certas características em comum e importantes face ao tema (Krueger e Casey, 2009; Morgan 1996).

5.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, através a um *focus group*, com o intuito de compreender a importância da presença da família perante uma situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), em contexto extra-hospitalar.

A utilização de *focus groups* tem a vantagem de permitir a recolha de uma diversidade de opiniões sobre o assunto em estudo, tendo ainda a vantagem, face a entrevistas, de gerar novas ideias com a interação entre os participantes (Morgan, 1996).

Para o estudo foram incluídos participantes que tinham título de EEEMC, com uma experiência mínima de cinco anos de prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar, nomeadamente, Viatura Médica de Emergência Médica e Reanimação ou Ambulância de Suporte Imediato de Vida, tendo em conta o Regulamento n.º 556/2017, que menciona que cinco anos de exercício profissional especializado comprovado nas diferentes áreas de especialidade, será reconhecida a competência acrescida (p. 23637). A experiência é necessária para a perícia, assim como estar um período de tempo suficiente num mesmo meio e ter participado num determinado número de experiências similares para adquirir bases, permitindo complementar o julgamento clínico (Benner, 2001);

Os participantes foram selecionados por conveniência, com base nos critérios estabelecidos previamente. Estes receberam o convite para participação no estudo via e-mail, que incluía

também o objetivo de estudo, assim como a solicitação de escolhas de datas dentro das indicadas, de forma a poder encontrar uma data que fosse possível para a maioria dos participantes convidados, através do preenchimento de um questionário em *GoogleForms*. O convite foi endereçado para 8 participantes, tendo sido realizadas duas rondas para encontrar a melhor data possível para o maior número de participantes, obtendo-se um total de 4 participantes disponíveis para participar no dia agendado. Estes receberam por via e-mail a data do *focus group*, o *link* para acederem à reunião via *Microsoft Teams* bem como o modelo Q190-Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção do consentimento informado por parte dos participantes (Anexo III). A entrevista teve a duração de duas horas e trinta minutos e foi orientada pela investigadora principal, tendo como facilitador o orientador do projeto. Para a sua efetivação foi utilizado um guião (Anexo IV), constituído por seis questões abertas, por forma a dar espaço à discussão em grupo. As questões abordavam áreas como a influência da presença da família na prestação de cuidados ao doente, riscos e benefícios inerentes a esta presença, quer para o familiar, quer para o profissional de saúde, assim como qual a conduta ideal de apoio prestado pelo EEEMC à família do doente.

Os dados foram gravados em formato de áudio e vídeo, após autorização verbal e escrita de todos os participantes, e foram transcritos para formato de texto para posterior análise de conteúdo. Foi realizada leitura integral da entrevista com o intuito de procurar padrões comuns capazes de dar respostas à questão de investigação.

Para a análise do *focus group* foi adotada uma metodologia de análise de conteúdo de Bardin. Este tipo de análise pode ser adequado a diferentes tipos de dados qualitativos, desde entrevistas a *focus groups*, análise de propaganda, imagens ou vídeos. O seu âmbito alargado deve-se ao facto de ser uma metodologia sistemática. Como em outros métodos de análise qualitativa, pretende identificar-se novo conhecimento relativo a ideias, atitudes, comportamentos e crenças, por forma a gerar hipóteses e teorias (Bardin, 2022).

A análise de conteúdo de Bardin implica a fragmentação em unidades mais pequenas, neste caso as transcrições em frases e excertos, para que depois possam ser analisadas e o seu sentido extraído (a partir de temas ou padrões). Existem três fases bem definidas associadas a esta análise, nomeadamente: pré-análise, exploração do material, e interpretação do mesmo (Bardin, 2022).

Na pré-análise, a familiarização com o material foi feita recorrendo a três leituras de toda a transcrição do *focus group*.

Para cada pergunta, e tendo por base as respostas dos participantes, foram identificados os temas mais abrangentes. Estes temas foram definidos de forma a ser tanto exaustivos na

informação que codificam, como também mutuamente exclusivos entre si. Num passo seguinte, os temas foram analisados e, sempre que possível, divididos em categorias, mantendo os pressupostos de exclusividade e exaustividade. Os excertos foram posteriormente alocados de acordo com as subcategorias definidas. Não houve necessidade de avaliar a consistência de codificação inter-codificadores, já que esta foi toda feita unicamente pela investigadora principal.

Na fase de exploração foi realizada uma nova leitura, com o intuito de identificar e codificar, de forma exaustiva, os excertos do *focus group*, de acordo com os subtemas que foram definidos previamente. Por último, na fase da interpretação, foram analisados e sintetizados os subtemas elaborados de acordo com os principais temas, e foi elaborada uma análise quantitativa recorrendo a tabelas de frequência de temas e subtemas de acordo com os participantes do *focus group*, por forma a tentar salientar os principais resultados da análise (Bardin, 2022).

5.2. Considerações éticas

Este projeto de investigação teve o parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP, cujo número é referente a 014/2022 (Anexo V).

Para realização do estudo foi explicado aos participantes o objetivo do mesmo, assim como que a participação dos entrevistados seria de livre vontade e mantendo a sua confidencialidade. Assim, foi utilizado o modelo Q190-Consentimento Informado Livre e Esclarecido da ESSNorteCVP (Anexo III) para obtenção do consentimento informado por parte dos participantes. Previamente ao início do *focus group* foi garantida a concordância da gravação junto de todos os participantes no estudo, tanto de vídeo como de áudio. Foi mantido o anonimato, privacidade dos participantes e confidencialidade dos dados recolhidos na entrevista através da codificação dos participantes com letras e números.

Os dados obtidos serão unicamente utilizados para o presente estudo. Não existem conflitos de interesse na realização do estudo.

6. Resultados e Discussão

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos da análise de conteúdo do *focus group*, assim como a discussão dos resultados obtidos.

Da análise dos resultados provenientes do *focus group*, emergiram cinco categorias baseadas na Perspetiva dos EEEMC acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no Extra-Hospitalar, nomeadamente “Benefícios”, “Riscos”, “Sentimentos”, “Processo de luto” e “Cuidados de Enfermagem”. As categorias surgiram da análise pormenorizada dos dados obtidos através do *focus group*, a partir da sua relação com as subcategorias e as unidades de registo. Apresenta-se nas tabelas de análise de conteúdo unicamente as unidades de registo onde caracterizam cada unidade.

Benefícios

Da categoria Benefícios (Tabela 1) emergiram as seguintes subcategorias: Família da PSC e Profissionais de Saúde.

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
Benefícios	Família da PSC	[E4] <i>“outros benefícios é aquilo que também já foi dito (...) é da informação, facilita depois a comunicação das más notícias”</i>
		[E2] <i>“acaba por ser benéfico a família estar presente (...) É facilitador para nós darmos a notícia”</i>
		[E3] <i>“acho que é um processo muito mais facilitador, a família estar presente, para a equipa... para a família ser preparada...”</i>
		[E2] <i>“saber que nós tentamos tudo, mas não era possível fazer nada, (...) para a família é importante perceber isso... que nós fizemos tudo, (...) em termos de benefícios, conseguem fazer o luto de forma mais tranquila.”</i>
		[E4] <i>“eu já tive ajuda de familiares quando foi necessário retirar a vítima do local onde estava (...) Eu pedi ajuda à família e a família ajudou-nos.”</i>
	Profissionais de Saúde	[E2] <i>“os antecedentes que o doente tem, de nos dizer, de nós conseguirmos fazer a colheita de dados”</i>
		[E3] <i>“precisamos de saber todo o contexto”</i>
		[E4] <i>“fornecem os dados, dados essenciais para a nossa abordagem à vítima, (...) como tempos, como antecedentes”</i>
		[E4] <i>“torna-se mais fácil os profissionais comunicarem ou darem informações sobre o desfecho do processo, do doente”</i>

Tabela 1: Benefícios

Relativamente aos benefícios da presença da família da PSC no decorrer da PCR, os participantes do focus group referem que estes são uma fonte de informação clínica pertinente durante toda abordagem à pessoa, e dessa forma os profissionais de saúde podem em qualquer circunstância, questionarem a família sobre a história prévia ou antecedentes de doença, possibilitando uma colheita de dados apropriada (Asencio-Gutiérrez J.M. 2017; Malta H. et al., 2015; Jabre P. et al., 2013). Referem ainda, que para além de facilitar a recolha de informação, também facilita no processo de comunicação com a família sobre o desfecho provável, já que a família foi observando o desenrolar dos eventos. Jabre P. et al. (2013) são da mesma opinião, aludem que a família presente terá a perceção de todo o evento e dos esforços realizados por parte da equipa, facilitando a comunicação e auxilia na transmissão da notícia.

Neste sentido, existem autores que consideram que a presença de familiares facilita a aceitação da interrupção das manobras (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017), assim como a família da PSC pode participar na decisão de suspensão dos procedimentos de reanimação (Malta H. et al., 2015).

Por outro lado, os profissionais de saúde consideram que o evento pode ser traumático para a família (Marrone L. et al., 2005), tal como referem os participantes do focus group, que a família pode ficar com a imagem negativa. Por outro lado, a família ao observar todo o procedimento e esforço extraordinário realizado pela equipa pode ser benéfico para a família (Malta H. et al., 2015), ver que "fez tudo possível" pode ser positivo (Tíscar-González V. et al., 2017). A observação por parte dos familiares da RCR, reduz a probabilidade de desenvolver sintomas relacionados com o stress pós-traumático (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017; Jabre P. et al., 2013).

Nesse sentido, o benefício mais relatado pelos participantes do focus group foi o processo de luto, referem que os familiares da PSC podem iniciar precocemente o seu processo de luto e de uma forma mais tranquila. O descrito está em linha com a literatura que aponta para a presença dos familiares como benéfica, sendo uma experiência positiva no sentido em que torna os cuidados mais humanizados (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017; Malta H. et al., 2015).

Riscos

Do *focus group* emergiu a categoria Riscos (Tabela 2), sendo identificadas as subcategorias: Família da PSC e Profissionais de Saúde.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
		[E2] “(...)a família ver esta imagem que fica eternamente daquela perda. Ficar com uma imagem diferente daquela que tinha da pessoa.”
	Família da PSC	[E1] “vão haver situações em que as manobras vão ser realizadas e que a visão que aquela família vai ficar ... não é a mais apropriada para ficar como memória” [E3] “depende também do tipo da família como da vítima (...) se foi uma vítima já acamada, ou se foi uma coisa súbita. Há pessoas que já estão a contar com este desfecho e o risco é menor, porque já tiveram um processo longo(...)agora se for uma coisa súbita, a família pode ficar muito traumatizada com o que vê”
Riscos		[E1] “(...) risco de agressão verbal e também física para a equipa, principalmente se as manobras não estiverem a correr da maneira que esperamos (...)”
		[E1] “Objetivamente, sim. Com a família presente, com o objetivo de luto ser mais positivo, prolongamos um pouco as manobras de reanimação cardiorrespiratória”
	Profissionais de saúde	[E3] “(...) nós já prolongamos as manobras por causa da presença da família” [E3] “Claro que já me aconteceu prolongarmos mais um bocado esse tempo por causa da família” [E2] “Já presenciei mais que uma vez, já fui vítima de agressão (...) para nós, é mesmo a agressividade física e verbal, eu acho, em termos de riscos” [E2] “(...) eu já tive a fazer uma reanimação com uma arma apontada à cabeça” [E2] “já tive situações em que a família nos agarrava e agarrava o doente e não nos deixava trabalhar”

[E1] *“as pessoas começam a perceber que o desfecho vai ser a morte e aí, nesse momento, podem surgir problemas e a família pode interferir porque não vai querer que o corpo saia de casa (...) e isso é um dos meus maiores problemas, até éticos, com que me deparo todos os dias”*

Tabela 2: Riscos

Os profissionais de saúde consideram como risco para os profissionais de saúde, o risco de agressão emocional, verbal ou física. Os participantes do focus group expressaram a mesma opinião, alguns tendo descrito episódios de perigo de vida eminente para os próprios, mencionando que o maior risco para a atuação no extra-hospitalar são as agressões, tanto físicas como verbais, o que está em linha com o referido no estudo de Malta H. et al. (2015). Porém, Asencio-Gutiérrez J.M. (2017) não corrobora essa opinião, na medida em que refere uma menor redução das agressões com a presença dos familiares.

Por outro lado, alguns autores destacam como aspecto negativo a possibilidade de os familiares poderem interferir nas manobras de reanimação (Grimes C., 2020). Uma vez que se mantêm as manobras de reanimação por mais tempo, inibe-se a comunicação entre os elementos da equipa e se desencadeiam medos de cometer erros perante a supervisão da família e de agressões. Dessa forma, a RCR presenciada pode influenciar nas decisões dos profissionais, sendo mais complexo suspender manobras de RCR quando a família está presente (Grimes C., 2020; Tíscar-González V. et al., 2017). Os participantes do focus group referem mesmo que, por vezes, com o objetivo de o luto ser mais positivo, prolongam um pouco as manobras de reanimação cardiorrespiratória. Vários estudos referem que por vezes prolongar o tempo da RCR para lá do necessário faz sentido para facilitar o processo de luto dos familiares (Tíscar-González V. et al, 2017). Mas Jabre P. et al, (2013) não corroboram a opinião, defendendo que a eficácia da reanimação não é afetada pela presença da família nem a duração da RCR.

No que concerne ao risco da presença da família da PSC durante a PCR, os participantes do focus group mencionam que a família ao assistir ao evento de reanimação fica com a imagem de todo o processo de reanimação e, conseqüentemente, com imagem alterada do seu ente querido. Isto pode influenciar o início do processo de luto, sendo mais agressivo e difícil, sendo corroborado por Fernández A. M. et al (2013), que refere que os familiares ao assistirem a procedimentos invasivos podem desencadear traumas psicológicos.

Testemunhar o evento pode ser muito traumático para as famílias (Grimes C., 2020; Tíscar-González V. et al., 2017; Malta H. et al.; 2015). Os participantes do focus group mencionam que durante a prestação de cuidados à PSC, a possibilidade de a família interferir no processo (Malta H. et al.; 2015) e alterar o cuidado é muito elevada associando a uma má prestação de cuidados de saúde por interferência da família da PSC, sendo isto referido também em vários estudos (Tíscar-González V. et al., 2017; Fernández A. M. et al, 2013). Contudo, Asencio-Gutiérrez J.M. (2017) refere que, com a família presente, existe o aumento da percepção do profissionalismo da equipa e uma melhor humanização nos cuidados.

A perspectiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na
paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar

Além disso, existe o medo que a família fique com memórias stressantes do evento, principalmente com desfecho desfavorável (Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015).

Sentimentos

Categories	Subcategories	Units of Record
		[E3] <i>“uma família que está emocionalmente muito afetada e descompensada e que interfere (...) prefiro que eles não estejam presentes”</i>
	Família da PSC	[E1] <i>“então uma família que não está a gerir bem a situação e que está a gerar algum stress à equipa (...) o sentimento que sinto é insegurança”</i>
		[E2] <i>“família esteja completamente descompensada ao ponto de não nos deixar trabalhar”</i>
		[E1] <i>“uma família que não está a gerir bem a situação”</i>
		[E2] <i>“no início, de facto, (...) incomodava-me um bocadinho, tinha medo que as pessoas achassem que eu não estava a fazer bem”</i>
Sentimentos		[E4] <i>“Quando começamos a fazer extra-hospitalar se calhar ficávamos um pouco mais intimidados com a presença da família”</i>
	Profissionais de Saúde	[E4] <i>“até gosto que a família esteja presente e que veja aquilo que nós fizemos e o esforço que nós tivemos e tudo o que demos aquela vítima para reverter aquele quadro”</i>
		[E1] <i>“temos a pressão à equipa, principalmente a equipas menos experientes”</i>
		[E1] <i>“então uma família que não está a gerir bem a situação e que está a gerar algum stress à equipa (...) o sentimento que sinto é insegurança”</i>
		[E1] <i>“(…) insegurança numa situação, ou stress, e outra o bem-estar”</i>
		[E1] <i>“muito stress”</i>

A categoria “Sentimentos” (Tabela 3) apresenta-se com as subcategorias Família da PSC e Profissionais de Saúde.

Tabela 3: Sentimentos

Os sentimentos descritos pelos participantes estão em linha com o encontrado na revisão da literatura. Alguns estudos mencionam que a presença dos familiares na RCR pode trazer algumas desvantagens, como provocar stress acrescido nos profissionais de saúde, aumento da carga emocional dos familiares, tendo como consequência atrasos na prestação de cuidados e situações traumatizantes para os familiares (Grimes C., 2020; Asencio-Gutiérrez J.M.; 2017; Malta H. et al, 2015). Outros autores referem que a família pode interferir durante a prestação de cuidados, aumentando a ansiedade e stress por parte dos profissionais de saúde (Grimes C., 2020; Tíscar-González V. et al., 2017; Malta H. et al, 2015; Fernández A. M. et al, 2013). Os profissionais de saúde referem que presença dos familiares pode distrair a equipa pela atenção estar em vários focos, promovendo desconforto e stress na equipa, aumentando a carga de trabalho, uma vez que se mantêm as manobras de reanimação por mais tempo, inibe-se a comunicação entre os elementos da equipa e desencadeiam-se medos de cometer erros perante a supervisão da família e de agressões (Clark R. A. et al, 2001). Os vários estudos concordam com o receio dos profissionais de que a presença de familiares atrapalhe o desenvolvimento das manobras (Tíscar-González V. et al, 2017; Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015).

Porém, no estudo de Jabre P. et al, (2013) demonstra que a presença dos familiares durante a reanimação não altera os níveis de stresse nos profissionais de saúde.

Certos enfermeiros expressaram medo de que as ações ou palavras dos profissionais sejam mal interpretadas, ou que considerem que houve um mau desempenho da equipa, o que demonstra insegurança na realização das manobras. Os profissionais temem que a família considere que a morte do familiar seja consequência de uma má atuação, referem que a família pode culpabilizar a equipa por uma má atuação. Por outro lado, os profissionais referem ter receio que a presença de familiares dificulte a realização das manobras. Reconhecem ainda que a presença dos familiares aumenta a pressão na equipa (Tíscar-González V. et al, 2017).

Vários autores referem que os familiares que estiveram presentes durante o evento de PCR sentiram menos stresse pós-traumático, ansiedade e sentem-se mais confortáveis (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017; Malta H. et al, 2015). Aludem que os familiares que não testemunharam a RCR do seu ente querido expressam sintomas de ansiedade e depressão com maior frequência do que aqueles que estavam presentes (Tennyson C. D., 2019). A família ser questionada sobre a interrupção das manobras de suporte à vida também ajuda a reduzir seus níveis de ansiedade (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017). Mencionam ainda o aumento da ansiedade no desempenho e stresse por parte dos profissionais de saúde (Malta H. et al., 2015), assim como, medo de que a família pense que o resultado foi consequência de mau trabalho da equipa (Tíscar-González V. et al, 2017). A maioria dos enfermeiros dos estudos

analisados assim como os participantes no *focus group* acreditam que o desequilíbrio emocional da família durante a reanimação não afeta os cuidados de enfermagem, considerando a sua presença como benéfica, referindo ser um direito da família estar presente, capaz de reduzir o stresse e facilitar o processo de luto (Malta H. et al, 2015).

Por outro lado, diversos estudos mencionam a necessidade de designar um membro da equipa de saúde para oferecer suporte à família durante a reanimação, visando diminuir os níveis de ansiedade e stresse, e proporcionar uma prestação de cuidados mais humanizada tanto para o PSC quanto para a família, uma vez que a forma de comunicação utilizada pela equipa pode ser uma das dificuldades na compreensão do contexto de reanimação vivenciado pelos familiares. Esse problema pode ser solucionado, de certa forma, através da designação de um profissional dedicado exclusivamente ao suporte à família (Asencio-Gutiérrez J.M., 2017; Tíscar-González V. et al., 2017; Malta H. et al, 2015). Assim, um profissional de saúde deve estar disponível após o evento PCR (Loch T. et al, 2023).

É também referido pelos participantes que, com a experiência profissional, os sentimentos se alteram. Aqueles indicam que, inicialmente, ao realizar extra-hospitalar, se sentiam intimidados com a presença da família, assim como tinham medo do que a família achasse que não estavam a fazer bem e colocassem em causa as suas habilidades e competências. Os profissionais de saúde referem que os anos de experiência profissional e idade intervêm absolutamente com a segurança e autoconfiança na gestão da presença da família durante o evento RCR (Malta H. et al, 2015). Outros autores não corroboram a mesma opinião, referem que os profissionais até 10 anos de formação profissional são mais propícios à presença da família (Mekitarian F.F.P e Angelo M., 2015).

Processo de luto

Do *focus group* emergiu a categoria Processo de Luto, sendo possível atribuir subcategorias, nomeadamente Fatores Facilitadores e Fatores Dificultadores, como é apresentado na Tabela 4

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
Processo de Luto		[E2] <i>“Por isso, eu acho que é, conseguem fazer o luto mais facilmente e mais precocemente”</i>
		[E1] <i>“conseguir perceber que está a ser feito tudo pela recuperação desta pessoa, isto vai facilitar no luto”</i>
		[E3] <i>“vão tendo a noção do que está a acontecer e o processo de luto é iniciado muito mais precocemente”</i>
		[E4] <i>“ela vai interiorizando que, se calhar, o desfecho vai ser um desfecho negativo e também precocemente consegue iniciar o seu processo de luto”</i>
	Fatores facilitadores	[E1] <i>“principalmente em idade jovem, adulto jovem, idade pediátrica, as manobras podem ajudar no luto, no processo desde a aceitação”</i>
		[E4] <i>“ver o esforço da equipa... a família ao ver o processo de reanimação (...) expectativas para o nosso esforço, (...) desfecho vai ser um desfecho negativo e também precocemente consegue iniciar o seu processo de luto”</i>
		[E4] <i>“existe sempre aquele impacto, aquela reação emocional por parte da família, mas muitas das vezes a família disse: Sim, eu já tinha reparado, nós já tínhamos visto que o desfecho não ia ser o melhor. Pronto, por isso é muito facilitador, sem dúvida”.</i>

[E4] “estando a família presente durante as manobras de reanimação, foi muito facilitador, foi muito facilitador tanto para a comunicação das más notícias, neste caso da morte do seu familiar, como para o início do processo de luto daquela família”.

[E4] “por causa das próprias manobras agressivas que estamos a fazer às vítimas”

Fatores Inibidores

[E1] “as manobras vão ser realizadas e que a visão que aquela família vai ficar, portanto, não é a mais apropriada para ficar como memória. (...) será um luto também mais difícil, portanto, este processo todo psicológico vai ser muito mais complicado. Existe aqui o risco de luto difícil e de agressividade”

[E3] “se for uma coisa súbita, a família pode ficar muito traumatizada com o que vê, (...) É muito traumatizante o processo de reanimação. (...) as compressões, (...) com a presença da VMER é muito agressivo a presença, e muitas famílias ficam muito impressionadas”

Tabela 4: Processo de Luto

Os participantes do *focus group* mencionaram que a presença do familiar poderia facilitar o processo de luto, pois a sua presença pode permitir iniciar mais precocemente este processo (Asencio-Gutiérrez J.M; 2017). Um dos fatores facilitadores do processo de luto referido pelos mesmos é a possibilidade de a família, ao assistirem ao empenho dos profissionais, compreenderem melhor o estado da PSC (Asencio-Gutiérrez J. M.; 2017; Malta H. et al., 2015).

Estando a família presente, proporciona uma comunicação mais efetiva com a equipa multiprofissional e existe uma melhor comunicação de más notícias (Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015). A observação de tentativas de reanimação vai apoiando o processo de luto aos familiares, ao constatarem que foram realizados todos os esforços necessários para salvar a vida da PSC, tornando-o mais gradual e menos abrupto (Asencio-Gutiérrez J. M., 2017; Mekitarian F.F.P. e Angelo M., 2015). Mencionam, ainda que, por vezes, prolongam as manobras no sentido de ajudar a família a iniciar o processo de luto. Alguns autores corroboram a mesma opinião, acreditam que os familiares ao estarem presentes no evento RCR ajuda o processo de luto e verificam o empenho realizado por parte dos profissionais, havendo uma melhor aceitação (Asencio-Gutiérrez J. M., 2017; Fernandez A. M. et al, 2013; Malta H. et al, 2015). Permite a família despedir-se do seu ente querido sendo a última oportunidade de o ver com vida (Marrone L. et al., 2005). Vários autores consideram que o conhecimento de todo o esforço da equipa para reanimar, possivelmente, superam um possível trauma emocional e iniciam o processo de luto mais precoce (Malta H. et al., 2015). Portanto, excluir a família do processo de reanimação pode aumentar os sentimentos de impotência, ansiedade, pânico e culpa, mas estar presente nos momentos finais, mesmo que por pouco tempo, e dizer um último adeus pode reduzir esses sentimentos e ajudar os familiares no processo de luto (Marrone L. et al., 2005). Há evidências de que isso reduz a taxa de luto complicado e depressão, visto que facilita o luto ao favorecer a aceitação, pois compreendem melhor as descrições do estado da PSC e sabem em primeira mão que os cuidados que a PSC necessitava, foram prestados (Asencio-Gutiérrez J. M., 2017).

Apesar dos participantes do *focus group* defenderem o processo maioritariamente como facilitador, referem também, que a presença da família durante as manobras de RCR pode ser um fator dificultador do luto, nomeadamente, quando a vítima apresenta uma idade avançada, e é submetida à agressividade das intervenções das manobras. Malta H. et al. (2015) refere que o facto de a família assistir ao ato agressivo que são as manobras e à utilização de todos os dispositivos associados, pode transfigurar a imagem da PSC aos olhos dos familiares, podendo essa imagem vir a substituir a imagem prévia que tinham do mesmo e afetar negativamente o luto face a um desfecho negativo.

Cuidados de enfermagem

Da análise de conteúdo identificou-se a categoria Cuidados de Enfermagem, sendo possível atribuir subcategorias, nomeadamente: Família da PSC e Cadáver (Tabela 5)

Categories	Subcategories	Unidades de Registo
Cuidados de Enfermagem	Família da PSC	<i>[E4] “também darmos apoio... darmos apoio à família, muitas das vezes se nós, virmos que a família não está a lidar bem com essa notícia, temos que dar apoio a essa família, até chegar o psicólogo”</i>
		<i>[E4] “intervenção é limitada, mas pode ser limitada, pode ser curta, mas também é muito importante”</i>
		<i>[E4] “devemos sempre dar apoio à família, perceber como é que eles estão e também é importante o enfermeiro especialista dar o apoio à família”</i>
		<i>[E2] “Em relação há recuperação, o apoio que nós damos à família é mínimo, porque quando nós conseguimos recuperar alguém, o tempo que nós temos para dar algum apoio à família é muito pouco... a nossa preocupação é levar rapidamente o doente para o hospital”</i>
		<i>[E3] “na situação de recuperação dar apoio à família, explicar, mas seremos realistas... e é o fundamental”</i>
		<i>[E1] “vamos para o hospital e realmente, a intervenção que fazemos aqui à família é muito vaga. É muito curto, não há tempo”</i>
		<i>[E4] “Quando há recuperação, é como já foi dito... a nossa intervenção é limitada, mas pode ser limitada, pode ser curta, mas também é muito importante. Porque nós vamos comunicar à família, tudo muito bem, conseguimos recuperar, mas... é uma vítima crítica”</i>
		<i>[E2] “uma situação de paragem que nós confirmamos a paragem, passamos a certificação ou a verificação do óbito no local, aí sim... quantas vezes eu cheguei a ficar 1h30 no local, não por causa das vítimas, mas</i>

por causa da família... até chegar o psicólogo e até nós termos quem nos fique a “substituir” e que consiga dar apoio à família”

[E2] “a nossa intervenção é fundamental, nós temos mesmo que apoiar, temos mesmo que estar ali e eu faço questão de estar, se querem saber, eu faço questão de estar e de apoiar”

[E4] “(...) a preparar um pouco a família para um desfecho eventualmente mais negativo

[E2] “Uma palavra de conforto, uma palavra de esperança e, (...) A situação é muito grave, nós conseguimos neste momento, mas... não sabemos como é que vai correr”

[E2] “adultos cheios de sangue, cheios de vômito... em que nós tivemos a limpar a vítima antes da família entrar e de ver”

Cadáver

[E4] “criança estava completamente cheia de sangue, e eu antes de chamar os pais, antes de chamar os familiares para junto da criança eu, mais os bombeiros, a equipa, a médica que estava comigo, prestamos cuidados de higiene ali à criança. Tiramos aquele sangue, limpamos aquele sangue, porque é totalmente diferente, vocês sabem, a gente... nós chamamos os pais... verem uma criança repleta de sangue e verem uma criança o mais “normal”

Tabela 5: Cuidados de Enfermagem

Ao longo deste processo de conceção de cuidados, é importante envolver os familiares no processo de tomada de decisão (Malta H. et al.; 2015). Em contexto de situação crítica, a família é fundamental no trabalho dos enfermeiros, dedicando-lhes muito tempo, porém os enfermeiros criam proximidade com a família e mostram empatia com a situação vivenciada, referindo-lhes constantemente a importância da sua presença (Sá et al., 2015). Assim, no que se refere aos casos em que se verifica a recuperação da vítima, os participantes do *focus group* concordaram que apesar de o foco ser os cuidados à pessoa, é importante que haja comunicação com a família, mesmo que limitada. Esta comunicação deve ser clara, mantendo as expectativas realistas sobre a situação da PSC e dos possíveis desfechos. No caso da verificação do óbito, foi identificada uma multiplicidade de situações em que o enfermeiro pode prestar apoio à família. Nestas situações, além de informar, é necessário estar presente e disponível para dar apoio emocional. Além do apoio direto facultado à família, também foi referido o apoio que pode ser oferecido indiretamente através do suporte à própria equipa, quer seja em auxiliar na comunicação da notícia à família, quer seja na valorização do esforço dos profissionais. Os profissionais de saúde devem prestar cuidados ao cadáver, por exemplo passa-lo do chão para a cama, e devem dedicar algum tempo para responder às perguntas da família (Loch T. et al, 2023). A própria preparação do cadáver pode ser uma forma de prestação de apoio à família, quando a envolvimento do cadáver pode alterar a imagem da vítima retida na memória dos familiares. Cabe ao enfermeiro estar presente com a família quando esta observa o cadáver caso tenha estado afastada durante as manobras de reanimação.

Os cuidados à PSC em paragem cardiopulmonar é o foco principal, mas numa visão mais ampla, a família faz parte da pessoa. Sendo que o cuidado verdadeiramente holístico, é importante a PSC, mas também a sua família durante um evento tão crucial como a ressuscitação (Marrone L. et al, 2005). Assim, os profissionais de saúde devem apoiar a família da PSC no luto antes, durante e depois das manobras de reanimação (Grimes C., 2020). Desta forma, a família deve ser vista como parte integrante e constitutiva dos cuidados (Sá et al., 2015), de forma a otimizar a qualidade dos cuidados (Loch T. et al, 2023).

7. Conclusão

Tendo em conta que a PCR é uma das situações mais críticas que se pode vivenciar, o EEEMC, no âmbito de especialização em PSC, assume um papel importante no acompanhamento e apoio emocional da família durante e após o evento. Espera-se que o EE acompanhe a família da pessoa em situação crítica assim como deve fornecer informação adequada, de forma a reduzir o sofrimento da mesma. No entanto, os profissionais de saúde devem oferecer e facilitar a presença da família durante o evento e esta deve ser voluntária. Os familiares são os que mais beneficiam desta prática e a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar pode ajudá-la a entender que foram realizados todos os procedimentos necessários para manter a vida do seu familiar e ser uma fonte de informação clínica pertinente durante toda a abordagem à pessoa.

Da análise dos resultados adquiridos com recurso de um *focus group* efetuado a EEEMC que desempenham atividade no extra-hospitalar, em meios VMER e SIV, emergiram cinco categorias: “Benefícios”, “Riscos”, “Sentimentos”, “Processo de luto” e “Cuidados e enfermagem”.

Quanto à categoria Benefícios foram identificadas como subcategorias Família da PSC e Profissionais de Saúde. Os participantes apontam como benéfica a presença dos familiares, com a perspectiva de tornar os cuidados mais humanizados. Referem que os anos de experiência profissional e a idade influenciam de forma positiva a prestação de cuidados, a autoconfiança na gestão da presença da família. Assim como, durante todo o processo de RCR, os profissionais têm a possibilidade de interrogarem a família sobre a história prévia ou antecedentes pessoais, possibilitando uma melhor colheita de dados.

Consideram que a presença da família durante a reanimação pode confortar a família, ao observarem os esforços desenvolvidos ultrapassando a incerteza se terão realizado tudo o que era possível.

Relativamente à categoria Riscos, identificou-se como subcategorias Família da PSC e Profissionais de Saúde. Os participantes reconhecem que com o objetivo de luto ser mais positivo, prolongam as manobras de reanimação cardiopulmonar por algum tempo por causa da presença da família com o objetivo de ajudar no processo de luto. Em termos de

riscos para os profissionais de saúde identificam as agressões verbais e até mesmo as físicas. Quanto ao risco para a família da PSC, referem a imagem alterada do seu ente querido.

No que se relaciona com a categoria sentimentos, os participantes referiram que estes podem ser divididos em Família da PSC e Profissionais de Saúde. Mencionam que, se a família não gerir bem a situação, pode causar stress, medo e insegurança aos profissionais de saúde. Quando começam a fazer extra-hospitalar, com pouca experiência profissional, referem sentir-se intimidados ou até mesmo incomodados com a presença da família, sentimentos de medo que a família achasse que haveria um mau trabalho de equipa, ou mau procedimento.

A nível do Processo de luto, identificaram-se as subcategorias fatores facilitadores e fatores inibidores. Os participantes consideram que a presença da família durante a reanimação permite confortar os familiares, ao observarem o empenho desenvolvido pelos profissionais, assim auxiliando o processo de luto aquando o acontecimento de morte. Assim, este processo poderia iniciar-se mais precocemente.

Os participantes identificaram também a categoria Cuidados de Enfermagem, tendo sido identificadas as subcategorias Família da PSC e ao Cadáver. Os participantes do *focus group* concordaram que apesar de o foco ser os cuidados à pessoa, é importante que haja comunicação com a família, mesmo que limitada. Nos cuidados à família da PSC, dão ênfase ao apoio à família, perceber como esta se sente, mencionam que é importante o enfermeiro especialista dar apoio à família. Quanto ao cadáver, mesmo depois da verificação do óbito devem cuidar/tratar do corpo.

Nesta perspetiva, os intervenientes do estudo de investigação destacam a envolvimento da família nos cuidados antes, durante e após o evento. Os cuidados são direcionados tanto à PSC, família ou mesmo ao cadáver.

Como limitações ao estudo, refere-se o número reduzido de participantes, como é característica dos estudos qualitativos, o que limita a sua capacidade de generalizar os resultados, razão pela qual não se pode universalizar a perspetiva dos EEEMC sobre a presença da família durante a PCR no extra-hospitalar; a quantidade de informação obtida como resultado do *focus group*, envolveu a análise de muitos dados; assim como a subjetividade da análise por parte do investigador.

Mesmo tendo em conta as limitações referidas anteriormente, pretende-se com esta investigação alcançar uma prestação de cuidados de excelência à PSC, assim como à família em cenários de PCR extra-hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estágios proporcionaram desenvolvimento de novas capacidades como a adaptação, a proatividade, a autonomia, o poder da tomada de decisão e pensamento crítico-reflexivo, tendo sido uma caminhada de grande aprendizagem. A conclusão da componente de estágio possibilitou desenvolver capacidades no âmbito das competências comuns e específicas de EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC, assim como as aptidões de Mestre. O cumprimento dos objetivos comuns e específicos definidos para cada campo de estágio refletiram-se na aquisição de novos conhecimentos, novas aprendizagens, no desenvolvimento do pensamento crítico fundamentado e com base na melhor evidência científica.

A componente de investigação permitiu a aquisição e consolidação de conhecimento no domínio da investigação. No decorrer do estudo de investigação, foram muitas as dificuldades sentidas, uma vez que utilizei um método de investigação que não dominava, mas que com empenho e dedicação consegui implementar e concluir. Permitiu-me também aprimorar a forma de pesquisar a melhor evidência relacionada com a temática abordada, assim como deixar caminho para outras pesquisas futuras.

Espero ter contribuído para a importância da presença da família em situações complexas que a PSC experiencia, tendo em conta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à PSC, tem como foco a pessoa/família ou cuidador na procura de uma Enfermagem Avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013b). Recomendações Técnicas para Instalação de Unidades de Cuidados Intensivos. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Adão, R.S., SANTOS, M.R. (2012). Atuação do Enfermeiro no Atendimento PréHospitalar Móvel. *Rev. Min. Enferm.* 16(4): 601-608, out./dez
- Asencio-Gutiérrez J.M. (2017). The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.10.006>
- Bardin, L. (2022). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70*
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem.* Coimbra: Quarteto Editora
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 33(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
- Bueno, V. J. M., Ovies, A., La Calle, G. & Lallemand, Z. C. (2018). Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 42(6), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.05.004>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L. & Overcash, J. (2018). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
- Carones, N. (2019) *Manual de Procedimentos. Serviço de Medicina Intensiva 6.*
- Correia, A.F.R. (2010). *Enfermagem em Emergência Pré-Hospitalar: Existem ou Não Competências?*. Revista Sinais Vitais. Nº 105. 2012
- Decreto-Lei nº15/2014. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República n.º 57/2014, Série I (2014-03-21)* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>.
- DGS (2013). Norma nº 029/2012 da atualizada a 31 de outubro de 2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Departamento da Qualidade na Saúde. dqs@dgs.pt.
- DGS (2015). Norma nº 15/2013 da atualizada a 4 de novembro de 2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção Geral Da Saúde.
- DGS (2017). Norma nº001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt).

- DGS (2017a). Norma nº021/2015 atualizada a 30-05-2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral Da Saúde, 13. 84 <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoesde-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>.
- DGS (2017b). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção Geral Da Saúde, (1-24) https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- DGS (2020). Norma nº 007/2020. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos: ppcira@dgs.min-saude.pt.
- DGS (2022c) Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central Direção Geral Da Saúde, 26.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, www.dgs.pt.
- Direcção-Geral da Saúde (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma DGS.
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives’ involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses’ experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.004>.
- Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G. Papa, A., ... Walsh, J. (2011). Emergency nursing resource: Family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Emergency Nurses Association*, 37(5), 469-473. doi:10.1016/j.jen.2011.04.012
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência.
- Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: The perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 8-19. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p8.
- Gentil, R.C.; Ramos, L.H.; Whitaker, I.Y. Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-Hospitalar. *RevLatino-am Enfermagem*, (2008). março-abril; 16(2).
- Grimes C. (2020). The effects of family-witnessed resuscitation on health professionals. *British Journal of Nursing*, 2020, Vol 29, No 15.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p. Obtido de <https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106810449&lang=sv&site=eds-live>.

- Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious mechanically. *Critical Care*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>.
- INEM. (2017). Sistema Integrado de Emergência Médica <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>.
- INEM - Relatório Anual – Integração VMER & SIV (2017), Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017.
- Knapp, S. J., Sole, M. L., & Byers, J. F. (2013). The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51–57. doi: 10.1016/j.apnr.2012.11.002 .
- Kreps, G.L. (2015). Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review. *Journal of Nature and Science*, (2015). 1(2), e35, 1-12. Disponível em: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Jabre, P., Belpomme, D., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F. ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1008-1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366.
- Jones, S., Gill, P., & Kenkre, J. (2020). Nurse managed patient focused assessment and care: A grounded theory of qualified nurses in acute and critical care settings assessing the mental capacity of adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1254–1266. <https://doi.org/10.1111/jocn.15188>.
- Loch T. Drennan I. R., Buick J. E., Mercier D., Brindley P.G., MacKenzie M., Kroll T., Frazer K., Douma M. J.. (2023). Caring for the invisible and forgotten: a qualitative document analysis and experience-based co-design project to improve the care of families experiencing out-of-hospital cardiac arrest. *Canadian Journal of Emergency Medicine* (2023) 25:233–243 <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00464-8>.
- Lusquiños, 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. *Atas CIAIQ2019*, 2(1), 1985-1994. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298>.
- Malta H. et al., (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa- interações: sociedade e as novas modernidades 29. pp. 74-96.
- Marques, M. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão.
- Mekitariana F. F. P., e Angelo M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Sociedade de Pediatria de São Paulo*.

Publicado por Elsevier Editora Ltda. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>
0103-0582/.

Mendes AP (2018). Impacto da notícia de doença crítica na vivência da família: Estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 182–189. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0163.

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. I., & Schumacher, K. L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC,

Meleis, A. e Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*.

Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. e. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Mar 2];23(1):12-28*. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.

Ministério da Saúde. (2017). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.

Mcclement, S.; Fallis, W. & Pereira, A. (2009) - Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(3): 233–40.

Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152.

OLIVEIRA, Sameiro [et al] - Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida Significado das Experiências Referência - *Revista de Enfermagem*, vol. III, núm. 9, março, 2013, pp. 115-124 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [livrocj_deontologia_2015_web](#)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico Cirúrgica- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros (2017a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Parecer Nº 09/2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1–3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_Transporte.

Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer nº10/2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1-4 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico Cirúrgica- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e Orientações. Circular Normativa CN-CD/2018/2 de 18-10-2018 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiroespecialista_procedimentos_orient.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas. Cuidados à Pessoa em Situação Crítica Dependente de Suporte Extracorporal de Vida: Um desafio para a prática especializada. ISBN: 978-989-8444-53-0.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 1–30. consultado em: [transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf](#).

Phaneuf, M. (2003). Tendências atuais da formação em Enfermagem. In GADBOIS, C. – Gestão, formação e investigação em Enfermagem: partilha de experiências. Vol 2. Coimbra: Direção de Enfermagem dos HUC.

Ramos R. M. V., Coelho S. P. F., Ferreira M. C. S., Oliveira J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo Experiences of the Family of the Critically ill: a qualitative study *Cadernos de Saúde* [Vol. 10 [Número 2 [2018 [pp. 5-10 [<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230> 5.

Ratti A, Pereira MTF, Centa ML. A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Fam. Saúde Desenv.* 2005 Jan-Apr;7(1):60-8.

Regulamento n.º 361/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26

Regulamento nº556/2017 (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 200 (17-10-2017) (23636-23638) <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>.

Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão *diário da República* nº 21/2018-01-30.

Regulamento n.º 226/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra -Hospitalar *Diário da República*, 2.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2018 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9271/regulamento-n%C2%BA-223_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf.

Regulamento nº 429/2018 de 18 de fevereiro de 2011. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em

situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série, n.º135 (16-07-2018). 19359– 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República II Série, nº26 (16-02-2019) (4744-4750) <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Regulamento nº743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25 (128–155) <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Relvas A. Intervenção sistémica em Portugal. In: S Neves. Psicologia em Portugal. Coimbra: Quarteto; 2003.

Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.

Santos, et al. (2018). A importância da comunicação no atendimento pré-hospitalar: um olhar da enfermagem. In Anais do II congresso de urgência e emergência de Sergipe: os desafios na assistência multiprofissional em emergências. Aracaju. 978-85-5722-060-7. Disponível em <https://www.even3.com.br/anais/iicongressoue2017/68358-aimportancia-da-comunicacao-no-atendimento-pre-hospitalar--um-olhar-daenfermagem/>.

Serrano, M. T. P.; Costa, A.S.M.C.; Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. III Série, nº1 p. 15-23.

Silva L. F. & Casarini K. A. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UCI. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 20(2), 37-54.. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213753>.

Silva, E., Mendes, A. & Antunes S. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>.

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Tennyson c. d. (2019). Family presence during resuscitation: Updated review and clinical pearls. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.004>.

Thompson, D. R., Hamilton, D. K., Cadenhead, C. D., Swoboda, S. M., Schwindel, S. M., Anderson, D. C., Petersen, C. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine*, 40(5), p. 1586–1600.

Tíscar-González V. et al. (2017). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. 0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier Espana, S.L.U.

Toy J. (2023). Family-Witnessed Cardiopulmonary Resuscitation During Emergency Department Cardiac Arrest Care: A Resident Perspective . Volume 82, no. 2 : August 2023 *Annals of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.01.027>.

Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>.

A perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na
paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar

ANEXOS

ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ESS+

A perspectiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no Extra-Hospitalar.

Uma revisão integrativa

Autores: M. Inês de Almeida e M. Helena Costa

ESS+

Enquadramento

- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- O enquadramento da família é mais um dos aspectos da intervenção de enfermagem em situações de emergência, sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.

ESS+

Enquadramento

- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.

ESS+

Questão de Investigação

Qual o impacto da intervenção de enfermagem com a presença da família em situações de emergência, durante a PCR, em contexto extra-hospitalar?

Objetivo da Investigação

- Identificar a perspectiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre a presença da família durante a PCR no extra-hospitalar, assim como compreender a importância dessa presença no mesmo contexto.

ESS+

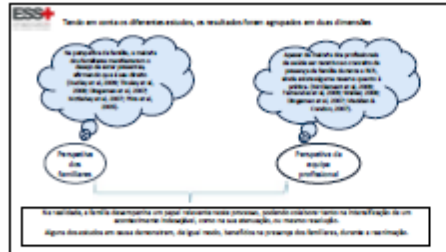
Enquadramento

- O enquadramento da família em situações de emergência, durante a PCR, em contexto extra-hospitalar, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.
- A intervenção por parte de equipas multi e multi-disciplinares com a presença da família, justifica-se eticamente e legalmente sendo a mesma fundamentada em: a) evidência científica; b) princípios éticos; c) princípios deontológicos; d) princípios legais; e) princípios deontológicos.

ESS+

Metodologia - Pesquisa Avançada

- A pesquisa bibliográfica foi realizada nos meses de Junho de 2022 e Julho de 2022, em bases de dados eletrónicas (PubMed, Scopus e Web of Science).
- A base teórica utilizada incluiu: "interdisciplinary research" AND "emergency medical services" AND "family" AND "nursing care".
- Definiram-se como critérios de inclusão artigos escritos em português, inglês e espanhol e artigos referentes à população adulta.
- Eliminaram-se 10 artigos que, depois de aplicados os critérios de inclusão, não foram considerados para a análise.



ESS+

Desvantagens da presença da família

- A família pode interferir durante a prestação de cuidados e aumentar o stress por parte dos profissionais de saúde (McCormack et al., 2006; Miller, 2006; Singman et al., 2007; Tracy-Gonzalez V et al., 2010).
- Os níveis de stress de equipa são mais elevados pela presença da família (Tracy F et al., 2010; Tracy-Gonzalez V et al., 2010).
- Certos estudos sugerem uma percepção, relatada que os níveis de stress na equipa são maiores, quando a família está presente (Watts, Spurr, Cox & Davidson, 2010; McCormack et al., 2009; Tracy et al., 2010).
- Aumento da carga emocional dos familiares, quando ocorre resuscitação antes da prestação de cuidados e situações semelhantes para a família (Fernandez et al., 2009; McCormack et al., 2009; Singman et al., 2007; Skidmore & Gordon, 2007).

ESS+

Benefícios da presença da família

- A presença da família é benéfica, no sentido em que torna os cuidados mais humanizados (Gjigjic et al., 2011; Nel, 2009; McCormack, Potts, & Pearce, 2009; Lewis, 2009).
- Aumenta a presença de vida (Gjigjic et al., 2011).
- Aumenta a confiança e a satisfação, reduzindo a ansiedade e a sensação de abandono (Tracy F et al., 2010).
- As famílias relatam que foi fácil de lidar para cuidar e ser membros da família (Tracy et al., 2009; Potts, 2002; Swinney et al., 2007).

ESS+

Recelos da equipa profissional

- Os profissionais em quem se aproximam mais que os seus colegas no sistema de saúde não são os profissionais.
- Com a família presente que foca em mais desvantagens da equipa.
- Com a presença da família há uma percepção de uma maior ansiedade e equipa por sua situação.
- Os profissionais relatam maior que a presença da família é difícil a realização das manobras. (Tracy-Gonzalez V et al., 2010)
- Promover o conforto e a calma na equipa, aumentando a carga de trabalho.
- Trabalho em conjunto entre os membros da equipa.
- Proceder a queixas. (Carr R. A. et al., 2008)

ESS+

Benefícios da presença da família

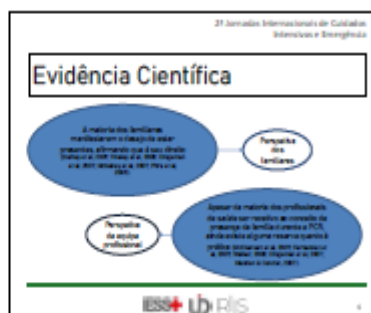
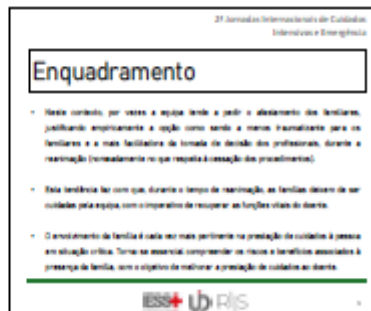
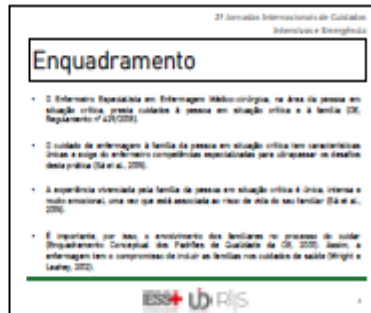
- A presença da família durante a paragem é observada como um direito, bem como a participação no cuidado da família e no resuscitação (Gjigjic et al., 2011).
- Reduz-se uma fonte de informação crítica pertinente durante toda a situação de paragem (Tracy F et al., 2010).
- Mais os níveis de stress são menores, associados a maior sensação de conforto nos familiares que estiverem presentes (Tracy et al., 2009; Tracy F et al., 2010; Tracy-Gonzalez V et al., 2010).

ESS+

Discussão

- Muitos estudos sugerem a importância da participação dos familiares no momento de stress na presença da família durante a RCP.
- Relatam, como vantagens da presença da família durante a paragem, menores níveis de stress pela proximidade, estabilidade e maior sensação de conforto nos familiares que estiverem presentes (Tracy et al., 2010).
- Relatam que os níveis de stress na equipa são mais elevados pela presença da família (Tracy F et al., 2010; Tracy-Gonzalez V et al., 2010).
- Os membros da família que testemunham um evento de RCP sentem que não há nada que possam fazer para evitar esse evento (Tracy-Gonzalez V et al., 2010; Emergency Nurses Association (ENA), citado por Gjigjic et al., 2009; Tracy et al., 2009).

ANEXO II: COMUNICAÇÃO ORAL



29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Evidência Científica

Na realidade, a família desempenha um papel relevante neste processo, podendo colaborar tanto na identificação de um acontecimento indesejado, como na sua atenuação, ou mesmo resolução.

Alguns dos estudos em causa demonstram, de igual modo, benefícios na presença dos familiares, durante a reanimação.

ESS+ UB RIJS

29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Receios da equipa profissional

- Promover desconforto stress na equipa aumentando a carga de trabalho;
- Interferir a comunicação entre os membros da equipa;
- Possíveis agressões;

(Carril A et al, 2017)

- Que os seus ações ou palavras sejam mal interpretadas;
- Que a família considere que houve um mau desempenho da equipa;
- Que a morte do familiar seja consequência de uma má atuação, culpabilizando a equipa por isso;
- Que a presença de familiares dificulte a realização das manobras;

(Thorn-Sorenson V et al, 2017)

ESS+ UB RIJS

29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Benefícios da presença da família

- Ajuda no processo de luto (Figgings et al., 2017);
- Ajuda a enfrentar a realidade, entendendo a finalidade para a reanimação, evita a sensação de abandono (Jabre P et al, 2018);
- É uma fonte de informação clínica pertinente durante toda a abordagem à pessoa em situação crítica (Jabre P et al, 2018);
- Torna os cuidados mais humanizados (Figgings et al., 2017; Pei, 2019; McCannet, Patis, G, Pereira, 2019; Meala, 2019);
- A presença dos familiares durante a reanimação é observada como um direito, bem como a participação na tomada de decisão sobre a reanimação (Figgings et al., 2017).

ESS+ UB RIJS

29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Conclusão

- Nenhum estudo mostrou diminuição de satisfação dos familiares ou aumento do stress na presença da família durante a RCI, assim como os níveis de stress da equipa não são influenciados pela presença/ausência da família (Thorn-Sorenson V et al 2019; Carril A et al, 2017);
- Reforça, como vantagens de presença da família durante a reanimação, menores níveis de stress pós-traumático, entendido e maior sensação de conforto nos familiares presentes, e é uma fonte de informação clínica pertinente durante toda a abordagem à pessoa em situação crítica (Jabre P et al, 2018);
- Os membros da família que testemunharam um evento de RCI sentiram que tudo teria sido tentado para salvar seu ente querido (Thorn-Sorenson V, et al, 2019; RINA, citada por Figgings et al, 2019; Tronley et al., 2018).

ESS+ UB RIJS

29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Desvantagens da presença da família

- A família pode interferir durante a prestação de cuidados aumentando a ansiedade e stress por parte dos profissionais de saúde (Thorn-Sorenson V et al, 2019; McCannet et al, 2019; Meala, 2019; Orgeron et al., 2017), embora que os níveis de stress na equipa são maiores quando a família está presente (Mullis, Dupont, Sire, G, Davidenko, 2010; McCannet et al, 2019; Tronley et al, 2018);
- Aumento de carga emocional dos familiares (Pernanteiro et al, 2019; McCannet et al, 2019; Orgeron et al, 2017; Mealen G Cordeiro, 2017);
- Os profissionais temem que a família considere que a morte do familiar seja consequência de uma má atuação e refreiam tal razão que a presença de familiares dificulte a realização das manobras (Thorn-Sorenson V et al, 2017);

ESS+ UB RIJS

29 Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

Conclusão

- Não existe diferença significativa entre a presença ou não presença da família na mortalidade e sobrevida do doente, bem como no tempo e tipo de procedimentos de reanimação (Figgings et al, 2017);
- A comunicação utilizada pela equipa pode ser uma das barreiras para a compreensão do cenário de reanimação sentidas pelos familiares (RINA, citada por Figgings et al, 2017), esta problema pode ser, de algum modo, ultrapassado pela relação com um profissional diretamente dedicado ao apoio à família;
- Há pouca ou nenhuma evidência que indique que a presença da família seja prejudicial para a pessoa em situação crítica, para a família ou para a equipa de saúde. Há evidências de que a presença do familiar não interfere com atuação da equipa de profissionais, referido que a presença da família durante os procedimentos resuscitativos ou reanimação deve ser oferecida como opção à família (RINA, 2019);

ESS+ UB RIJS

ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO

**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: A perspetiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiopulmonar extra-hospitalar.

Enquadramento: O enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica deve desenvolver competências que lhe permitam prestar cuidados de qualidade individuais e holísticos, atingindo os padrões de qualidade propostos, tornando assim a família um foco de cuidados (OE, 2019). Os profissionais de saúde, no âmbito do extra hospitalar, são frequentemente confrontados com o desafio de prestar cuidados a pessoas no seu próprio domicílio e na presença dos familiares. Desta forma, a família estar presente durante a reanimação cardiopulmonar pode ajuda-la a entender que foram realizados todos os procedimentos necessários para manter a vida do seu familiar, oferecer a oportunidade para um último adeus e ajudar essa pessoa a compreender a realidade da morte, ser uma fonte de informação clínica pertinente durante toda abordagem á pessoa em situação crítica (Jabre P. et al, 2013). Assim, com o estudo pretende-se descrever a perspetiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre os riscos ou benefícios durante a PCR na presença da família no extra hospitalar. Será desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, baseado no método de focus group. Os dados serão obtidos através de uma entrevista semiestruturada, realizada por videoconferência durante o mês de março, a enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com experiência na prestação de cuidados no extra-hospitalar, a prestarem funções nas Viaturas de Médicas de Emergência e Reanimação ou nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. Com os resultados obtidos, pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a presença da família durante a PCR no extra-hospitalar, assim como, compreender a importância da presença da família perante uma situação PCR, em contexto extra-hospitalar.

Explicação do estudo: Será desenvolvido um estudo qualitativo, com recurso à metodologia de *focus group*. Para o focus group, prevê-se reunir enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (n=8) com experiência na prestação de cuidados no extra-hospitalar, a prestarem funções nas Viaturas de Médicas de Emergência e Reanimação ou nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. Existirá videoconferência e terá por base uma entrevista semiestruturada, agendada numa data possível para todos os intervenientes. A Reunião será orientada pela investigadora principal e observada pelo orientador do projeto de estudo. Os dados serão gravados em formato de áudio e vídeo, após autorização de todos os participantes, e será transcrita para formato de texto para posterior análise de conteúdo.

(Considerando o tipo de estudo especificar os benefícios, os riscos e os custos para os participantes, bem como as precauções consideradas no projeto. Mencionar os procedimentos de garantia do anonimato, privacidade e confidencialidade de todas as partes envolvidas, procedimentos de obtenção do consentimento informado, procedimentos de armazenamento e conservação dos dados. Mencionar a voluntariedade de participação no estudo. Deve estar mencionada ainda a existência ou não de conflitos de interesse)

Condições e financiamento: Não estão previstos condições e financiamento para o estudo.

Confidencialidade e anonimato: Será mantido a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

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**

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXO IV: GUIÃO *FOCUS GROUP*

A perspectiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar

A perspectiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar

Guião orientador para a realização de focus group

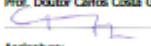
- De que forma a presença da família pode interferir na prestação de cuidados durante a PCR;
- Quais os sentimentos experiênciados durante a RCR na presença da família;
- Quais os riscos e benefícios para a família da presença durante as manobras de RCR;
- Quais os riscos e benefícios para os profissionais de saúde da presença da família durante as manobras de RCR;
- Qual a vossa opinião sobre o processo de luto da presença de familiares durante as manobras de RCR;
- Quais os cuidados que o EEEMC deve prestar à família após recuperação de circulação espontânea ou certificação do óbito

ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

A perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória no extra-hospitalar



**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 014/2022	Código: 2022.016	Data: 26 de maio 2022
Título do estudo de investigação A perspetiva dos enfermeiros especialistas médico-cirúrgica acerca da presença da família na paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar		
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: L1 – Resposta Humana ao Processo de Saúde/Doença		
Investigador responsável: Sandra Patrícia Pinto de Sá		Protocolo (se aplicável): N/A
<p>A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relatório 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 e Abel Martins.</p>		
Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/> Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>
Resumo do Parecer/Recomendações: O projeto de investigação pertinente e relevância para a temática em estudo. CONCLUSÃO Parecer favorável		
Pelo que se submete à consideração superior.		
Data: 26 de maio de 2022	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:	

