



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

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

Ana Lúcia Valente Pinho

PROCESSO TRANSACIONAL DO
SOBREVIVENTE DA DOENÇA CRÍTICA E
FAMÍLIA

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

PROCESSO TRANSACIONAL DO SOBREVIVENTE DA DOENÇA CRÍTICA E FAMÍLIA

Relatório Final de Estágio

Ana Lúcia Valente Pinho

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

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

O caminho foi longo, mas repleto de pessoas incríveis que nele se cruzaram.

Um primeiro agradecimento especial à Professora Doutora Liliana Mota. Por tantas partilhas e ensinamentos, pela assertividade que me fez evoluir e pelo carinho e compreensão na minha caminhada. Agradeço pela orientação inspiradora e pela energia que transformou desafios em motivação.

À minha família, que me apoia sempre em tudo, que me motiva diariamente para me superar e conquistar todos os meus sonhos. Obrigada por acreditarem em mim.

Ao Bruno, o meu porto-seguro e amor incondicional que me dá asas para voar. Obrigada pelo abraço na hora certa e sobretudo pela paciência e amparo nos dias mais difíceis. Cada conquista ao longo deste percurso académico é, na verdade, nossa.

Ao enfermeiro gestor David, agradeço por todo o apoio demonstrado durante o meu percurso académico, por incentivar o meu crescimento e valorizar o meu potencial.

À Mara e à Raquel, enfermeiras que me ensinaram tanto. Agradeço cada momento, cada sorriso e todo o apoio no meu percurso académico. Que o vosso amor contagiante pela enfermagem e pelo saber, perdure sempre.

Aos meus amigos que acompanharam esta minha jornada sempre com animo e motivação, por cada palavra e abraço.

Aos participantes desta investigação, expresso a minha gratidão pelo vosso empenho e dedicação de tempo. A vossa contribuição foi fundamental para o desenrolar deste estudo que enriquece a Enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ANI – Índice de Analgesia e Nociceção
BIS – Índice Bispectral
BPS – Escala Comportamental da Dor
CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*
CFU – Consulta de *Follow-Up*
CVC – Cateter Vascular Central
Dp – Desvio Padrão
DVE – Derivação Ventricular Externa
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal
EEG – Eletroencefalograma
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EQ-5D – *European Quality of Life 5 Dimensions*
ERIH – Equipa de Reanimação Intra-hospitalar
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ETIH – Equipa de Transporte Inter-hospitalar
FC – Frequência cardíaca
FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral
HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*
IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde
IMC – Índice de Massa Corporal
M – Média
MCDT – Exames Complementares de Diagnóstico e/ou Terapêutica
MFIS – Escala de Impacto da Fadiga Modificada
MFR – Medicina Física e Reabilitação
MMSE – *Mini Mental State Examination*
MRC – *Medical Research Council*
NIRS – *Near Infrared Spectroscopy*
OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAM – Pressão Arterial Média

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PIC – Pressão intracraniana

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PtiO₂ – Pressão Tecidual de Oxigénio

PTSS-14 – *Post-Traumatic Stress Scale-14*

PVC – Pressão Venosa Central

RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPS II – 2ª Classificação da Fisiologia Aguda Simplificada

SjO₂ – Saturação Venosa Jugular

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SOFA – Avaliação Sequencial da Falência de Órgãos

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPICI – Síndrome pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SPICI-F – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos – Família

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia Computadorizada

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TOF – *Train of Four*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

UPP – Úlcera por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VPP – Variação da Pressão de Pulso

VPS – Variação da Pressão Sistólica

VIII

RESUMO

As elevadas taxas de sobrevivência da pessoa em situação crítica nos últimos anos são reflexo da excelência, sofisticação e atualização incessante do conhecimento. O internamento e os cuidados prestados em contexto de unidade de cuidados intensivos podem ser longos, múltiplos e invasivos, pelo que podem deixar sequelas, tanto para a pessoa em situação crítica como para os seus familiares/cuidadores. O desenvolvimento de sequelas que afetam a qualidade de vida, durante a vivência de um processo complexo de transição saúde/doença, enfatiza a importância de uma cultura direcionada para o acompanhamento dos doentes e seus familiares durante e após o internamento em cuidados intensivos. Desta forma, o enfermeiro, como elemento facilitador nos processos de transição, potencia uma recuperação funcional refletindo-se na melhoria da qualidade de vida e reinserção social. O estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II realizado em contexto de Cuidados Intensivos e em Consulta de *Follow-up* pós-internamento em Cuidados Intensivos mostraram-se oportunos para melhor compreender todo o percurso da pessoa em situação crítica, com uma visão abrangente das necessidades sentidas desde a admissão, à alta hospitalar e recuperação após a alta. No seguimento da temática, foi desenvolvido o estudo de investigação como objetivo de caracterizar o processo transacional do sobrevivente da doença crítica e família. Este trabalho tem como objetivo caracterizar o processo transacional do sobrevivente da doença crítica e família. Insere-se num estudo de investigação mais abrangente denominado “*Selfcare@Home: Myself_from critical care to home care*” com vista ao desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica de acompanhamento à distância da pessoa pós-internamento em cuidados intensivos e seus familiares/cuidadores. Assente num estudo quantitativo, descritivo, de carácter longitudinal do tipo prospetivo, realizou-se a colheita de dados no período de 07 de dezembro de 2023 a 22 de setembro de 2024, com recurso a um questionário aplicado em cinco momentos distintos: na admissão em unidade de cuidados intensivos; na alta hospitalar; um, três e seis meses após alta hospitalar. A amostra foi constituída por 40 pessoas adultas internadas em unidade de cuidados intensivos com consentimento livre de participação. O presente trabalho de investigação contribuirá para o desenvolvimento de métodos de acompanhamento, representando uma estratégia de melhoria progressiva da qualidade dos cuidados direcionados à pessoa pós-internamento em cuidados intensivos e suas famílias/cuidadores.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Estado Crítico; Doente.

ABSTRACT

The high survival rates of people in critical situations in recent years are a reflection of the excellence, sophistication and constant updating of knowledge. Hospitalisation and care in an intensive care unit are long, multiple and invasive and can leave sequelae for both the person in critical condition and their family/carers. The development of sequelae, affecting quality of life after experiencing a complex health/disease transition process, emphasises the importance of a culture geared towards monitoring patients and their families during and after intensive care hospitalisation. Thus, the nurse, as a facilitator in the transition process, promotes functional recovery, reflected in improved quality of life and social reintegration. The nursing internship for the critically ill person I carried out in the context of Intensive Care and in a Follow-up Consultation after admission to Intensive Care proved to be opportune to better understand the entire journey of the critically ill person, with a comprehensive view of the needs felt from admission to hospital discharge and recovery after discharge. Following on from this theme, the research study was carried out with the aim of characterising the transactional process of the survivor of critical illness and their family. It is part of an ongoing research study called "Selfcare@Home: Myself_from critical care to home care" in order to develop a technological tool to accompany people after they have been admitted to intensive care and their families/carers remotely. Based on a quantitative, descriptive and correlational longitudinal prospective study, data was collected from 5th December 2023 to 22nd September 2024, using a survey conducted at five different stages: on admission to the intensive care unit; at hospital discharge; one, three and six months after hospital discharge. The sample consisted of 40 adults hospitalised in an intensive care unit who freely consented to participate. This research will contribute to the development of follow-up methods, representing a strategy for progressively improving the quality of care for people after admission to intensive care and their families/carers.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Intensive Care Unit; Nursing care; Critical Illness; Patients.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos participantes em função do estado civil e nível de escolaridade	75
Tabela 2: Distribuição dos participantes em função da atividade laboral	76
Tabela 3: Distribuição dos familiares em função das variáveis sociodemográficas	76
Tabela 4: Estatística descritiva do potencial de reconstrução de autonomia	78
Tabela 5: Estatística descritiva do nível de dependência no autocuidado dos participantes	79
Tabela 6: Estatística descritiva do número de participantes com algum tipo de dependência no autocuidado	80
Tabela 7: Estatística descritiva do risco de desenvolvimento de UPP (Escala de Braden)	81
Tabela 8: Estatística descritiva do estado nutricional dos participantes	82
Tabela 9: Estatística descritiva do nível da força muscular dos participantes	83
Tabela 10: Estatística descritiva do risco de queda (Escala de Morse)	83
Tabela 11: Estatística descritiva da função cognitiva (MMSE)	85
Tabela 12: Estatística descritiva do nível de fadiga cognitiva dos participantes (MFIS)	85
Tabela 13: Estatística descritiva do nível de fadiga física dos participantes (MFIS)	87
Tabela 14: Estatística descritiva do nível de sobrecarga do familiar/cuidador	88
Tabela 15: Estatística descritiva dos recursos hospitalares e particulares utilizados	89
Tabela 16: Estatística descritiva dos recursos financeiros do agregado familiar	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fases da colheita de dados.....	70
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	25
1.1. <i>Estágio em contexto de Cuidados Intensivos.....</i>	<i>25</i>
1.2. <i>Estágio em contexto de Consulta de Follow-up pós-internamento em Cuidados Intensivos.....</i>	<i>28</i>
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. <i>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</i>	<i>31</i>
2.2. <i>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</i>	<i>32</i>
2.3. <i>Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	<i>36</i>
2.4. <i>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</i>	<i>38</i>
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	41
3.1. <i>Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	<i>41</i>
3.2. <i>Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica.....</i>	<i>50</i>
4. Considerações finais.....	55
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	57
1. Resumo	59
2. Abstract	61
3. Fundamentação/enquadramento teórico	63
4. Finalidade e objetivos	67
5. Metodologia	69
5.1. <i>Desenho do estudo</i>	<i>69</i>
5.2. <i>Considerações éticas</i>	<i>74</i>
6. Resultados	75
6.1. <i>Caracterização sociodemográfica da pessoa em situação crítica.....</i>	<i>75</i>

6.2.	<i>Caracterização sociodemográfica do familiar/cuidador</i>	76
6.3.	<i>Admissão na Unidade de Cuidados Intensivos</i>	77
6.4.	<i>Potencial de Reconstrução de autonomia</i>	78
6.5.	<i>Autocuidado</i>	79
6.6.	<i>Compromisso nos processos corporais</i>	80
6.7.	<i>Familiar cuidador</i>	88
6.8.	<i>Recursos</i>	89
7.	Discussão	91
8.	Conclusão	103
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	117
	ANEXO I: TABELA DE INCOMPATIBILIDADES MEDICAMENTOSAS	119
	ANEXO II: COMUNICAÇÃO ORAL “NECESSIDADES DOS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	123
	ANEXO III: E-POSTER “O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	125
	ANEXO IV: COMUNICAÇÃO ORAL “INSTILAÇÃO DE SOLUÇÃO SALINA NORMAL EM DOENTES COM VIAS AÉREAS ARTIFICIAIS INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS”	127
	ANEXO V: COMUNICAÇÃO ORAL “INFORMAÇÃO RELEVANTE NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DOS CUIDADOS INTENSIVOS PARA O INTERNAMENTO”	129
	ANEXO VI: QUESTIONÁRIO SELF CARE@HOME – MYSELF FROM CRITICAL CARE TO HOME CARE	131
	ANEXO VII: PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO/ COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	141
	ANEXO VIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	143

INTRODUÇÃO

O presente relatório final de estágio, com componente de investigação, enquadra-se na unidade curricular Estágio à Pessoa em Situação Crítica II, do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Visa à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota.

Pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 é conferido o grau de mestre aos que demonstrem domínio de conhecimento sustentado e fundamentado, motivado pelo desenvolvimento de resoluções para problemas, com recurso à investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018). O mesmo decreto enquadra no ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, o desenvolvimento de trabalhos de projeto originais em contexto de estágios de natureza profissional a ser objeto de relatório final (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018). O primeiro momento de estágio de natureza profissional em contexto de Cuidados Intensivos decorreu entre os dias 2 de outubro e 7 de dezembro de 2023 e o segundo momento de estágio em contexto de Consulta de *Follow-up* (CFU) pós-internamento em Cuidados Intensivos decorreu de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024, com a realização de 220 horas cada um.

A constante atualização dos conhecimentos em saúde torna-se elementar quando se trata da prestação de cuidados de qualidade. Contextualizando a complexidade e gravidade da pessoa em situação crítica, a exigência de conhecimento e cuidados é ainda maior. A busca pela formação contínua nesta área, vem da necessidade dos profissionais de saúde se manterem atualizados sobre as melhores práticas e avanços científicos de forma a garantirem cuidados de excelência e seguros. Tal motivou todo o desenvolvimento e empenho ao longo do percurso académico.

Apesar da preocupação crescente com a pessoa em situação crítica, existem fatores potenciadores do desenvolvimento de sequelas a nível físico, cognitivo e emocional, resultantes de procedimentos altamente invasivos, internamentos prolongados, necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e sedação prolongada, distanciamento do meio familiar e falta de contacto com o meio exterior bem como por fatores intrínsecos ao doente como idade, perfil socioeconómico, comorbilidades prévias ao internamento (Moraes et al.,

2024). Este desenvolvimento ou intensificação de sequelas caracteriza-se por Síndrome pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

Apesar dos dados epidemiológicos nacionais e internacionais sobre a incidência de SPICI serem escassos, Rohr e seus colaboradores (2021) afirmam que pelo menos 50% das pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos (UCI) desenvolvem SPICI, com impacto direto na qualidade de vida, nas atividades de vida diária, nos relacionamentos, no trabalho e mesmo no meio familiar. As disfunções físicas são as mais comuns podendo atingir 20 a 80% dos sobreviventes da doença crítica (Rohr et al., 2021). Manifesta-se principalmente através da fraqueza muscular com dificuldades na mobilização e locomoção. Estima-se que 30 a 80% das pessoas pós internamento em UCI desenvolvam sequelas ao nível da cognição como alterações da memória, défices de atenção, lentificação cognitiva e presença de *delirium* e alucinações (Rohr et al., 2021). Já as sequelas emocionais apresentam-se menos evidentes (10 a 50%) com o desenvolvimento de ansiedade, depressão e stresse pós-traumático (Rohr et al., 2021).

Ao longo de todo o período de internamento e no pós-internamento, as famílias também são confrontadas com desafios e podem igualmente desenvolver Síndrome pós-Internamento em Cuidados Intensivos - Família (SPICI-F), consequência de exaustivas visitas hospitalares, sentimentos de ansiedade, preocupação, angústia e impotência (Moraes et al., 2024).

Com base na problemática descrita, mostra-se crucial a existência de um acompanhamento adequado e sistemático da pessoa e da família/cuidador pós-internamento em UCI de forma a “mitigar o risco do declínio neuropsicológico e funcional que a doença crítica induz” (Sousa, 2022, p. 20).

Neste sentido, o desenvolvimento deste estudo de investigação tem como objetivo caracterizar o processo transacional do sobrevivente da doença crítica. A investigação apresentada é contributo para o estudo intitulado “*Selfcare@Home: Myself from critical care to home care*”. Este projeto visa o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica destinada a apoiar e capacitar, de forma remota, os sobreviventes da doença crítica e/ou seus familiares/cuidadores, justificando assim a sua pertinência e relevância.

Foi desenvolvido um estudo de investigação descritivo, assente num paradigma quantitativo, de carácter longitudinal do tipo prospetivo, uma vez que se pretende explorar e descrever as características da amostra, quantificar e analisar fenómenos de interesse.

Tendo em consideração o impacto das transições saúde/doença nos indivíduos e suas famílias, bem como os desafios a que estão expostos, o desenvolvimento do estudo de investigação foi fundamentado conceptualmente na teoria das transições de Afaf Meleis (2010).

A transição é um processo dinâmico desencadeado por uma mudança que, tem sido alvo de estudo ao longo dos anos com especial preocupação no momento da alta hospitalar para o domicílio. Segundo Meleis (2010) este é um conceito teórico central da enfermagem. Com os conhecimentos e competências inerentes à profissão, o enfermeiro assume um papel de facilitador nas transições saudáveis, promotoras da saúde e bem-estar com ganhos na qualidade de vida.

O percurso de investigação apresentado em forma de relatório final encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte, relativa à componente de estágio, apresenta um breve enquadramento dos contextos de estágio, seguida da análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de especialização de Enfermagem à PSC desenvolvidas, concluindo com considerações finais. A segunda parte do documento narra o percurso de investigação desenvolvido. Inicia com a apresentação do resumo do trabalho desenvolvido, seguindo-se a fundamentação e enquadramento teórico, a finalidade e objetivos propostos, a metodologia aplicada, os resultados, a discussão segundo uma análise descritiva considerando o estado de arte existente e por último a conclusão.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

No presente capítulo é feita uma breve contextualização relativa aos estágios realizados no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, essencial para a compreensão de todo o percurso de desenvolvimento de competências avançadas, bem como do processo de investigação realizado.

1.1. *Estágio em contexto de Cuidados Intensivos*

O estágio em contexto de cuidados intensivos realizou-se num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Portugal.

Aquando da abordagem da pessoa internada numa UCI, importa ter presente fatores como a vulnerabilidade e o nível de dependência, o tempo médio de internamento, a necessidade de cuidados permanentes por profissionais altamente especializados e o uso de equipamentos altamente complexos e diferenciados (ACSS, 2024).

O SMIP abrange cuidados intermédios e intensivos, recebendo doentes de nível II e III. Constituído por duas alas A e B com dezasseis e doze camas respetivamente, onde existem 6 quartos de isolamento com possibilidade de pressão atmosférica positiva e negativa.

A gestão de toda a equipa de enfermagem é realizada pelo enfermeiro gestor, que lidera um total de cento e cinco enfermeiros, dos quais doze especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco especialistas em Enfermagem de Reabilitação e dois especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

São cumpridos os rácios enfermeiro/doente recomendados no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem n.º 743/2019 de um enfermeiro para cada dois doentes se este de nível II e um enfermeiro por doente se este de nível III (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). O mesmo regulamento recomenda que 50% da constituição das equipas de enfermagem “sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EMC), preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019, p. 144).

Devido a um processo de escusa à realização de horas extraordinárias por parte das equipas médicas, houve a necessidade do encerramento de camas, sendo que durante todo o período de estágio apenas esteve em funcionamento a ala A com dezasseis camas disponíveis para internamento. Por turno estavam escalados quatorze enfermeiros dos quais um enfermeiro

coordenador que é sempre enfermeiro especialista das várias áreas de especialidade. A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica recomenda que “o profissional com melhor formação para chefiar e coordenar equipas de enfermagem em serviços de Medicina Intensiva ou de Cuidados Intensivos é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.3). Eram ainda escalados dois enfermeiros para a equipa de reanimação intra-hospitalar (ERIH) e dois enfermeiros de reabilitação, apenas nos turnos diurnos como recomendado (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). Além destes, era designado um enfermeiro para dar apoio à equipa de transporte inter-hospitalar (ETIH) de doentes emergentes e urgentes provenientes do serviço de urgência (SU).

Relativamente à estrutura física, o SMIP situa-se no segundo piso com uma relação de proximidade com a urgência, serviço de radiologia, bloco operatório e unidade de cuidados intermédios como recomenda a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2024). Todas as suas instalações e áreas de trabalho são de estilo moderno e altamente tecnológicas.

Na sua maioria o serviço é iluminado por fonte de luz natural e tem a particularidade de ter renovação completa do ar a cada seis minutos como recomenda a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), após período pandémico provocado pelo vírus SARS-Cov-2, a existência de uma taxa de renovação de ar total não inferior a 10 renovações por hora (ERS, 2021).

Cada unidade tem acesso a 360º da pessoa em situação crítica e é cuidadosamente preparada antes da admissão, pelo que é realizada a verificação de uma *checklist* de forma a evitar falhas e erros de funcionamento de aparelhos tecnológicos, que são previamente montados e testados. É responsabilidade do enfermeiro coordenador especialista verificar se tal é cumprido por forma a gerir e antecipar possíveis falhas, maximizando a segurança tanto do doente como dos profissionais de saúde. É igualmente responsabilidade do enfermeiro coordenador garantir que os carros móveis preparados para dar resposta a situações específicas como o carro de emergência, carro de via aérea difícil, carro de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), carro de tratamentos/pensos e carro de cateterização com material para colocação de cateter vascular central (CVC), cateter arterial, cateter epidural, cateter femoral para realização de técnica de substituição renal, cateter para avaliar a pressão intracraniana (PIC) e cateter de monitorização hemodinâmica cardíaca *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO), estão corretamente montados e equipados de forma a garantir celeridade na atuação à pessoa em situação urgente/emergente.

Na área central do serviço encontra-se uma zona de trabalho ampla onde existe uma central de monitorização de acordo com as recomendações da ACSS sobre técnicas para instalações

de UCI, que privilegia a existência de um “posto de vigilância centralizada e registos, implantado em posição central de forma a favorecer a visualização e acesso imediato aos doentes” (ACSS, 2024, p. 9).

O respeito pela privacidade e intimidade da pessoa em situação vulnerável como a pessoa em situação crítica é um tema sensível e de reflexão na área da saúde. Motivado pela estrutura física e funcional do serviço, com quartos individuais, este dispõe de uma vigilância personalizada a cada doente à distância, com recurso a vídeo apenas com captação de imagem por unidade. Nas recomendações técnicas para instalações de UCI da ACSS, sempre que se justifique (impossibilidade de comunicação visual direto do posto de vigilância centralizado entre o enfermeiro e o doente) pode existir vigilância de vídeo garantindo a não gravação de imagem e/ou consentimento da recolha de imagem no caso de doentes conscientes (ACSS, 2024). O ecrã para a visualização das imagens em tempo real encontra-se no posto de vigilância centralizado, de acesso apenas a profissionais de saúde.

Há uma zona de preparação e armazenamento de fármacos com acesso a circuito de vácuo para envio de amostras para o laboratório e outros serviços de forma rápida.

Fora da área clínica situam-se as áreas de apoio como a biblioteca, o gabinete do enfermeiro gestor e do diretor do serviço, a copa dos doentes, o secretariado com sala de espera, uma sala de comunicação de más notícias, a rouparia, um armazém de farmácia e um armazém de material clínico, a copa e vestiários dos profissionais e uma área técnica de armazém de equipamentos. Cada ala tem uma área de despejos e existe apenas uma área de sujos comum.

Todos os acessos de entradas e saídas no SMIP são cuidadosamente controlados com abertura de portas eletrónicas através do cartão de identificação individual de cada trabalhador segundo recomendações em vigor (ACSS, 2024).

O programa informático utilizado pelo serviço é o PatientCare®, que substituiu recentemente o programa BSimple ICU®.

Tendo em conta o contexto de estágio estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Promover práticas de qualidade, estabelecendo estratégias pró-ativas integradas em programas de melhoria contínua, com vista à prevenção e controlo de infeção associada ao cateter vascular central;
- Identificar focos de instabilidade e intervenções de enfermagem avançadas no cuidado à pessoa em situação neurocrítica.

1.2. Estágio em contexto de Consulta de Follow-up pós-internamento em Cuidados Intensivos

O estágio em contexto de CFU da pessoa pós-internamento em cuidados intensivos realizou-se num SMIP de uma ULS de Portugal.

Após um internamento em Cuidados Intensivos, seja longo ou curto, o doente e a sua família podem desenvolver um Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos, que se caracteriza “por alterações físicas, cognitivas e psiquiátricas, que têm o potencial de levar à redução da qualidade de vida dos pacientes e, muitas vezes, também de seus familiares” (Robinson et al., 2019, p. 405-406).

A CFU constitui uma ferramenta fundamental de trabalho com o objetivo de “conhecer a prevalência de complicações/sequelas físicas, funcionais, psicológicas e sociais e o seu impacto na qualidade de vida dos clientes; identificar de forma precoce as sequelas resultantes da doença crítica e do internamento” (Sousa, 2022, p. 27) de forma a melhor encaminhar o doente e sua família, implementar precocemente estratégias e intervenções direcionadas às necessidades apresentadas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024).

A equipa que integra a CFU é constituída por quatro enfermeiros do SMIP, especialistas nas várias áreas de especialização (1 especialista em EMC na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Incorporam igualmente a equipa 2 médicos intensivistas a exercer funções no SMIP. Fazem parte da rede de referência multidisciplinar intra-hospitalar os serviços de Medicina Física e Reabilitação (MFR) constituída por médicos fisiatras, terapeutas da fala e fisioterapeutas, bem como os serviços de Neurologia, Psicologia, Psiquiatria, Cirurgia e Nutrição que colaboram como elementos de referência e acompanhamento durante e após o internamento no SMIP.

Esta consulta é referenciada a todos os doentes com internamento no SMIP, que estiveram sob sedação e analgesia e/ou ventilação mecânica invasiva/não invasiva por um período igual ou superior a 48 horas e/ou desenvolveram algum sinal e sintoma de SPICI.

A consulta está estruturada em 4 momentos de avaliação: consulta até ao 6º dia após a alta do SMIP realizada em ambiente hospitalar e os restantes momentos de avaliação realizam-se ao 1º, 3º e 6º mês após a alta do SMIP no serviço de consulta externa. Aquando do momento da consulta, se o doente ainda permanecer internado na mesma instituição, a avaliação é feita em contexto de internamento hospitalar. Em cada avaliação há um

momento de consulta médica e de enfermagem com recurso ao sistema informático PatientCare®, adaptado para cada consulta com recurso a questionários e escalas validadas. Tendo em conta o contexto de estágio e o tema da componente de investigação, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as necessidades de informação sentidas pelo enfermeiro no momento da transição do doente da Unidade de Cuidados Intensivos para a enfermaria e desenvolver estratégias colaborativas de melhoria;
- Identificar as intervenções de enfermagem que melhor respondem às necessidades manifestadas pela pessoa após internamento em UCI: colaboração na elaboração do Modelo de Acompanhamento de Enfermagem.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas independentemente da área de domínio de especialidade. Estas compreendem a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019) que, juntamente com o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC nas várias áreas de especialização, integram um regulamento da prática avançada da enfermagem.

Neste capítulo serão abordadas estas competências desenvolvidas no decorrer dos estágios tendo em consideração as experiências vivenciadas com base num pensamento crítico-reflexivo.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio de competências, cabe ao enfermeiro especialista um papel diferenciador e oportuno na responsabilidade acrescida que o seu exercício profissional exige, seguro e ético, com habilidades de tomada de decisão, garantindo o respeito pelos direitos humanos e a gestão de situações potencialmente comprometedoras para a pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

Ao longo do período de estágio, procurou-se garantir cuidados de enfermagem de qualidade a todos os doentes, zelar pelos cuidados prestados, criando e mantendo um ambiente seguro, privado e confidencial, priorizando sempre a pessoa em situação crítica, profissionais, família/cuidador e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais da profissão.

Vários são os desafios a que o enfermeiro se encontra exposto diariamente e a sua gestão deve sempre focar aquelas que são as orientações e o compromisso assumido para com a sociedade, estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), instituídos pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O respeito pelos valores universais e individuais e a proteção da liberdade e da dignidade de cada doente estiveram presentes na atuação interdisciplinar, permitindo lidar de forma adequada em situações de maior complexidade.

A tomada de decisão na observância dos princípios, valores e normas deontológicas constituem parte fulcral no domínio da responsabilidade profissional ética e legal. O respeito

pela dignidade, confidencialidade, individualidade, autonomia da pessoa, a valorização das suas crenças e valores devem fazer parte do processo de deliberação e ponderação do enfermeiro especialista, aquando do planeamento e realização de intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Apesar da complexidade do ambiente em UCI torna-se essencial que o enfermeiro seja capaz de construir estratégias de resolução de problemas em conjunto com o doente, família e restante equipa multidisciplinar, na base do diálogo e na tomada de decisão ponderada e conjunta, respeitando assim igualmente o direito à autonomia do doente e do consentimento informado.

A enfermagem, como profissão e ciência do conhecimento, desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade de vida da pessoa alvo dos cuidados. Garantir a qualidade e a segurança dos cuidados é uma obrigação ética e investir na melhoria contínua da prática da enfermagem repercute-se em ganhos em saúde (Ribeiro et al., 2017). Esta realidade é explanada por Ribeiro e seus colaboradores (2017), onde enfatiza uma prestação de cuidados acessível e equitativa, mantendo um nível profissional ótimo, de acordo com os valores éticos e deontológicos.

No decorrer do estágio, todas decisões foram baseadas na melhor evidência científica disponível, tendo consciência da importância em garantir um cuidado digno e humano. Simões e Sapeta (2019) reforçam a importância destes valores na recuperação do bem-estar do doente, visto ajudar a “restaurar o equilíbrio da mente do paciente, ajudando-o a perceber como está e como pode vir a ser” (Simões & Sapeta, 2019, p. 246). Assim, numa perspetiva de continuidade de cuidados, o exercício profissional com base nestes princípios durante o internamento em UCI influenciará a condição física, psicológica e cognitiva e a gestão de sequelas a estes níveis no doente e suas famílias após a alta.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade em saúde pode ser descrita como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo (...). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 16).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, melhorar continuamente a qualidade na área da saúde significa pautar os cuidados segundo estratégias preventivas e promotoras numa cultura inclusiva, sustentável e segura para os doentes e famílias (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O enfermeiro especialista tem um papel fundamental no desenvolvimento de práticas de qualidade e segurança, sendo responsável pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua pelo que existem protocolos, instruções de trabalho e procedimentos de atuação diária, de forma a garantir a eficiência, precisão e a consistência de cada profissional. Durante a realização do estágio em contexto no SMIP, houve oportunidade de participar ativamente nas funções de enfermeiro coordenador no controlo da segurança das várias áreas do SMIP.

A importância de uma prática de cuidados voltada para a segurança do doente remete obrigatoriamente para a existência de protocolos e instruções de trabalho em cuidados de saúde. Estudos demonstram que a existência de protocolos “pode ser um aliado importante para a melhoria da qualificação dos profissionais mediante a tomada de decisão assistencial, pois proporciona a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado, favorecendo assim, uma assistência mais segura” (Lima et al., 2021, p. 3).

O enfermeiro especialista com funções de coordenação, incentiva e audita diariamente a correta aplicação e execução dos mesmos assegurando a prestação dos melhores cuidados e assim implementar uma cultura voltada para a transparência e segurança entre as equipas, com a possibilidade de otimizar a qualidade e a eficiência dos cuidados, garantir a manutenção dos padrões da prática profissional, incentivar e apoiar o desenvolvimento contínuo dos profissionais bem como mantê-los atualizados segundo a prática baseada na melhor e mais atualizada evidência científica (Zangão & Bilro, 2022).

O controlo das condições de armazenamento e preparação de fármacos, bem como a gestão e registo próprio de fármacos estupefacientes é igualmente responsabilidade do enfermeiro coordenador. A Ordem dos Farmacêuticos recomenda a existência de circuitos especiais na gestão de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos que, “pelas suas características ou por imperativos legais requerem um controlo apertado” (Ordem dos Farmacêuticos, 2019, p. 7). Este deve ser realizado pelo enfermeiro com evidência diária do controlo efetuado em comunicação com a farmácia hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos, 2019).

Os riscos em saúde existem e a gestão dos mesmos tem sido uma prática estudada e cada vez mais aplicada, por se tratar de “uma abordagem aos riscos a que o paciente está submetido nos serviços de saúde, permitindo a identificação e avaliação desses riscos, bem como o desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los” (Fusari et al., 2021, p. 2) .

Neste campo de atuação o enfermeiro coordenador colabora na sensibilização dos colegas para a importância de comunicarem e registarem os riscos que identificam e/ou ocorrem, bem como, faz parte integrante na equipa de elaboração de planos e estratégias de

prevenção de novas ocorrências. O enfermeiro coordenador é então responsável por registar/apoiar o registo no programa de gestão de risco hospitalar HER+ (*Health Event & Risk Management*) tendo sempre presente o desenvolvimento de uma cultura de segurança para o doente. Este sistema de notificação para identificação de risco tem como objetivos “diminuir/eliminar as causas chave, assim como a ocorrência de eventos adversos que possam desenvolver problemáticas para o centro hospitalar” (RISI, n.d., "Gestão de Risco Hospitalar"), permitindo assim uma melhoria contínua dos processos. No registo de cada ocorrência é necessário identificar a natureza da mesma, as ações implementadas e sugestões de melhoria. Este tipo de gestão de risco permite um maior controlo de eventos adversos, um acompanhamento de ocorrências com o retorno aos profissionais da informação que “podem assumir a forma de alterações de procedimentos, recomendações de boas práticas e definições de medidas de segurança” (RISI, n.d., "Gestão de Risco Hospitalar"), sem nunca se demonstrar pejorativo para o profissional de saúde. Com a efetividade desta cultura de gestão de risco e indicadores em tempo real e de fácil utilização, os benefícios traduzem-se igualmente na redução de custos e melhoria da credibilidade institucional.

Um dos objetivos específicos proposto, em contexto do estágio em CFU, foi a identificação das necessidades de informação sentidas pelo enfermeiro no momento da transição do doente da UCI para a enfermaria e desenvolver estratégias colaborativas de melhoria.

A transição dos cuidados é um momento vulnerável, propício à perda de informações que garantem a continuidade dos cuidados prestados (Hervé et al., 2020). O risco acresce em contexto de transição de cuidados do doente da UCI para a enfermaria, visto se tratar de um doente com maior complexidade e fragilidade. Identificar as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros do internamento, na garantia da continuidade do cuidado, revelou-se fundamental e de importância elevada para uma prestação de cuidados contínua, segura e de alta qualidade.

Em concordância com a pertinência desta temática, realizou-se um estudo de investigação qualitativo, descritivo e exploratório, por intervenção de um *Focus Group*, envolvendo 11 enfermeiros peritos na área do cuidar do doente do foro médico, a exercer funções nos serviços de Medicina Intensiva e Medicina Interna. O estudo visou compreender o teor da informação partilhada entre enfermeiros da UCI e os do internamento dos serviços médicos, na transição do cuidado de enfermagem da pessoa pós-internamento na UCI e assim perceber as lacunas existentes.

Da análise dos dados emergiram cinco domínios distintos de informação onde as falhas eram mais evidentes, agrupados por processos segundo a Ontologia de Enfermagem: processo

cardiorrespiratório (ventilação e limpeza das vias aéreas), processo neuromuscular (estado de consciência, força muscular, equilíbrio estático e dinâmico, comunicação verbal), processo do sistema tegumentar (pele e dispositivos médicos), processo do sistema gastrointestinal (deglutição, digestão, eliminação intestinal) e processo familiar (preparação da família).

Os enfermeiros foram unânimes relativamente à importância da informação na elaboração de planos de cuidados adequados e adaptados às condições reais de cada doente.

Na transição do cuidado, a comunicação entre os profissionais, assume-se como um evento vulnerável para a perda de informações críticas nos domínios dos processos corporais cardiorrespiratório, neuromuscular, familiar e dos sistemas tegumentar e gastrointestinal. Acredita-se que este estudo contribua para a análise da qualidade da informação partilhada na transição do cuidado entre os enfermeiros da UCI e os do internamento e para a implementação de estratégias que visam a melhoria dos processos de transição. Contudo considera-se importante a realização de outros estudos abordando o valor da informação e a possibilidade de ser reproduzido do ponto de vista quantitativo.

Este estudo permitiu perceber quais as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros do internamento relativamente aos processos envolvidos bem como inferir que na comunicação verbal é utilizada muitas vezes linguagem complexa e a informação escrita informaticamente é extensa, de difícil compreensão e exige muito tempo para a sua análise. Por forma a desenvolver estratégias colaborativas de melhoria, em conjunto com o programa informático em vigor no SMIP, foi feita uma reestruturação da nota de alta de enfermagem gerada pelo programa, de maneira a concentrar e organizar a informação considerada importante e pertinente pelos enfermeiros para a continuidade dos cuidados, sob orientação do Despacho n.º 2784/2013 do Ministério da Saúde sob proposta da Comissão para a Informatização Clínica, que normaliza os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem das unidades de cuidados intensivos (Despacho 2784/2013 de 20 de fevereiro, 2013).

Foi igualmente possível perceber a relevância de uma partilha de informação entre enfermeiros de reabilitação dos serviços envolvidos ao processo de transição, pelo papel importante que desenvolvem diariamente na recuperação do doente. Neste sentido, foi realizada uma proposta ao desenvolvimento de uma transição direta de informações entre enfermeiros de reabilitação.

Torna-se fundamental a realização de uma ação de formação em serviço aos enfermeiros do SMIP de forma divulgar os resultados, alertar e sensibilizar para a importância de uma passagem de informação verbal precisa, oportuna, objetiva e completa, utilizando técnicas recomendadas como o ISBAR, com ênfase na importância de uma comunicação efetiva na

prevenção da omissão de erros de informação (Norma 001/2017 de 8 de fevereiro, 2017). Esta formação não ocorreu pelos desígnios impostos pelo limite temporal de estágio, mas será realizada posteriormente.

A divulgação da investigação passou pelo desenvolvimento de um artigo científico, intitulado “*Content of information shared between nurses on discharge from intensive care*” e encontra-se em análise a aguardar revisão na revista científica *Dimensions of Critical Care Nursing*.

“A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 16).

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

“O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 1).

É competência do enfermeiro especialista a gestão de cuidados ao nível da otimização e articulação dos níveis de resposta das equipas, ajustar e adaptar os recursos, sejam eles humanos ou materiais às situações e aos contextos vividos, tendo sempre a garantia da máxima qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

Segundo o recomendado no parecer conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro coordenador/responsável de turno deve ser um enfermeiro especialista “enquanto profissional melhor preparado e com competências na área da gestão” (Ordem dos Enfermeiros, 2017a, p. 2).

Foram muitas as oportunidades de exercer funções como enfermeiro coordenador e alcançadas competências no que respeita ao domínio da gestão dos cuidados, de prioridades e necessidades mais urgentes/emergentes do doente crítico, gestão dos fluxos e organização dos enfermeiros e assistentes operacionais, bem como na gestão de toda a área clínica e não clínica assessoria ao serviço, fulcral para o bom funcionamento do mesmo, visto por todos como um elo de ligação entre os vários grupos e serviços hospitalares.

A adaptabilidade a um estilo de liderança é talvez uma das competências que mais dificuldades apresenta pela responsabilidade inerente e a ambição de o fazer de forma justa e impessoal. O reconhecimento pelos pares do seu papel e funções que cada membro da

equipa desempenha, facilita a adaptação e promove processos de mudança (Pires et al., 2023). É neste campo da gestão que o enfermeiro especialista também tem destaque, influenciando positivamente a introdução de inovação na prática especializada. “Esta é, portanto, uma competência que requer inúmeros conhecimentos, habilidades e atitudes para garantir que os objetivos sejam atingidos por meio de pessoas inspiradoras” (Pires et al., 2023, p. 2).

Relativamente à CFU, o enfermeiro especialista colabora na tomada de decisão no processo de cuidar. Com base na colheita de dados em consulta através da aplicabilidade de escalas, é possível “identificar ou priorizar problemas, apoiar a tomada de decisão clínica, monitorizar alterações no estado de saúde ou classificar a resposta aos tratamentos de forma sistemática ao longo do tempo” (Palma & Gomez Diaz, 2024, p. 298) de forma a avaliar situações de melhoria ou agravamento e posteriormente a necessidade de ajustes do plano terapêutico. Nos quatro momentos previstos de avaliação em contexto de consulta de *follow-up* do doente crítico, o enfermeiro aplica escalas como o Índice de Barthel que avalia o grau de independência da pessoa para realizar atividades de vida diária, a Escala de Coma de Glasgow para avaliação do nível de consciência, o instrumento de avaliação da disfagia Tridis, a Escala de Braden que avalia o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, o *Mini Mental State Examination* (MMSE) que examina de forma breve da função cognitiva, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) que avalia os níveis de ansiedade e depressão, a escala *Post-Traumatic Stress Scale-14* (PTSS-14) avalia sintomas de transtorno de stress pós-traumático e a escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ-5D), um instrumento de medição da qualidade de vida relativamente ao estado de saúde. A aplicabilidade destas escalas pelo enfermeiro tem como principal finalidade diagnosticar sequelas resultantes do internamento em cuidados intensivos nos domínios físico, mental e cognitivo com relevante importância no impacto na qualidade de vida das pessoas. Para além do uso de escalas melhorar a continuidade e eficácia dos cuidados, estas asseguram a personalização dos cuidados prestados às reais necessidades de cada doente, rentabilizam o tempo de consulta e melhoram a comunicação entre pares e equipas multidisciplinares (Palma & Diaz, 2024). Assim, ao implementar escalas validadas, o enfermeiro consegue sinalizar atempadamente as necessidades e referenciar cada doente para outros prestadores de cuidados de saúde em parceria com a equipa médica, usando os recursos disponíveis de forma eficiente, para além de se demonstrarem ferramentas fundamentais na realização do diagnóstico diferencial e na implementação de intervenções dirigidas às reais necessidades da pessoa alvo dos cuidados.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista no presente domínio direcionam-se para o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade com base em evidência científica na sua prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

No que respeita ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estas foram desenvolvidas ao longo de todo o percurso, pelo contacto com situações complexas de doença, o que exigiu uma abordagem interdisciplinar e constante atualização de conhecimentos. Envolveu um processo de autoconhecimento e tomada de decisão precisa, visando uma prática clínica baseada na melhor evidência científica, combinada com características e habilidades profissionais e pessoais. Estes aspetos contribuíram para alcançar um desempenho de alta qualidade, promovendo efetivamente a prestação de cuidados de saúde de excelência.

Neste contexto, a prática baseada na evidência apresenta-se como um pilar crucial das sociedades científicas modernas, estabelecendo uma conexão entre os resultados de pesquisas e sua aplicação prática nos casos clínicos de grande complexidade, garantindo uma assistência “por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança (...) implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde” (Pereira, 2021, p. 17). O Enfermeiro Especialista desempenha um papel de facilitador nos processos de aprendizagem e atua como um agente ativo na área da pesquisa (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

A existência de equipas responsáveis pela formação interna em serviço, geridas por enfermeiros especialistas, conduz inevitavelmente a uma prática clínica orientada para a melhor e mais atualizada evidência científica, sendo sua a responsabilidade da elaboração e organização de um plano de formação adaptado às necessidades das equipas.

No SMIP há uma preocupação constante em garantir a qualidade e a segurança, existindo planos formativos contínuos e estruturados envolvendo todos os elementos do serviço.

Neste âmbito do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e colaborativas, a participação na elaboração de um protocolo de auxílio à prática clínica mostrou-se oportuna. Após o diagnóstico da necessidade por parte da equipa de enfermagem no conhecimento de compatibilidades e incompatibilidades medicamentosas dos fármacos mais frequentemente utilizados em perfusão contínua no serviço, foi desenvolvida uma instrução de trabalho em conjunto com o grupo de trabalho responsável pela abordagem da infeção relacionada com

o CVC, no qual o contributo foi a construção de uma tabela de incompatibilidades medicamentosas (Anexo I) que será abordado no subcapítulo 3.2 do presente relatório.

No decorrer do estágio surgiram várias oportunidades em participar no desenvolvimento de projetos de investigação para o serviço e, posteriormente, na divulgação em eventos científicos.

Realizaram-se as 3^{as} Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica, em formato presencial, que decorreu nos dias 28 e 29 de setembro de 2023, e proporcionou uma oportunidade para atualização e aquisição de novos conhecimentos sobre a temática envolta. Permitiu a partilha de conhecimento através da apresentação de uma comunicação oral intitulada “Necessidades dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência” (Anexo II) e de um póster científico em formato de apresentação e-Poster, intitulado “O Papel do Enfermeiro no Acolhimento das Famílias no Serviço de Urgência” (Anexo III). A relevância deste tema prende-se com a realização da unidade curricular Estágio à Pessoa em Situação Crítica I, no contexto de Serviço de Urgência, onde a pertinência da investigação sobre a temática se evidenciou.

Surgiu a oportunidade de participar no 5º Congresso Internacional sobre Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, em formato presencial, que decorreu nos dias 26 e 27 de outubro de 2023 com o contributo de uma comunicação oral intitulada “Instalação de solução salina normal em doentes com vias aéreas artificiais internados em cuidados intensivos” (Anexo IV). Um evento de destaque, que possibilitou a atualização de conhecimento com as mais recentes evidências científicas, tendo em consideração a velocidade com que novos dados surgem diariamente sobre a temática.

Com o igual propósito de disseminar a evidência, foi submetido e aceite sob a forma de comunicação oral o trabalho de investigação intitulado “Informação relevante na transição do cuidado de enfermagem dos cuidados intensivos para o internamento” (Anexo V) no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem, realizado a 6 e 7 de maio de 2024. Estas iniciativas fortaleceram e colaboraram na divulgação de projetos realizados durante os estágios, fundamentais para aprimorar e melhorar a prática clínica, além de contribuir para o reconhecimento como enfermeiro especialista na promoção e manutenção de práticas seguras e de qualidade.

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

Os avanços constantes da qualidade e complexidade dos cuidados de saúde, exigem cada vez mais uma enfermagem especializada e em permanente desenvolvimento técnico e científico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Neste sentido, mostra-se pertinente a análise das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolvidas no decorrer do estágio tendo em consideração as experiências vivenciadas com base num pensamento critico-reflexivo.

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

O cuidar da pessoa e sua família/cuidador a vivenciar um processo crítico de doença pode-se mostrar um desafio para os profissionais de saúde, face à complexidade e vulnerabilidade do doente, exigindo do enfermeiro especialista uma prestação de cuidados especializados e diferenciados, respondendo em tempo útil às necessidades manifestadas de forma holística (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Ao longo do estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica exigiu a aplicação de conhecimentos teóricos para identificar focos de instabilidade clínica e planejar intervenções autónomas e interdependentes. O reconhecimento antecipado de situações de maior instabilidade possibilitou a aplicação de intervenções precoces e a prevenção da deterioração do estado clínico dos doentes.

No decorrer da vivência das experiências que proporcionaram a aquisição de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e suas famílias, destacam-se os cuidados à pessoa em situação crítica do foro neurocrítico. Neste sentido e, por se tratar de uma área de menor experiência profissional e de enorme interesse, foi proposto atingir o objetivo de identificar focos de instabilidade e intervenções de enfermagem avançadas no cuidado à pessoa em situação neurocrítica.

A complexidade de um doente neurocrítico requer ao enfermeiro conhecimentos e competências específicos com o grande objetivo de prevenir lesões secundárias num doente com patologia neurológica primária já instalada, provocada por uma lesão direta do tecido

cerebral (Pinho, 2020) que, “podem causar sequelas funcionais, psicológicas, comportamentais e cognitivas, com papel importante para a reabilitação e dificuldade de reintrodução psicossocial e familiar destes pacientes” (Ribeiro et al., 2019, p. 256).

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na gestão, avaliação e discussão da neuromonitorização e cuidados prestados, participando de forma multidisciplinar com juízo clínico aliado à reflexão e capacidade de tomada de decisão, procurando sempre garantir a prestação dos melhores cuidados de saúde, de acordo com a evidência científica mais atualizada.

A utilização de novas tecnologias é uma realidade cada vez mais comum na enfermagem, sendo considerada como um facilitador do cuidado especializado, com rigor e segurança, permitindo uma maior proximidade e conhecimento da pessoa cuidada (Krel et al., 2022). Assim, Krel e colaboradores (2022) defendem que, associado à avaliação clínica do profissional de saúde, a monitorização tecnológica é essencial para uma prestação dos melhores e mais adequados cuidados de saúde, mas sem a interpretação dos valores e a interligação de conhecimentos técnico e científico da equipa multidisciplinar, estes não ganham valor nos cuidados holísticos especializados.

Com os avanços da ciência e da tecnologia, a monitorização do doente neurocrítico evoluiu igualmente. Atualmente, a neuromonitorização multimodal ganha destaque numa avaliação completa e abrangente. Em complemento ao tradicional exame neurológico com recurso a escalas de nível de consciência como a Escala de Coma de Glasgow, à avaliação de sinais e reflexos focais, à resposta pupilar e padrão respiratório, à tomografia computadorizada (TC), à monitorização da PIC e com a pressão de perfusão cerebral (PPC), a neuromonitorização multimodal é frequentemente associada a outras estratégias mais ou menos invasivas: avaliação do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), do índice bispectral (BIS), a pressão tecidual de oxigénio (PtiO₂), saturação venosa jugular (SjO₂) e a oximetria cutânea cerebral por espectroscopia de infravermelho conhecido como *Near Infrared Spectroscopy* (NIRS). Exames como doppler transcraniano e eletroencefalograma (EEG) contínuo podem igualmente complementar o estudo neurológico.

A procura constante de conhecer o doente do foro neurológico proporcionou o desenvolvimento durante todo o estágio de aquisição de novos conhecimentos e estratégias neuroprotetoras e de gestão de sintomatologia de forma a assegurar uma “intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363).

Dependendo da patologia primária e da evolução clínica da mesma, o doente do foro neurológico pode apresentar alterações na autorregulação cerebral, ou seja, na “capacidade

intrínseca da rede vascular cerebral de proporcionar um fluxo de sangue constante” (Pinho, 2020, p. 210-211). Complicações como hipertensão intracraniana, isquemia e hipoxia cerebral podem acontecer decorrentes da lesão cerebral aguda, tendo o enfermeiro um papel fundamental na identificação de focos de instabilidade, bem como na gestão de intervenções autónomas e interdependentes no controlo do desenvolvimento destas complicações (Pinho, 2020).

Na monitorização neurológica não invasiva destaca-se a avaliação do nível de consciência. O enfermeiro procura acompanhar a evolução do doente através da avaliação da Escala de Coma de Glasgow com verificação da resposta motora, verbal e abertura ocular. Avalia a função muscular como tónus e força muscular, resposta de reflexos a estímulos periféricos procurando sempre posturas responsivas anómalas de descorticação e descerebração (Urden et al., 2022). Avalia igualmente as pupilas quanto ao tamanho, forma, simetria, reatividade à luz e movimentos reflexos, com recurso a um pupilómetro digital para diminuir subjetividade da avaliação (Ribeiro et al., 2019; Urden et al., 2022). A avaliação da agitação é um parâmetro importante no que respeita à recuperação ou detioração do estado de consciência por má oxigenação cerebral (Ribeiro et al., 2019), avaliada com recurso à escala de agitação e sedação de Richmond (RASS).

A gestão da neuromonitorização não invasiva tecnológica necessária para cada doente é da responsabilidade do enfermeiro, com base no pensamento crítico e operacional face aos recursos existentes bem como ao processo anatomofisiológico e patológico existente.

A monitorização invasiva requer uma multidisciplinaridade na sua colocação e manutenção onde o enfermeiro participa ativamente. Desde a manutenção de cateter de PIC, cateter de derivação ventricular externa (DVE) e cateter de monitorização da PtO_2 , bem como na vigilância de drenagens e colheita de líquido cefalorraquidiano através da DVE.

Variações significativas de parâmetros/valores em comparação com avaliações prévias podem indicar alterações clínicas de instabilidade. Uma célere identificação destes focos reflete-se numa gestão atempada da resposta e minimização de complicações.

Durante todo o estágio foi possível desenvolver aptidões relativamente às intervenções autónomas e multidisciplinares do enfermeiro na gestão de focos de instabilidade no doente neurocrítico, com base nas competências que a enfermagem especializada confere na clínica e na mais recente evidência científica.

São diversas as indicações para a presença de monitorização invasiva da pressão intracraniana, tanto pela lesão clínica já instalada como pelo risco elevado de hipertensão intracraniana. A avaliação não invasiva da PIC através de doppler transcraniano, TC,

ressonância magnética ou pupilometria acarreta menos riscos, mas mostra-se muito deficitária e menos eficaz, em detrimento de técnicas invasivas (Urden et al., 2022).

A avaliação através de cateter de PIC deve ser realizada de forma contínua e é representada por uma onda que fornece informação sobre a *compliance* cerebral em forma de gráfico e valor numérico. A gestão do cateter de PIC e monitorização são responsabilidade do enfermeiro, com especial cuidado antes, durante e após procedimentos pelas oscilações provocadas, bem como com a fragilidade do cateter de fibra ótica (Pinho, 2020; Barreto, 2018). O conhecimento pleno sobre a temática fornece ferramentas de interpretação e ponderação na avaliação clínica do doente.

Valores numéricos e curvas de PIC alterados nem sempre representam um agravamento clínico e cabe ao enfermeiro reconhecer a correta montagem e calibração do circuito, posicionar o transdutor externo ao nível do trago para uma correta avaliação (Pinho, 2020; Barreto, 2018), assim como considerar estímulos internos ou externos existentes. Os limites de PIC apropriados são estabelecidos pela equipa médica tendo em conta toda a história e evolução clínica neurológica, sendo o enfermeiro responsável por gerir as intervenções à pessoa em situação crítica conforme objetivo terapêutico estabelecido, conhecendo os limites fisiologicamente saudáveis. Para tal, o enfermeiro demonstra conhecimentos e habilidades de prestação de cuidados diferenciados promovendo essencialmente a antecipação da instabilidade e risco de falência de mecanismos de controlo da PIC.

Conhecer o valor da PIC permite estimar a PPC considerando a equação de subtração entre a pressão arterial média (PAM) e a PIC (Urden et al., 2022). Apesar do valor da PPC ideal variar para cada pessoa, a evidência científica demonstra a existência de neuroprotecção se valores entre 60 a 70 mmHg em adultos segundo *guidelines* internacionais da Brain Trauma Foundation (Carney et al., 2017; Urden et al., 2022).

Aquando de uma lesão cerebral, os mecanismos de autorregulação podem estar comprometidos, dificultando o processo de autorregulação cerebral (Zrelak et al., 2020). “Nesta situação, a PAM muito baixa resulta em isquemia, e por outro lado, se a PAM está muito alta, ocorre edema cerebral com elevação da PIC” (Melo, 2023, p. 33). A otimização da PAM segundo prescrição de intervalos específicos médicos tendo em consideração a pressão arterial basal, pode incluir ressuscitação volémica e o uso de fármacos vasoativos. O enfermeiro tem a responsabilidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, prescritos pela equipa médica com intervalos objetivos de PAM de forma a manter uma PPC e consequentemente o FSC ótimo. Tanto importa controlar a hipertensão como a hipotensão para evitar danos cerebrais secundários. A noradrenalina atua como um importante vasoconstritor, indicada na hipotensão sendo titulada a sua administração segundo valores

alvos de PAM. O manitol 20% e o cloreto de sódio hipertónico são usados no controlo osmolar com um resultado no tratamento da hipertensão intracraniana pelo efeito diurético e através da redução da viscosidade sanguínea, que leva à melhoria do fluxo microcirculatório, resultando na diminuição do volume de sangue cerebral e consequentemente na diminuição da PIC (Carney et al., 2017). A evidência científica demonstra que o grau e a duração da PIC elevada em doentes com traumatismo crânio encefálico (TCE) grave, estão estreitamente correlacionados com piores *outcomes* neurológicos (Dixon et al., 2020). A implementação célere de estratégias de controlo da PIC é essencial e o enfermeiro intervém ativamente na mesma.

A gestão do posicionamento mostra-se igualmente muito importante no controlo da PIC. O enfermeiro deve proporcionar sempre que possível uma posição neutra da cabeça, alinhada com o restante tronco, uma elevação da cabeceira de 30º a 45º e evitar a flexão extrema da articulação coxofemoral de forma a evitar aumento da estase venosa e favorecer a drenagem venosa cerebral, otimizando a PIC assim como a PPC (Pinho, 2020; Ribeiro et al., 2019; Barreto, 2018). Num doente com presença de tubo endotraqueal fixado por um fio de nastro, pode apresentar aumento da PIC devido ao efeito garrote do fio de nastro que impossibilita a devida drenagem venosa cerebral (Urden et al., 2022). A gestão da necessidade de alternância de decúbitos deve ser bem ponderada, executada com suavidade e com especial atenção, aquando do doente com craniectomia descompressiva, à posição da cabeça face à localização da abertura óssea (Urden et al., 2022).

O enfermeiro deve vigiar o status respiratório, a sua adaptação e padrão de forma a detetar antecipadamente sinais de fadiga respiratória, minimizar estímulos dolorosos e intensos como a tosse e a aspiração de secreções de forma a prevenir eventos indesejáveis como a hipoxia ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) que pode induzir a aumento de lesão isquémica cerebral, prevenir a hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) que leva a uma vasodilatação cerebral podendo aumentar o FSC e consequentemente a PIC com hiperemia cerebral e ainda prevenir a hipocapnia, que pode originar vasoconstrição cerebral com diminuição do FSC e da PIC e aumento do risco de hipoperfusão e isquemia (Pinho, 2020; Ribeiro et al., 2019; Barreto, 2018). A recomendação de associar a avaliação da capnografia contínua, permite uma identificação precoce de alterações do dióxido de carbono expirado possibilitando uma intervenção antecipada na prevenção de hipocapnia ou hipercapnia em detrimento da realização de gasometrias arteriais seriadas (Urden et al., 2022).

Relacionada à boa adaptação ventilatória está a otimização de sedação e analgesia. Em associação ao benefício de assegurar uma linha isoeétrica cerebral do doente neurocrítico, a monitorização com BIS serve igualmente para avaliar a profundidade e resposta do doente

face aos fármacos anestésicos (Barreto, 2017). No caso do doente neurocrítico e com o objetivo de minimizar estímulos cerebrais nas primeiras horas após a lesão primária, o valor BIS pode estar entre os 60 e 45, associado a um nível de sedação segundo a escala RASS de -5, que não responde a estímulos sonoros ou físicos, prevenindo assim um estado de agitação (Barreto, 2017).

Relativamente à dor, as escalas numérica e comportamental da dor (BPS), adequadas à condição clínica do doente, demonstram-se ferramentas eficazes na avaliação e controlo da mesma (Barreto, 2017). Existem outras ferramentas tecnológicas que complementam esta avaliação, como o índice de analgesia e nociceção (ANI). Este possibilita uma avaliação do equilíbrio entre o sistema nervoso simpático e parassimpático do doente, permitindo titular a administração de analgésicos, através da avaliação de parâmetros como a frequência cardíaca (FC) e padrão respiratório. Numa escala de 0 a 100, considera-se uma analgesia adequada e um doente sem dor se valores entre 50 a 70. Para valores abaixo de 50, há uma diminuição da atividade do sistema nervoso parassimpático, indicando a existência de dor. Se valores acima de 70 há uma hiperanalgesia, existindo um aumento da atividade do sistema nervoso parassimpático (Egan, 2019). A prevenção e o controlo eficaz da dor mostram-se altamente eficazes no controlo da PIC pela diminuição do stress metabólico cerebral que acentua o edema vasogénico (Barreto, 2017).

O controlo da temperatura corporal torna-se cada vez mais importante no tratamento ao doente com lesão neurológica, sendo na atualidade foco de vários estudos. A hipertermia aumenta a taxa de metabolismo cerebral e vasodilatação, associada a piores *outcomes* podendo provocar aumento do FSC e da PIC. Promover a hipotermia moderada entre os 35°C a 36°C é uma medida que o enfermeiro deve ponderar (Pinho, 2020; Barreto, 2018).

O controlo glicémico encontra-se igualmente associado à prevenção de lesão cerebral secundária, estando recomendado a normoglicemia, de forma a prevenir necrose neural (Pinho, 2020; Barreto, 2018).

A monitorização eletrocardiográfica contínua do doente neurológico é igualmente importante “uma vez que lesões cerebrais graves podem acarretar importantes alterações secundárias no sistema cardiovascular.” (Barreto, 2018, p. 54). O aumento da PIC pode causar disritmias, como bradicardia, que associada à hipertensão arterial sistólica e um padrão respiratório alterado – tríade de Cushing – podem induzir compressão do tronco cerebral (Barreto, 2018; Urden et al., 2022). A taquicardia pode indicar hipovolémia, dor, hipertermia e em casos de lesão cerebral traumática grave está frequentemente ligado a lesão do hipotálamo, associado a desfechos terminais (Zrelak et al., 2020).

A presença de DVE pode ajudar igualmente no controlo da PIC se bem gerida e manipulada. “A prestação de cuidados ao doente com DVE é (...) um cuidado complexo exigindo intervenção especializada pela equipa de enfermagem na área da prevenção da infeção ao utilizar técnica asséptica na manipulação deste dispositivo assim como detectando precocemente complicações” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p.4). A obstrução do sistema e a presença de bolhas de ar podem provocar alterações do valor de PIC pelo que o enfermeiro deve conhecer e avaliar o correto funcionamento de todo o sistema permitindo atuar em complementaridade, proporcionando cuidados seguros e com qualidade. O reajuste da pressão de drenagem pode ser uma medida multidisciplinar a adotar para a otimização da PIC e da PPC (Pinho, 2020).

O controlo da normovolémia com o objetivo de manter a PAM e assegurar a autorregulação cerebral é igualmente uma área de intervenção (Pinho, 2020). O enfermeiro tem ao seu dispor valores como a pressão venosa central (PVC), a variação da pressão sistólica (VPS) e a variação da pressão de pulso (VPP), que podem fornecer informação sobre a necessidade ou não de reposição de volume.

Vigiar os débitos urinários horários, a osmolaridade e densidade urinária são intervenções fundamentais de enfermagem no cuidado direcionado ao doente neurocrítico pelo risco de desenvolver complicações tardias como a diabetes insípida ou síndrome perdedor de sal. O doseamento do sódio nestes doentes é fundamental no diagnóstico e prevenção da hiponatremia e da hipernatremia. Alterações iónicas importantes de cloreto do sódio e de água podem afetar o normal funcionamento do sistema nervoso central (Barreto, 2017).

Durante a realização do estágio houve oportunidade de preparar e acompanhar o transporte do doente neurocrítico intra-hospitalar, que se mostrou um momento de grande complexidade pela instabilidade inerente ao mesmo. Tal exigiu um planeamento crítico focado na antecipação e prevenção de possíveis intercorrências sendo recomendado por alguns autores a existência de uma *check-list* de itens a incluir na preparação e durante o próprio transporte (Zrelak et al., 2020). Importa salientar a necessidade da avaliação contínua da PIC durante todo o transporte e a ponderação da real necessidade da mobilização do doente para outro serviço ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (MCDT) (Barreto, 2018).

A gestão do controlo ambiental também é da responsabilidade do enfermeiro. A realidade da poluição sonora elevada e o excesso de luminosidade de uma UCI podem causar aumento da atividade cerebral resultando num aumento do FSC e consequentemente agravamento da PIC (Barreto, 2017). A promoção de um ambiente calmo e com iluminação controlada,

limita os efeitos potencialmente perturbadores e desagradáveis para o doente (Barreto, 2017).

São vastas as competências do enfermeiro na gestão do doente neurocrítico complexo, tendo este domínio de todo o processo de estabilização e recuperação, com presença ativa nas tomadas de decisão e cooperação multidisciplinar.

Num contexto rico em experiências como o SMIP pode proporcionar, foram desenvolvidos novos conhecimentos e competências em múltiplas outras áreas. A oportunidade de prestar cuidados pela primeira vez a um doente em ECMO, administrar sedação volátil com sevoflurano e o uso de dispositivos como *Sub-Epidermal Moisture Scanner* (avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da humidade subepidérmica), cateter de balão esofágico (sonda esofágica que permite avaliar a pressão transpulmonar de forma a adequar parâmetros ventilatórios), *Train of Four* (TOF) (monitoriza o nível de bloqueio neuromuscular e permite titular a administração de bloqueadores neuromusculares) e a calorimetria indireta (avalia a taxa de metabolismo em repouso e calcula as necessidades energéticas diárias).

Em síntese, o estágio no SMIP proporcionou o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, com recurso à mais recente e melhor evidência científica, que permitiu a identificação de focos de instabilidade e intervir de forma preventiva, eficaz e assertiva em situações oportunas que o exigissem.

No âmbito do estágio em CFU e com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que melhor respondem às necessidades manifestadas pela pessoa após internamento em UCI de forma a colaborar no desenvolvimento do modelo de acompanhamento de enfermagem da CFU, foi realizado um estudo de investigação qualitativo, descritivo e exploratório com metodologia de colheita de dados tipo *Focus Group*. Este contou com a participação de 11 enfermeiros especialistas nas várias áreas e peritos na área de cuidar à pessoa em situação crítica. Todos a exercer funções em serviços de medicina intensiva em 5 ULS do norte do país sendo que na sua maioria (8) realizam consulta de seguimento do doente crítico no hospital onde trabalham.

Previamente a este estudo, já tinham sido identificadas as principais necessidades das pessoas no pós-internamento em UCI (Sousa, 2022) que permitiu a existência de uma discussão orientada por processos psicológico, cardiorrespiratório, neuromuscular e gastrointestinal.

Os participantes identificam o acompanhamento através do diálogo de forma a desmistificar sinais e sintomas de SPICI com a possibilidade de recurso a grupos de apoio e interajuda e a existência de um contacto telefónico direto com a equipa de CFU, estratégias cruciais. O

recurso ao diário clínico e a fotografias de momentos do internamento, revelam-se igualmente importantes na consciencialização e localização de memórias segundo os participantes. O encaminhamento dos doentes para as especialidades médicas direcionadas às necessidades identificadas é, por unanimidade, uma estratégia muito importante durante o acompanhamento do doente em CFU.

Uma estratégia adotada em alguns hospitais é a visita no dia seguinte após transferência para o internamento, de forma a amenizar sinais e sintomas de ansiedade e evitar situações de risco. Neste momento o enfermeiro estabelece com o doente um plano de acompanhamento com objetivos estruturados, de forma a promover a motivação e envolvimento do mesmo no seu próprio processo de recuperação.

Outra estratégia passa pelo iniciar, no caso de não o terem feito durante o internamento hospitalar, ou relembrar, um conjunto de exercícios de reabilitação respiratória ou motora para realização em casa, adaptados e com segurança. A existência de um guia de boas práticas e orientações com exercícios adaptados ao contexto de domicílio com imagens e/ou um suporte informático recorrendo a vídeos, foi uma estratégia amplamente defendida e discutida pelos participantes. Neste campo de atuação, o enfermeiro deve igualmente integrar as famílias como estratégia, sendo estas impulsionadoras do cumprimento dos exercícios no domicílio ao invés de limitarem a atividade do doente com incentivo à mobilidade e potenciar a autonomia.

Tendo a CFU como objetivos os mencionados no subcapítulo 1.2 deste relatório, a procura por melhores e mais eficazes estratégias de ação, tornam-se pertinentes, bem como a partilha entre profissionais de saúde de diferentes hospitais levando à melhoria de processos e procedimentos através de benchmarking. Este conceito nos cuidados de saúde é ainda alvo de estudo para a compreensão da relação com os seus efeitos na melhoria da qualidade dos cuidados. Estudos indicam que este pode estimular beneficemente as instituições no desenvolvimento de melhores intervenções de qualidade (Willmington et al., 2022; Bevan et al., 2019).

Cuidar da pessoa em situação crítica implica um conjunto de dimensões técnicas e humanas durante e, essencialmente, após o internamento. Durante todo percurso de estágio, com maior ênfase em contexto CFU, a comunicação tornou-se não só um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas também um desafio de uma competência avançada interpessoal e profissional na relação com o doente, com a família e entre profissionais de saúde.

A comunicação é crucial em todas as interações humana e no contexto da prestação de cuidados em saúde, esta tem um papel muito importante em todo o processo (Tobin &

Watters, 2020). Desde uma decisão clínica ponderada e multidisciplinar à avaliação holística do doente e da sua família à liderança de equipas colaborativas, é necessária uma comunicação segura e eficaz de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados com o suporte ético e deontológico que a profissão confere (Tobin & Watters, 2020).

O valor de uma tomada de decisão multidisciplinar tem vindo a ganhar bastante importância e consideração por parte das equipas multidisciplinares, mas a consciência crescente da importância de uma parceria com o doente neste processo, está ainda mais presente (Tobin & Watters, 2020). No decurso da CFU esteve sempre presente a visão de parceria profissional de saúde, doente e a sua família, com o objetivo de direcionar todo o cuidado para as reais necessidades existentes, tendo presente a perspetiva, os interesses e objetivos pessoais de cada doente.

Através de uma comunicação assertiva e uma escuta ativa, foi possível criar momentos de partilha com clareza e segurança, culminando numa maior compreensão e compromisso por parte dos doentes e famílias à adesão de processos terapêuticos bem como à mudança comportamental. Camarneiro (2021) reforça a existência uma relação positiva entre o ato de compromisso por parte do doente como uma condição fundamental na adesão ao tratamento prescrito.

Na base de uma comunicação efetiva, importa o desenvolvimento de habilidades como a empatia. Giménez-Espert e colaboradores (2020) defendem que esta, afeta diretamente a qualidade do cuidado prestado ao doente, sendo um preditor de melhores níveis de satisfação e segurança.

Durante o estágio foi possível identificar inúmeras afetações dos processos fisiológicos e psicológicos do ser humano, sequelas estas derivadas do internamento em UCI. Foram estabelecidas relações terapêuticas significativas, com a possibilidade de assistir a evoluções consideravelmente admiráveis, fruto de uma comunicação adaptada, com base no reforço positivo, e na aplicação de estratégias terapêuticas adaptadas ao doente à família, à cultura e comunidade onde está inserido.

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

“As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 5). Estes estão intimamente interligados, resultando num agravamento da doença base, levando ao aumento do tempo de

internamento, da taxa de morbilidade e mortalidade, bem como dos custos em saúde (Gonçalves & Carmo, 2022). “Assim, a prevenção é de extrema importância para a segurança do doente merecendo não só a atenção dos profissionais de saúde, dos administradores, dos gestores e dos governantes, mas também, da sociedade em geral” (Jordão, 2021, p. 28).

É na necessidade do aumento da vigilância epidemiológica promovida pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que o enfermeiro especialista estabelece e implementa estratégias proativas, visando o controlo de infeção e a diminuição da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos tomando parte principal nas auditorias dos pares (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Com os avanços na área da saúde na abordagem à pessoa em situação crítica, surgem cada vez mais procedimentos e dispositivos invasivos que, associados à vulnerabilidade e fragilidade imunológica características de um doente a vivenciar um evento de saúde grave, podem levar ao aumentando do risco de infeção associada aos mesmos (Rocha, 2015).

Em ambiente de UCI, estima-se que o risco de aquisição de uma IACS é 5 a 10 vezes superior comparativamente com outras especialidades, constituindo a maior causa de morte em UCI não coronária (Pinho, 2020).

Das IACS mais comuns, e em íntima associação ao tratamento e à necessidade da presença de dispositivos e intervenções invasivas, é destacada a infeção da corrente sanguínea por exposição a cateter vascular central, que poderá ser minimizada através do cumprimento da norma clínica 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 dos “Feixes de intervenção para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central” (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O CVC é um dispositivo médico invasivo, frequentemente utilizado em doentes críticos que, para além de ser um recurso de administração rápida de fluidos e de vasoconstritores, pode igualmente ser usado na execução de técnicas de depuração renal e na monitorização hemodinâmica venosa (Pinho, 2020).

Considerando a realidade do ambiente e cultura em UCI, o recurso a estratégias de prevenção e controlo de infeções, revelam-se imprescindíveis e eficazes na sua contenção (Pinho, 2020).

O SMIP alberga uma cultura de segurança e controlo de infeção de excelência, onde existem protocolos e instruções de trabalho, atualizados e de livre de consulta para todos os profissionais regerem a sua prática clínica. No que respeita ao CVC, o SMIP tem normalizados protocolos de colocação, manuseamento e manutenção do mesmo, segundo a mais recente evidência científica.

Durante o contexto clínico foi possível observar uma padronização quanto à colocação de cateteres de 5 lúmens praticamente a todos os doentes que necessitassem de um acesso vascular central. A literatura defende que “antes da colocação de CVC deve ser avaliada a necessidade da sua utilização e registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar o CVC com o número mínimo de lúmen adequado à situação do doente” (Direção-Geral da Saúde, 2022, p. 3). Foram questionados os enfermeiros acerca da temática pelo que se concluiu que, tal acontecia devido há grande variedade e quantidade de medicações em perfusão contínua e as inúmeras incompatibilidades medicamentosas existentes. Foi possível ainda perceber que existe uma grande lacuna no conhecimento de compatibilidades e incompatibilidades medicamentosas o que, pelo desconhecimento, poderá levar os profissionais a optarem por um cateter com maior número de lúmens de administração.

Uma das causas conhecidas de bacteriemias associadas a acessos vasculares é a “contaminação direta do cateter e/ou porta de acesso, através de mãos, fluidos ou materiais contaminados” (Pinho, 2020, p. 170). Numa UCI a necessidade de várias perfusões medicamentosas por via endovenosa de forma contínua em simultâneo é constante e a incompatibilidade medicamentosa pode decorrer da interação indesejada física e química durante o processo de preparação ou administração de medicação (Mahendra et al., 2023). Neste sentido há a necessidade de encontrar estratégias para reduzir possíveis erros e assim, capacitar as equipas de enfermagem de informação necessária desde a preparação e administração terapêutica à gestão de acessos vasculares.

No serviço existiam pelo menos 5 tabelas de incompatibilidades medicamentosas, extensas e com muita medicação que não era usada em perfusão contínua o que dificultava a análise das mesmas por parte dos profissionais de saúde.

Foi elaborada uma lista dos fármacos mais utilizados no SMIP em perfusão contínua em conjunto com a mais recente literatura e, com o objetivo de identificar quais as compatibilidades e incompatibilidades mais comuns entre fármacos mais frequentemente utilizados em perfusão contínua pela mesma via em “Y” no SMIP, foi desenvolvida uma tabela de incompatibilidades medicamentosas (Anexo I) de forma a integrar uma instrução de trabalho relativamente às práticas seguras na preparação e administração de injetáveis no SMIP desenvolvida pelo grupo de trabalho responsável. Esta é umas das 10 estratégias de proteção individual e coletiva, suportada pela Norma 029/2012 da Direção-Geral da Saúde atualizada em 2013, denominadas Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de microrganismos, foram sendo cumpridas todas as medidas de controlo de infeção, tendo destaque no SMIP a alocação de

doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), a descontaminação do equipamento clínico e práticas seguras na preparação e administração de injetáveis que, entre outras, são função do enfermeiro especialista a supervisão e auditoria dos processos diários em UCI.

No SMIP é responsabilidade do enfermeiro especialista a gestão de camas e isolamentos dos doentes, de forma a minimizar os riscos existentes, com recurso a quartos individuais.

No entanto, segundo as autoras Jarding e Makic (2021), uma correta higiene das mãos e de forma consistente, é a forma mais eficaz de reduzir o risco de propagação de infeções.

Durante o estágio foram consideradas outras medidas de controlo de infeção como o cumprimento dos procedimentos de descontaminação de materiais e equipamentos clínicos, a realização e a supervisão do processo de limpeza ambiental e das superfícies, a garantia acondicionamento seguro das roupas, assim como a triagem, recolha e armazenamento adequados dos resíduos hospitalares (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As normas estabelecidas, assumem a base de orientação dos protocolos e instruções de trabalho existentes no SMIP para uma prática atualizada e segura. Deste modo, segundo Pina, Ferreira & Sousa-Uva (2019), é fundamental que os profissionais de saúde conheçam quais os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos do doente pois, só assim é possível planear e “intervir com o objetivo de eliminar ou reduzir a um mínimo aceitável as taxas de infeção ou até mesmo eliminar algumas infeções, como é o caso da infeção associada a alguns dispositivos invasivos” (Pina et al., 2019, p. 148). Os autores salientam ainda que a avaliação do risco de infeção deverá ser feita no primeiro contacto com o doente e, posteriormente, de forma periódica durante o restante tempo de internamento, constituindo uma “indiscutível medida de promoção da segurança do paciente” (Pina et al., 2019, p.148).

Essa vertente atribui aos enfermeiros a responsabilidade de um cuidar objetivo e eficaz voltado para a prevenção e controle das infeções. Tal requer conhecimento, formação, treino e o desenvolvendo de capacidades na área, fazendo com que o trabalho dos enfermeiros especializados seja cada vez mais valorizado e indispensável dentro das instituições de saúde (Jordão, 2021). Deve, no entanto, existir um envolvimento multidisciplinar, incluindo todos os membros e líderes “incentivando a uma cultura de comunicação, transparência e segurança” (Direção-Geral da Saúde, 2022, p. 9).

4. Considerações finais

Segundo o parecer n.º 15/2018 do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, baseado nas recomendações para o desenvolvimento de UCI, estes serviços “têm de ser dotados de recursos humanos, (...), enfermeiros, qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 1) realçando a importância e necessidade da formação especializada complementar e o acompanhamento do desenvolvimento crescente da complexidade dos equipamentos técnicos e procedimentos clínicos.

A procura pela qualidade dos cuidados em enfermagem está cada vez mais focada na atuação prática pelo que a realização do estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica II nos contextos de SMIP e CFU possibilitou o desenvolvimento de competências especializadas de atuação, com a atualização contínua de conhecimentos essencial na promoção de uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, garantindo cuidados de qualidade à população alvo.

Tal facilitou a identificação de oportunidades para mudanças e a implementação de intervenções específicas, direcionadas e fundamentadas segundo a melhor evidência científica durante toda a prática clínica, com o objetivo de promover um desempenho de enfermagem de excelência, focado na qualidade e segurança dos cuidados.

Para concluir, prevalecem sentimentos de satisfação e realização pessoal pelo percurso realizado, com a motivação certa pela busca contínua de mais conhecimento e das melhores práticas clínicas, alicerçadas nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A pessoa em situação crítica e a sua família estão expostos ao risco de desenvolvimento de um conjunto de sequelas ao nível físico, cognitivo e psicológico, que advém do internamento em UCI, com impacto negativo na qualidade de vida. O acompanhamento do sobrevivente e sua família desempenha um papel crucial, com impacto significativo no processo de recuperação e no apoio à vivência de transições saudáveis.

Objetivo: Caracterizar o processo transacional do sobrevivente da doença crítica e família através da identificação das necessidades sentidas pós-internamento em UCI.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, de carácter longitudinal do tipo prospetivo com análise de dados recolhidos pela aplicação de questionário em 5 momentos de avaliação distintos: admissão na UCI, alta hospitalar, um, três e seis meses após a alta hospitalar. Foram incluídas pessoas internadas em UCI no período de dezembro de 2023 a setembro de 2024.

Resultados: A amostra foi constituída por 40 participantes o que revelam o desenvolvimento de necessidades associadas ao internamento em UCI a vários níveis de afetação. Realçam-se os dados relativos aos processos corporais alterados. As sequelas físicas como a fraqueza muscular e as dependências nos autocuidados apresentam-se muito presentes no momento da alta hospitalar com melhorias significativas ao longo do estudo, resultando em níveis de fadiga física elevados. Apesar da presença de um familiar/cuidador ser essencial na recuperação da pessoa pós-internamento em UCI, este apresenta sinais de fadiga no que respeita ao impacto da prestação de cuidados na sua vida pessoal, estado de saúde e bem-estar geral.

Conclusão: O desenvolvimento de ferramentas de acompanhamento aos sobreviventes da doença crítica e sua família torna-se imperativo, envolvido numa cultura de apoio e interajuda multidisciplinar com vista ao bem-estar e a uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Resultados de Cuidados Críticos; Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem; Estado Crítico; Doente.

2. Abstract

Background: The critically ill person and their family are exposed to the risk of developing a set of physical, cognitive and psychological sequelae resulting from ICU hospitalisation, with a negative impact on quality of life. Accompanying the survivor and their family plays a crucial role, with a significant impact on the recovery process and support for healthy transitions. It is therefore crucial to provide and develop nursing support models geared towards existing needs, with a focus on promoting quality of life.

Objective: To characterise the transactional process of the survivor of critical illness and their family by identifying the needs felt after admission to the ICU.

Methodology: Quantitative correlational, longitudinal, prospective study with descriptive analysis of data collected through the application of a survey at 5 different assessment moments: admission to the ICU, hospital discharge, one, three and six months after hospital discharge. Patients admitted to the ICU between December 2023 and September 2024 were included.

Results: The sample consisted of 40 participants, which reveals the development of needs associated with ICU hospitalisation at various impact levels. The study presents an extensive set of results in which the data relating to altered bodily processes stands out. Physical sequelae such as muscle weakness and dependence on self-care are very present at the time of hospital discharge, with significant improvements over the course of the study, resulting in high levels of physical fatigue. Cognitive sequelae such as forgetfulness, slowed thinking and difficulty concentrating were less common throughout the study. Although the presence of a family member/carer is essential to the person's recovery after ICU admission, they show signs of fatigue in terms of the impact of care on their personal life, state of health and general well-being. The study also reveals a gap in the referral of survivors after hospital discharge, with delays in starting/continuing physiotherapy treatments as well as in *follow-up* by primary health care teams.

Conclusion: The study reveals a population with needs, deserving of care and attention. The development of tools to accompany survivors of critical illness and their families is imperative, involving a culture of support and multidisciplinary help with a view to well-being and a better quality of life.

Keywords: Critical Care Outcomes; Intensive Care; Nursing Care; Critical Illness; Patient.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A medicina intensiva moderna possibilita cuidar eficazmente um maior número de pessoas em estado crítico permitindo que sobrevivam após uma condição grave de saúde com ameaça de vida (Renner et al., 2023). Esta evolução na medicina intensiva resulta do desenvolvimento das novas tecnologias em saúde nas unidades de cuidados intensivos, com o desenvolvimento de protocolos e diretrizes terapêuticas orientadoras e, ainda, com a atualização contínua dos conhecimentos dos profissionais de saúde (Inoue et al., 2024).

Apesar das taxas de sobrevivência da pessoa em situação crítica pós-internamento em UCI serem indicador da excelência e qualidade dos cuidados, os sobreviventes enfrentam um aumento da morbilidade, possibilidade de reinternamento hospitalar e, ainda, aumento da mortalidade, bem como um declínio prolongado da qualidade de vida e reinserção familiar e social (Renner et al., 2023).

Tanto os sobreviventes como as suas famílias, podem desenvolver problemas de saúde, ou ter um agravamento de problemas pré-existentes, nos domínios físico, cognitivo, psicológico ou social, consequência do internamento em UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Este fenómeno, cada vez mais presente e alvo de investigação, denomina-se Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) para o sobrevivente e Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos – Família (SPICI-F) relacionado com o desenvolvimento de sequelas nos membros da família. “Afeta entre 50 e 70% dos sobreviventes de doença crítica, desenvolvendo-se rapidamente após a admissão em Medicina Intensiva e podendo persistir cinco anos ou mais após o período de hospitalização aguda” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024, p. 10).

O SPICI pode englobar o desenvolvimento de sequelas a vários níveis: cognitivas, apresentadas sob a forma de *delirium*, défice de atenção e de memória; sequelas psicológicas como depressão, perturbações de ansiedade e stress pós-traumático; sequelas físicas marcadas essencialmente pela fraqueza muscular, podendo haver dor associada com afetação das funções básicas como a deglutição, respiração, mobilidade e autonomia pessoal com grande impacto na qualidade de vida dos sobreviventes (Renner et al., 2023; Imanaka et al., 2024).

Dados internacionais revelam que a prevalência de SPICI pode ser de 50 a 70% nos sobreviventes, com taxas de readmissão hospitalar altas, podendo chegar aos 26,5% de

doentes readmitidos nos primeiros 30 dias após alta hospitalar e 63% nos primeiros 12 meses (Stedman et al., 2024).

As famílias podem igualmente desenvolver sequelas de afeção física como exaustão, psicológicas, frequentemente identificadas como ansiedade, depressão e stress pós-traumático decorrentes da vivência de momentos de incerteza, desorganização e rutura de papéis familiares e com a necessidade de tomada de decisões (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). O desleixo pela imagem pessoal, o medo, alterações do padrão de sono e alimentar bem como a diminuição da capacidade laboral mostram-se sinais de alerta importantes com impacto significativo na qualidade de vida dos familiares (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Naef e seus colaboradores (2022) revelam que cerca de 20 a 60% dos familiares apresentam SPICIF, sendo expectável que esta incidência seja ainda maior.

O reconhecimento crescente a nível internacional do síndrome pós-internamento em cuidados intensivos levou ao desenvolvimento de programas de acompanhamento destes doentes sendo considerado um padrão de qualidade exigido (Stedman et al., 2024). É o exemplo do Reino Unido que em 2020, 73,9% das suas instituições hospitalares com UCI disponham de programas específicos de acompanhamento pós-internamento em UCI (Connolly et al., 2021).

Os sintomas de SPICIF podem surgir em qualquer fase de doença crítica aguda, pelo que o acompanhamento durante e após o internamento em cuidados intensivos é identificado como sendo uma prioridade tanto por parte dos sobreviventes, como pelos profissionais de saúde (Dimopoulos et al., 2024).

O risco de desenvolver SPICIF é multifatorial sendo que podem englobar os antecedentes, a gravidade da doença e complicações existentes, o tipo de cuidados médicos e /ou cirúrgicos de suporte de vida associados a períodos de sedação, ventilação mecânica e técnicas de substituição renal a que foi submetido, bem como o stress ambiental a que esteve exposto, o distanciamento do meio familiar e a falta de contacto com o meio exterior (Inoue et al., 2024; Moraes et al., 2024)

Quanto aos antecedentes pessoais, a fragilidade da pessoa, grau de autonomia/dependência e comorbilidades existentes são tidos em maior consideração proporcional a piores resultados (Renner et al., 2023).

Após a alta hospitalar, fatores como limitações físicas, mudanças na aparência corporal, dificuldades para retomar o trabalho e a falta de uma rede de apoio social adequada podem, a longo prazo, levar à diminuição da capacidade física funcional, ao desenvolvimento de

problemas cognitivos e psicológicos com predominância da ansiedade, depressão e stress pós-traumático (Sousa et al., 2024).

Em 2019 cerca de 38% da população portuguesa era portadora de duas ou mais doenças crónicas, denominado de multimorbilidade (Romana et al., 2020). A existência de multimorbilidades está fortemente associada a piores resultados, com aumento do tempo médio de internamento e maiores custos associados (Stewart et al., 2023; Romana et al., 2020). Consequentemente, internamentos prolongados em UCI podem estar associados a longos períodos de sedação com maior probabilidade de desenvolvimento de *delirium* que aumenta o risco de desenvolvimento de SPICI (Imanaka et al., 2024).

Stewart e seus colaboradores (2023) afirmam que sobreviventes de doença crítica com multimorbilidade assumem uma trajetória na recuperação e resultados significativamente piores e com maior incidência de SPICI, comparativamente com doentes sem doenças crónicas previas.

Num estudo recente a uma população portuguesa que incluiu 215 participantes internados em UCI, 49,4% apresentaram sequelas neuromusculares na primeira semana após alta da UCI, diminuindo para 29% após um mês e 7,9% após 6 meses (Sousa, 2022).

A nível internacional, Marra e seus colaboradores (2018) relatam que 64% e 56% dos sobreviventes pós internamento em UCI apresenta sequelas num dos três domínios de afetação aos 3 e 12 meses, respetivamente, após a alta hospitalar; cerca de 25% dos sobreviventes apresentam sequelas em dois dos três domínios de afetação após 3 meses de alta hospitalar e 21% após 12 meses. Ainda 6% e 4% da população em estudo apresentava sequelas nos 3 domínios de afetação 3 e 12 meses após alta hospitalar, respetivamente (Marra et al., 2018).

A vivência de um evento de saúde grave induz mudança pelo que urge necessidade de adaptação na vivência da transição saúde/doença. À luz da teoria das transições de Afaf Meleis (2010), a enfermagem enquanto ciência assume um papel crucial na gestão do processo de transição saúde/doença. Isto deve-se ao facto de serem os profissionais que mais tempo despendem com o doente na prestação de cuidados, detentores de conhecimentos e competências facilitadoras de transições saudáveis, onde o restabelecimento da saúde e bem-estar da pessoa são percebidos como resultados (Meleis, 2010).

Durante o processo de transição, os sobreviventes à doença crítica grave apresentam maior vulnerabilidade e fragilidade podendo haver um maior compromisso do seu estado de saúde.

O acompanhamento da pessoa pós-internamento em UCI através da consulta de *follow-up* é o método disseminado em Portugal e, neste sentido, a Sociedade Portuguesa de Cuidados

Intensivos (SPCI) desenvolveu um grupo de trabalho dedicado ao estudo do *follow-up* no doente crítico com objetivo de incentivar o conhecimento e a investigação na área por forma a elaborar orientações de boas práticas, visto não serem conhecidos resultados quanto à efetividade deste seguimento (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, n.d.).

A literatura existente até ao momento apresenta benefícios do acompanhamento do doente após o internamento em UCI sob a forma de consultas orientadas por enfermeiros (Hanifa et al., 2018). No entanto, vários autores corroboram a falta de evidência científica para suportar recomendações de acompanhamento eficazes e seguras devido à heterogeneidade significativa do tipo de intervenções aplicadas (Dimopoulos et al., 2024) e à necessidade de estudos com grupos mais vastos de doentes (Stedman et al., 2024).

Dada a preocupação da comunidade científica, a procura de estratégias de apoio aos sobreviventes de internamentos em UCI após a alta hospitalar e suas famílias é considerada uma das principais prioridades de investigação justificando o elevado interesse pelo estudo e desenvolvimento de novas estratégias de acompanhamento (Stewart et al., 2023; Hoog et al., 2022).

4. Finalidade e objetivos

Tendo em consideração toda a problemática exposta e com vista ao desenvolvimento de metodologias de acompanhamento da pessoa pós-internamento em cuidados intensivos, o presente trabalho de investigação pretende caracterizar o processo transacional do sobrevivente da doença crítica e família.

Nesse contexto, torna-se essencial identificar os problemas enfrentados pelos sobreviventes e suas famílias, quanto à persistência de sequelas bem como à acessibilidade aos serviços de saúde. O estudo destes fenómenos em vários e distintos momentos permite percecionar a evolução da condição de saúde dos participantes e suas famílias, numa perspetiva temporal ampla, sendo o fator tempo crucial nas transições em saúde.

O desenvolvimento da investigação apresentada insere-se num estudo de investigação mais abrangente denominado *“Selfcare@Home: Myself_from critical care to home care”*. Um projeto com vista ao desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica de acompanhamento, no caso uma *framework* para apoiar e capacitar os sobreviventes e/ou familiares/cuidadores à distância.

5. Metodologia

A metodologia científica conduz o investigador ao desenvolvimento do pensamento crítico, reflexivo e criativo, garantindo sempre a validade e confiabilidade do conhecimento gerado (Silva, 2023).

“A escolha dos métodos e técnicas constitui uma etapa relevante do processo de investigação, aquela em que operacionalizamos, em que concretizamos, uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer” (Álvares, 2020, p. 5).

Nesta linha de pensamento, apresentam-se neste capítulo, as etapas metodológicas adotadas durante o percurso de investigação.

5.1. *Desenho do estudo*

De forma a responder ao objetivo da investigação, optou-se por uma investigação descritiva, assente num paradigma quantitativo, de carácter longitudinal do tipo prospetivo, uma vez que se pretende explorar e descrever as características da amostra, quantificar e analisar fenómenos de interesse.

Do ponto de vista temporal, o estudo contempla a colheita ao longo do tempo em vários momentos: na admissão em UCI; na alta hospitalar; um mês após alta hospitalar, três meses após alta hospitalar e seis meses após alta hospitalar, possibilitando assim a caracterização do processo transacional da população em estudo.

Para o estudo foram considerados todos as pessoas com internamento em unidade de cuidados intensivos no período definido de recolha de dados (Figura 1), que tenham sobrevivido à doença grave, numa ULS no norte de Portugal.

Foram incluídos participantes com idade superior ou igual a 18 anos, que aceitassem participar no estudo de forma livre e consentida, devidamente informados sobre a sua finalidade. Excluídos doentes em estado vegetativo e transferidos para outras unidades hospitalares. No entanto, por se tratar de um estudo longitudinal, a perda de participantes foi inevitável, condicionada pelos múltiplos fatores externos como falecimento, reinternamento hospitalar, transferência para unidades hospitalares e não hospitalares diferentes e impossibilidade de estabelecer contacto presencial e/ou telefónico.

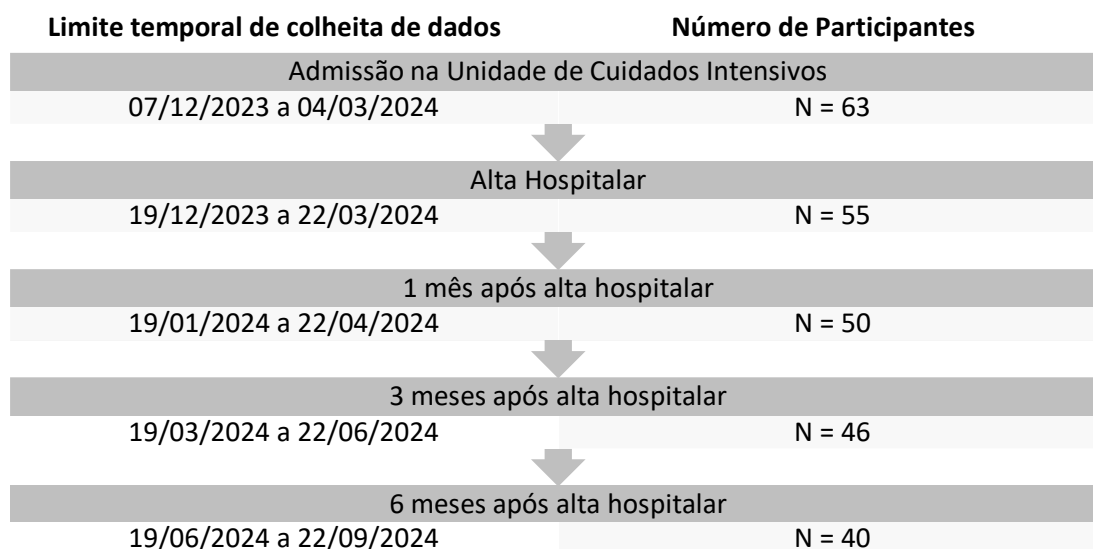


Figura 1: Fases da colheita de dados

Para o estudo foram excluídos todos os dados relativamente aos 13 participantes que não concluíram os cinco momentos de avaliação, ficando definido o grupo amostral final de 40 participantes (Figura 1).

A representatividade da amostra foi garantida através de uma amostragem do tipo não probabilística, de conveniência onde os participantes foram estudados consecutivamente segundo a disponibilidade do investigador.

Em contexto de investigação, em que a intenção é descrever um fenómeno, a opção pela recolha de dados através da aplicação de um questionário é a mais acertada (Álvares, 2021). Assim, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário (Anexo VI), aplicado nos diferentes momentos de avaliação. A totalidade dos dados foi recolhida pelo investigador principal, de forma presencial no momento ou próximo do momento da alta hospitalar, ao primeiro, terceiro e sexto mês em contexto de consulta de *follow-up* do doente crítico. Na impossibilidade de o realizar presencialmente, a colheita de dados foi realizada via telefónica, com uma tolerância de 10 dias. No que respeita a dados sobre o internamento hospitalar, estes foram colhidos através da consulta do processo clínico eletrónico.

A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário de caracterização sociodemográfica, clínico e social do doente e da família, previamente desenvolvido pela equipa de investigadores do projeto principal “*Selfcare@Home – Myself from critical care to home care*” e está dividido em 8 partes distintas, incluindo variáveis principais e secundárias de natureza qualitativa e quantitativa, com questões fechadas de forma a facilitar a sua codificação e análise.

A primeira parte corresponde à caracterização sociodemográfica do sobrevivente e do familiar/cuidador, dados de admissão na UCI seguindo-se a avaliação do potencial de

reconstrução de autonomia, do autocuidado, e dos compromissos nos processos corporais. Numa fase final do questionário é avaliada a sobrecarga do familiar/cuidador e por fim recursos profissionais, não profissionais e financeiros disponíveis.

A caracterização sociodemográfica do participante tem como variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, condição laboral anterior ao internamento e condição laboral no momento da avaliação. Relativamente ao familiar/cuidados acresce o grau de parentesco e coabitação com a pessoa cuidada.

Seguem-se dados relativos ao internamento hospitalar como: o número de dias de internamento hospitalar e em UCI, dias de sob sedação e VMI, a existência de *delirium* durante o internamento. A Avaliação Sequencial da Falência de Órgãos (SOFA) e a 2ª Classificação da Fisiologia Aguda Simplificada (SAPS II) foram alvo de avaliação nos participantes. Estas escalas foram desenvolvidas com a finalidade de classificar os doentes consoante o seu índice de gravidade e risco de mortalidade.

Relativamente ao potencial de reconstrução da autonomia, foi utilizada uma escala com sete variáveis nos domínios físico, cognitivo e psicológico e permite avaliar os recursos individuais determinantes na evolução da condição de dependência (Petronilho, 2016). A escala avalia sete variáveis qualitativas: a consciencialização das mudanças do estado de saúde, a força de vontade expressa para a aprendizagem, a crença demonstrada que é capaz de recuperar, o desejo expresso de se tornar mais independente, a motivação e envolvimento no processo de aprendizagem, a capacidade cognitiva e a capacidade física.

As variáveis foram avaliadas qualitativamente de 1 a 4 (1 – “sem potencial”; 2 – “potencial reduzido”; 3 – “potencial moderado”; 4 – “potencial elevado”). Se a soma da avaliação das 7 variáveis for entre 1 e 7, a pessoa não apresenta potencial de reconstrução de autonomia. Para valores entre 8 e 14, existe um potencial em grau reduzido, entre 15 e 21 o potencial está presente em grau moderado e para valores superiores a 22 num máximo de 28 a pessoa demonstra ter potencial de reconstrução de autonomia em grau elevado (Petronilho, 2016). Para a avaliação do nível de dependência do autocuidado recorreu-se à avaliação de nove domínios: tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, usar o sanitário, alimentar-se, virar-se, transferir-se, andar e gerir regime medicamentoso. Foram avaliados os domínios de necessidade numa escala ordinal de 1 a 4 sendo que 1 corresponde a “dependente, não participa”, 2 “necessita de ajuda de pessoas”, 3 “necessita de ajuda de equipamentos” e 4 “completamente independente”.

No seguimento da avaliação do nível de dependência do autocuidado da pessoa pós internamento UCI, foram igualmente alvo de avaliação os familiares/cuidadores relativamente ao sentimento de competência para cuidar. Estes foram avaliados nos mesmos

nove domínios numa escala ordinal de 1 a 4 sendo que 1 corresponde a “incompetente”, 2 “pouco competente”, 3 “mediamente competente” e 4 “muito competente”.

Os participantes foram ainda questionados sobre o número de medicamentos que estavam a tomar por dia no momento da avaliação.

A avaliação do compromisso existente nos processos corporais assume uma parte fundamental na caracterização da condição de saúde dos participantes do presente estudo, visto poderem constituir elementos condicionadores da recuperação da pessoa no pós-internamento em UCI. Foram abordados compromissos desde a integridade cutânea, a queda, o equilíbrio corporal e mobilidade articular, o estado nutricional e compromisso respiratório, bem como estado de consciência e cognitivo, a dor e a fadiga da pessoa após vivenciar um momento crítico de saúde.

Relativamente à integridade cutânea foi utilizada a escala de Braden, de forma a avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, que integra seis itens de avaliação como perceção sensorial, humidade da pele, atividade física, mobilidade do corpo, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Valores da escala de Braden abaixo de 12 pontos indicam que a pessoa apresenta risco elevado para desenvolver úlcera por pressão (UPP), valores compreendidos entre 13 e 18 apresentam risco moderado e acima de 19 apresentam baixo risco. Neste contexto surge a avaliação do número de UPP existentes e a localização.

Foi igualmente avaliado o estado nutricional nos vários momentos do estudo através de variáveis quantitativas como o peso e altura, podendo aferir o índice de massa corporal (IMC). A desidratação foi avaliada através de sinais e sintomas dos participantes como a sensação de sede constante, oligúria, urina mais concentrada com cheiro intenso, boca seca e presença de cefaleias e/ou tontura. Em risco de desidratação foram considerados participantes com quadro clínico e comportamentos que aumentem o risco de perda de líquidos como doença renal crónica e diabetes, baixo consumo de líquidos e presença de infeções com febre, vómitos ou diarreia associados.

Seguidamente foi avaliada a presença de compromisso nos processos de deglutição, respiratório, a presença de traqueostomias, dispositivos de eliminação urinária, incontinência urinária e ostomias de eliminação.

Relativamente ao compromisso dos processos neuromusculares foi avaliada a força muscular por membros segundo a perceção do sobrevivente numa escala ordinal entre 0 e 5 sendo 0 o valor atribuído a “sem força muscular” e 5 “força muscular normal” com relação de comparação à situação previa ao internamento.

Já a rigidez articular foi avaliada através da percepção do sobrevivente sobre a sensação de que os movimentos articulares estavam limitados ou se existia risco de desenvolver rigidez articular por dor, edemas, deformidades, ou imobilização prolongada.

O risco de queda foi avaliado através da escala de Morse, que integra seis itens: história anterior de queda, existência de um diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e o estado mental. Cada item tem uma pontuação própria sendo que a sua soma pode variar numa pontuação total entre os 0 e os 125 pontos sendo que valores compreendidos entre 0 e 24 representa “sem risco”, entre 25 e 50 “baixo risco” e valores superiores a 51 representam “alto risco” de queda presente.

No seguimento do compromisso neuromuscular, foi avaliado o número de quedas ocorridas desde a última avaliação e o equilíbrio corporal sentado e de pé.

Importa conhecer se existe ou não compromisso no processo neurológico pois, este mostra-se importante no que respeita ao envolvimento e recuperação da pessoa pós-internamento em UCI. Neste sentido foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow e um teste de função cognitiva *Mini Mental State Examination* que avalia as seguintes áreas: orientação temporal e espacial, memória pela retenção e evocação, atenção e cálculo, linguagem e habilidade construtiva. A pontuação total pode variar entre os 0 e os 30 pontos sendo que acima de 25 pontos considera-se como nível cognitivo normal, entre os 21 e 24 pontos suspeita de perda cognitiva leve, entre os 10 e 20 pontos perda moderada e abaixo de 9 pontos, perda grave da função cognitiva.

A dor persistente é um problema presente e frequente no pós-internamento em UCI com impacto significativo ao nível emocional, social e funcional dos sobreviventes. Tem maioritariamente origem em procedimentos invasivos múltiplos, lesões nervosas provocadas pela imobilização prolongada, complicações pós-cirurgias complexas e pelo abuso prolongado de opioides (Rousseau et al., 2021; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Foi avaliada através da aplicação da escala numérica da dor, que consiste numa classificação ordinal de 0 a 10 em que o participante indica o valor que melhor caracteriza a sua dor no momento da avaliação, sendo que 0 significa “sem dor” e 10 “dor máxima, insuportável”.

A fadiga tal como a dor pode ser igualmente impactante na recuperação de um evento crítico. A sua avaliação teve recurso à Escala de Impacto da Fadiga Modificada (MFIS) constituída por 21 itens de avaliação dos quais 11 direcionados para a fadiga cognitiva e 10 para a fadiga física. Cada item é avaliado de 0 a 4 valores sendo que 0 responde a “nunca”, 1 “raramente”, 2 “algumas vezes”, 3 “muitas vezes” e 4 “quase sempre”. Para valores finais inferiores a 38

valores, há ausência de fadiga enquanto que para valores iguais ou superiores a 38, revelam a existência de fadiga proporcional ao valor final, num máximo de 84 pontos.

A presença de um familiar/cuidador da pessoa pós internamento em UCI mostra-se de elevada importância dadas as necessidades inerentes da pessoa cuidada. No entanto, o cuidador apresenta igualmente necessidades e o cuidar implica uma interação entre quem cuida e quem é cuidado. Neste sentido, foi avaliada a sobrecarga dos 39 familiares cuidadores participantes sob orientação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit adaptada e validada por Sequeira (2010), tendo em conta o impacto da prestação de cuidados na vida do cuidador, o tipo de relação interpessoal, as expectativas do cuidador com o cuidar e ainda a perceção de autoeficácia do cuidador no ato de cuidar.

Por fim, foram avaliados os recursos não profissionais, profissionais e financeiros bem como o número de vezes que recorreu ao serviço de urgência e internamentos desde a última avaliação.

Os dados foram sujeitos a estatística descritiva, de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao programa informático de folha de cálculo, *Microsoft Excel*.

5.2. Considerações éticas

“A proteção da pessoa, dos seus direitos, da sua liberdade e sobretudo da sua saúde e da sua vida encontra-se claramente afirmada na ética da investigação atual” (Néné & Sequeira, 2022, p. 100). O respeito pela dignidade e pela vida humana mostram-se princípios fundamentais do investigador, assim como o respeito pela vontade livre e esclarecida do participante (Néné & Sequeira, 2022).

O estudo teve parecer favorável do Conselho de Administração bem como da Comissão de Ética para a Saúde da ULS do contexto n.º 79_2023 (Anexo VII).

A participação no estudo foi de carácter livre e esclarecida com obrigatoriedade de compreensão e preenchimento de consentimento escrito (Anexo VIII), sem qualquer prejuízo em caso de decisão de abandonar o estudo em qualquer momento. Este não apresentou qualquer risco ou custo para os participantes.

Os dados foram colhidos pela investigadora principal com recurso a pseudoanonimização dos mesmos, usando números e letras sequenciais. O acesso à base de dados foi exclusivo aos investigadores envolvidos.

Não existe nenhum conflito de interesses declarado pelos investigadores no presente estudo de investigação.

6. Resultados

No presente capítulo serão apresentados todos os resultados do estudo. Atendendo ao objetivo do mesmo. De forma a facilitar a compreensão e organização dos dados, os resultados serão apresentados em oito subcapítulos. Num primeiro momento será apresentada a caracterização sociodemográfica da pessoa em situação crítica e seu familiar/cuidador, seguindo-se dados relativos à admissão na UCI, potencial de reconstrução de autonomia, autocuidado, compromisso nos processos corporais e posteriormente dados sobre a sobrecarga do familiar/cuidado e os recursos profissionais, não profissionais e financeiros existentes. Os resultados apresentados abrangem os cinco momentos de avaliação: admissão em UCI; na alta hospitalar; um, três e seis meses após alta hospitalar.

6.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa em situação crítica

No que se refere ao sexo verificou-se que 60% (n=24) são do sexo masculino. A média da idade dos participantes é de $57,8 \pm 13,4$ variando entre os 22 e os 83 anos.

A maioria dos participantes eram casados (57,5%) e apresentavam o 1º ciclo de estudos (37,5%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos participantes em função do estado civil e nível de escolaridade

	N	%
Estado civil		
Casado	23	57,5%
Solteiro	5	12,5%
Divorciado	8	20,0%
Viúvo	4	10,0%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	0	0,0%
1º ciclo	15	37,5%
2º ciclo	13	32,5%
3º ciclo	1	2,5%
Ensino secundário	8	20,0%
Ensino Superior	3	7,5%

Dada a média de idades dos participantes ser muito próxima da idade média da reforma em Portugal, a condição laboral anterior ao internamento revela-se algo expectável muito dividida entre o ativo (40%; n=16) e o reformado (37,5%; n=15).

Relativamente à condição laboral dos participantes, verifica-se que apenas 40% (n=16) dos participantes estavam no ativo antes da admissão na UCI e que apenas 8 (20%) retomaram a sua atividade laboral após 6 meses da alta hospitalar (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos participantes em função da atividade laboral

	Admissão na UCI		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ativo	16	40	0	0	4	10	5	12,5	8	20
Desempregado	1	2,5	0	0	0	0	0	0	1	2,5
Reformado	15	37,5	15	37,5	15	37,5	15	37,5	15	37,5
Baixa	8	20	25	62,5	21	52,5	20	50	16	40

6.2. Caracterização sociodemográfica do familiar/cuidador

A amostra de familiares/cuidadores é constituída por 39 participantes considerando que na população em estudo, 2,6% (n=1) referem não ter um familiar/cuidador significativo.

O género feminino predomina (76,9%; n=30) relativamente ao masculino, sendo que a média da idade dos cuidadores é de 49,1±15,6, variando entre os 19 e os 77 anos.

A maioria dos familiares/cuidadores são casados (61,5%; n=24), concluíram o ensino secundário (30,8%; n=12) e ainda estão no ativo relativamente à condição laboral (61,5%; n=24).

Os participantes têm como cuidador uma pessoa com ligação familiar, com maior incidência para o marido/esposa (66,7%; n=26), seguindo-se do filho/filha (30,8%; n=12) (Tabela 3). Dos cuidadores participantes, 92,3% (n=36) coabitam com a pessoa que recebe os cuidados.

Tabela 3: Distribuição dos familiares em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	N	%
Estado civil		
Casado	24	61,5%
Solteiro	11	28,2%
Divorciado	4	10,3%
Viúvo	0	0,0%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	0	0,0%
1º ciclo	6	15,4%
2º ciclo	8	20,5%
3º ciclo	6	15,4%
Ensino secundário	12	30,8%
Ensino Superior	7	17,9%
Condição laboral no momento da avaliação		
Ativo	24	61,5%
Desempregado	3	7,7%

Reformado	8	20,5%
Baixa	2	5,1%
Estudante	2	5,1%
Parentesco		
Marido/Esposa	26	66,7%
Pai/Mãe	1	2,6%
Filho/Filha	12	30,8%
Irmão/Irmã	0	0,0%
Afinidade (nora, genro, cunhado(a))	0	0,0%
Sem parentesco	0	0,0%

6.3. Admissão na Unidade de Cuidados Intensivos

Foram avaliados um conjunto de dados clínicos que caracterizam a amostra no momento da admissão na UCI.

O tempo médio de internamento hospitalar dos participantes foi de $28,5 \pm 26,4$ dias, com variações entre 4 e 122 dias. Em contexto de UCI, o tempo médio de internamento foi de $10,9 \pm 16,3$ dias, com variações entre 1 e 87 dias. O número de dias médio sob sedação das pessoas que constituíram a amostra foi de $6,3 \pm 12,7$ dias com variação entre 0 e 72 dias, sendo que 47,5% (n=19) dos participantes não foi submetido a qualquer tipo de sedação. Relativamente ao número de dias sob VMI, variaram entre 0 e 74 dias com uma média de $7,5 \pm 14,9$ dias. Vinte participantes (50%) não foram submetidos VMI e 5 (12,5%) apresentaram um período superior a 21 dias sob VMI.

Foi avaliada a Escala de Richmond de Agitação-Sedação à admissão na UCI onde 50% (n=20) dos participantes apresentou-se calmo e alerta (RASS 0), 2,5% (n=1) sonolento (RASS -1), 5% (n=2) sedação moderada (RASS -3), 25% (n=10) sedação profunda (RASS -4) e 17,5% (n=7) dos participantes incapaz de despertar (RASS -5).

Durante o internamento em UCI, 27,5% (n=11) dos participantes apresentaram *delirium*.

Verificou-se que a pontuação relativa à avaliação do SOFA estava compreendida entre 0 e 10 valores com uma pontuação média de $4,15 \pm 2,74$ valores, correspondendo a uma taxa média de mortalidade prevista de 20,2%. Relativamente ao SAPS II, o valor médio foi de $31,9 \pm 13,9$ valores, variando entre 9 e 62 valores, traduzindo uma probabilidade média de mortalidade hospitalar de 12,8%.

6.4. Potencial de Reconstrução de autonomia

Os dados relativos à ao potencial de reconstrução de autonomia nos vários momentos de avaliação são apresentados na Tabela 4, divididos pelas 7 variáveis (1 – “sem potencial”; 2 – “potencial reduzido”; 3 – “potencial moderado”; 4 – “potencial elevado”).

Tabela 4: Estatística descritiva do potencial de reconstrução de autonomia

		Alta hospitalar				1 mês após				3 meses após				6 meses após			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Consciencialização mudanças do estado de saúde	N	0	0	15	25	0	0	4	36	0	0	4	36	0	0	4	36
	%	0	0	37,5	62,5	0	0	10	90	0	0	10	90	0	0	10	90
Força de vontade expressa para a aprendizagem	N	0	0	14	26	0	0	3	37	0	1	2	37	0	1	2	37
	%	0	0	35	65	0	0	7,5	92,5	0	2,5	5	92,5	0	2,5	5	92,5
Crença demonstrada que é capaz de recuperar	N	0	1	9	30	0	0	5	35	0	1	4	35	0	1	4	35
	%	0	2,5	22,5	75	0	0	12,5	87,5	0	2,5	10	87,5	0	2,5	10	87,5
Desejo expresso de se tornar mais independente	N	0	1	8	31	0	0	3	37	0	0	2	38	0	0	2	38
	%	0	2,5	20	77,5	0	0	7,5	92,5	0	0	5	95	0	0	5	95
Motivação e envolvimento no processo de aprendizagem	N	0	0	11	29	0	0	0	40	0	1	3	36	0	1	4	35
	%	0	0	27,5	72,5	0	0	0	100	0	2,5	7,5	90	0	2,5	10	87,5
Capacidade cognitiva	N	0	1	18	21	0	0	10	30	0	0	9	31	0	0	7	33
	%	0	2,5	45	52,5	0	0	25	75	0	0	22,5	77,5	0	0	17,5	82,5
Capacidade física	N	0	4	19	17	0	2	8	30	0	1	7	32	0	1	5	34
	%	0	10	47,5	42,5	0	5	20	75	0	2,5	17,5	80	0	2,5	12,5	85
MÉDIA VALOR FINAL		25,3 ± 2,9				27,1 ± 1,8				27,0 ± 2,2				27,1 ± 2,2			

6.5. Autocuidado

Os dados relativos à dependência no autocuidado nos vários momentos de avaliação são apresentados na Tabela 5, divididos pelos 9 domínios (1 - “dependente, não participa”; 2 - “necessita de ajuda de pessoas”; 3 - “necessita de ajuda de equipamentos”; 4 - “completamente independente”).

Tabela 5: Estatística descritiva do nível de dependência no autocuidado dos participantes

		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tomar banho	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	15	37,5	4	10	2	5	2	5
	3	0	0	0	0	2	5	1	2,5
	4	25	62,5	36	90	36	90	37	92,5
Vestir-se e despir-se	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	15	37,5	5	12,5	4	10	2	5
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	25	62,5	35	87,5	36	90	38	95
Arranjar-se	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	13	32,5	5	12,5	4	10	2	5
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	27	67,5	35	87,5	36	90	38	95
Usar o sanitário	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	9	22,5	1	2,5	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	1	2,5	0	0
	4	31	77,5	39	97,5	39	97,5	40	100
Alimentar-se	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	3	7,5	2	5	2	5	1	2,5
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	37	92,5	38	95	38	95	39	97,5
Virar-se	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	3	7,5	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	37	92,5	40	100	40	100	40	100
Transferir-se	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	8	20	3	7,5	1	2,5	1	2,5
	3	0	0	0	0	1	2,5	0	0
	4	32	80	37	92,5	38	95	39	97,5
Andar	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	3	7,5	2	5	2	5	1	2,5
	3	4	10	0	0	0	0	0	0
	4	33	82,5	38	95	38	95	39	97,5
Gerir o medicamento	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	10	25	7	17,5	7	17,5	7	17,5
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	30	75	33	82,5	33	82,5	33	82,5

No momento da alta hospitalar 45% (n=18) da amostra apresentava pelo menos um tipo de dependência no autocuidado com uma evolução de 17,5% (n=7) seis meses após a alta hospitalar. A Tabela 6 apresenta os resultados referente à evolução do número participantes com algum tipo de dependência no autocuidado ao longo tempo.

Tabela 6: Estatística descritiva do número de participantes com algum tipo de dependência no autocuidado

	Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Um tipo de dependência	2	5	4	10	4	10	4	10
Dois tipos de dependências	3	7,5	1	2,5	0	0	0	0
Três ou mais dependências	13	32,5	4	10	4	10	3	7,5
TOTAL	18	45	9	22,5	8	20	7	17,5

No momento da alta hospitalar os participantes apresentaram um consumo médio de $6,1 \pm 3,6$ medicamentos diários com um número máximo de 15 e mínimo de 1, havendo um decréscimo destes valores no decorrer do estudo. Após seis meses da alta hospitalar a média do consumo de medicamentos diários foi de $4,5 \pm 3,1$ com um número máximo de 10 e mínimo de 0.

Os trinta e nove familiares/cuidadores afirmam sentirem-se muito competentes no que respeita o cuidar da pessoa com dependências após internamento em UCI nos nove domínios ao longo de todo o estudo.

6.6. *Compromisso nos processos corporais*

No momento da alta hospitalar, 25% dos participantes apresentavam risco moderado e 75% risco reduzido de desenvolver UPP com uma evolução significativa no primeiro mês após a alta hospitalar, onde, uma minoria de 3%, apresentava com risco moderado e 98% risco reduzido de desenvolver UPP. No terceiro e sexto mês após a alta hospitalar a totalidade da amostra apresenta baixo risco de desenvolvimento de UPP. Nenhum participante apresentou elevado risco durante os vários momentos do estudo. A Tabela 7 apresenta os resultados da aplicação da escala de Braden nos 6 domínios de avaliação.

Tabela 7: Estatística descritiva do risco de desenvolvimento de UPP (Escala de Braden)

		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Perceção sensorial	Completamente limitado	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito limitado	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	Ligeiramente limitado	14	35	6	15	1	2,5	1	2,5
	Nenhuma limitação	25	62,5	34	85	39	97,5	39	97,5
Humidade da pele	Constantemente húmida	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito húmida	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	Ocasionalmente húmida	16	40	6	15	4	10	2	5
	Raramente húmida	23	57,5	34	85	36	90	38	95
Atividade física	Acamado	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sentado	5	12,5	0	0	0	0	0	0
	Anda ocasionalmente	17	42,5	8	20	2	5	1	2,5
	Anda frequentemente	18	45	32	80	38	95	39	97,5
Mobilidade do corpo	Completamente imóvel	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito limitado	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	Significativamente limitado	13	32,5	5	12,5	2	5	2	5
	Não limitado	26	65	35	87,5	38	95	38	95
Nutrição	Muito pobre	0	0	0	0	0	0	0	0
	Provavelmente inadequada	3	7,5	0	0	0	0	0	0
	Adequada	36	90	7	17,5	3	7,5	1	2,5
	Excelente	1	2,5	33	82,5	37	92,5	39	97,5
Fricção	Problema	0	0	0	0	0	0	0	0
	Problema Potencial	5	12,5	1	2,5	2	5	0	0
	Não aparenta nenhum problema	35	87,5	39	97,5	38	95	40	100
MÉDIA DO VALOR FINAL		19,9 ± 2,3		22,2 ± 1,5		22,7 ± 0,9		22,8 ± 0,6	

Relativamente à presença de úlcera por pressão no momento da avaliação e a sua localização, apenas dois participantes (5%) apresentavam UPP no momento da alta hospitalar, num total de onze úlceras, localizadas nos calcâneos, região sagrada, costas e coxas. Nos restantes momentos de avaliação, não foram contabilizadas quaisquer UPP.

No que respeita o estado nutricional, na sua maioria os participantes apresentavam peso dentro dos limites normais tendo em conta a idade e a altura (Tabela 8).

Tabela 8: Estatística descritiva do estado nutricional dos participantes

	Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Emagrecido	1	2,5	0	0	0	0	0	0
Normoponderal	15	37,5	15	37,5	20	50	20	50
Excesso de peso	14	35	14	35	11	27,5	11	27,5
Obesidade	10	25	9	22,5	9	22,5	9	22,5

Quanto aos resultados referentes à desidratação, nenhum participante apresentou sinais ou sintomas de tal ao longo de todo o estudo de investigação. 12,5% (n=5) dos participantes apresentaram risco de desidratação no momento da alta hospitalar e nenhum doente apresentou risco de desidratação nos restantes momentos.

Foi avaliado o processo da deglutição em que 17,5% (n=7) dos participantes apresentam deglutição comprometida no momento da alta hospitalar, 12,5% (n=5) após um mês, 7,5% (n=3) após três meses e 2,5% (n=1) após seis meses da alta hospitalar.

A avaliação do processo respiratório revelou que cerca de 40% (n=16) dos participantes apresentavam compromisso no momento da alta hospitalar motivado pela dependência de oxigenioterapia e de ventilação não invasiva. Verificou-se um decréscimo do compromisso do processo respiratório nas avaliações seguintes, 27,5% (n=11) um mês após a alta hospitalar, 30% (n=12) 3 meses após e 27,5% (n=11) seis meses após.

Nenhum participante se encontrava traqueostomizado no momento da alta hospitalar nem posteriormente.

Cerca de 10% (n=4) dos participantes apresentaram incontinência urinária no momento da alta hospitalar sendo que apenas 50% (n=2) recuperou após 6 meses da alta hospitalar. 7,5% (n=3) dos participantes apresentavam ostomias de eliminação (ileostomias e colostomias) durante o período desde a alta hospitalar até 6 meses após a mesma.

No que respeita ao compromisso dos processos neuromusculares, foi avaliada a força muscular e 85% (n=34) dos participantes afirmou ter diminuição da força muscular no momento da alta hospitalar. 60% (n=24) dos participantes mantinha diminuição da força muscular após um mês, 47,5% (N=19) após 3 meses e 30% (N=12) após 6 meses da alta hospitalar. Na Tabela 9 estão representados os resultados relativamente à avaliação da

percepção da força muscular dividida por membros (escala ordinal de 0 a 5 sendo 0 o valor atribuído a “sem força muscular” e 5 “força muscular normal”).

Tabela 9: Estatística descritiva do nível da força muscular dos participantes

	Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
	M	Dp	M	DP	M	Dp	M	Dp
Membro superior direito	4	0,8	4,6	0,8	4,8	0,7	4,9	0,6
Membro superior esquerdo	4	0,7	4,7	0,5	4,9	0,3	5	0,2
Membro inferior direito	3,8	0,7	4,5	0,5	4,7	0,5	4,8	0,4
Membro inferior esquerdo	3,8	1	4,5	0,6	4,6	0,5	4,8	0,4

No momento da alta hospitalar 7,5% (n=3) das pessoas apresentavam rigidez articular e 15% (n=6) risco de desenvolver rigidez articular. Durante o restante período de investigação, nenhum participante referiu ter rigidez articular nem apresentou risco de desenvolvimento. No momento da alta hospitalar 7,5% (n=3) dos participantes apresentavam alto risco de queda, 32,5% (n=13), baixo risco e 60% (n=24) sem risco. Após 3 meses da alta hospitalar, 1 participante apresentou alto risco de queda, não havendo resultados de alto risco de queda nos restantes momentos de avaliação. Ao longo do estudo os resultados mostraram-se tendencialmente diminuídos neste campo (Tabela 10).

Tabela 10: Estatística descritiva do risco de queda (Escala de Morse)

		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Historial de quedas	Não (0)	37	92,5	35	87,5	39	97,5	38	95
	Sim (25)	3	7,5	5	12,5	1	2,5	2	5
Diagnóstico secundário	Não (0)	0	0	13	32,5	20	50	20	50
	Sim (15)	40	100	27	67,5	20	50	20	50
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ acamado/ cadeira de rodas (0)	33	82,5	37	92,5	38	95	39	97,5
	Muletas/ canadianas/ andarilho (15)	5	12,5	3	7,5	1	2,5	0	0
	Apoia-se no mobiliário (30)	2	5	0	0	1	2,5	1	2,5

Terapia intravenosa	Não (0)	40	100	40	100	40	100	40	100
	Sim (20)	0	0	0	0	0	0	0	0
Postura para andar e na transferência	Normal/ acamado/ imóvel (0)	25	62,5	37	92,5	38	95	39	97,5
	Debilitado (10)	12	30	1	2,5	0	0	0	0
	Dependente de ajuda (20)	3	7,5	2	5	2	5	1	2,5
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0)	40	100	40	100	40	100	40	100
	Esquece-se das suas limitações (15)	0	0	0	0	0	0	0	0
MÉDIA DO VALOR FINAL		24,8±17,2		15,6±13,1		10,3±13,1		10±10,5	

Foi contabilizado o número de quedas ocorridas desde a última avaliação com um total de 3 quedas até à alta hospitalar, 5 quedas durante o primeiro mês após a alta, 1 queda entre o primeiro e o terceiro mês e duas quedas entre o terceiro e o sexto mês após a alta hospitalar. O equilíbrio corporal sentado e de pé mostrou-se presente em toda a amostra, nas diferentes fases do estudo, sem compromisso à exceção do momento da alta hospitalar onde 7,5% (n=3) mostraram não ter equilíbrio de pé.

Os 40 participantes apresentaram no decorrer de todo o processo de investigação um nível do estado de consciência elevado, com classificação máxima de 15 valores na aplicação da Escala de Coma de Glasgow que avalia a abertura e resposta ocular, resposta verbal e motora a estímulos.

Relativamente à avaliação da MMSE (Tabela 11), no momento da alta hospitalar 85% (n=34) dos participantes apresentaram níveis cognitivos normais, 10% (n=4) perda cognitiva leve e apenas 5% (n=2) perda moderada. Nos restantes momentos os resultados das avaliações foram iguais com 92,5% (n=37) dos participantes com níveis cognitivos normais, 5% (n=2) com perda leve e apenas 2,5% (n=1) apresentou perda moderada. Importa ter em consideração para posterior análise de dados o nível cognitivo prévio e o nível de escolaridade dos participantes.

Tabela 11: Estatística descritiva da função cognitiva (MMSE)

		Alta hospitalar	1 mês após	3 meses após	6 meses após
Orientação 10 pontos	M±Dp	9,8±1,1	9,9±0,6	10±0,3	10±0,3
	Mín	5	6	8	8
	Máx	10	10	10	10
Retenção 3 pontos	M±Dp	2,9±0,3	3±0	3±0	3±0
	Mín	2	3	3	3
	Máx	3	3	3	3
Atenção e cálculo 5 pontos	M±Dp	4,1±1,6	4,4±1,4	4,5±1,3	4,5±1,4
	Mín	0	0	0	0
	Máx	5	5	5	5
Evocação 3 pontos	M±Dp	2,2±0,7	2,3±0,7	2,6±0,5	2,6±0,6
	Mín	0	1	1	1
	Máx	3	3	3	3
Linguagem 8 pontos	M±Dp	7,9±0,3	7,9±0,4	7,9±0,4	7,9±0,4
	Mín	7	6	6	6
	Máx	8	9	9	8
Habilidades construtivas 1 pontos	M	1±0,2	1±0	1±0	1±0
	Mín	0	1	1	1
	Máx	1	1	1	1
MÉDIA VALOR FINAL		27,9±3	28,6±2,4	29±2,1	28,9±2,3

É possível aferir que relativamente ao sinal vital dor, cerca de 27,5% (n=11) dos participantes apresentava dor, relacionada com o motivo do internamento, no momento da alta hospitalar com uma média de 0,6±1,1 com um valor máximo de 4 e mínimo de 0. Após um mês da alta hospitalar, 15% (n=6) dos participantes apresentavam dor, com uma média de 0,3±0,9 e um valor máximo de 5 e mínimo de 0. Após três e seis meses da alta hospitalar apenas 5% (n=2) e 2,5% (n=1) dos participantes apresentavam dor respetivamente, com uma média de 0,1±0,6 com um valor máximo de 3 e mínimo de 0 após três meses e uma média de 0,1±0,3 com um valor máximo de 2 e mínimo de 0 após seis meses da alta hospitalar.

Em termos da avaliação da fadiga e com recurso à Escala de Impacto da Fadiga Modificada, foi possível avaliar a fadiga cognitiva (Tabela 12) e física (Tabela 13), numa escala de 0 a 4 valores (0 “nunca”; 1 “raramente”; 2 “algumas vezes”; 3 “muitas vezes”; 4 “quase sempre”).

Tabela 12: Estatística descritiva do nível de fadiga cognitiva dos participantes (MFIS)

COGNITIVO		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1. Eu tenho estado menos alerta	0	17	42,5	32	80	36	90	40	100
	1	18	45	8	20	4	10	0	0
	2	5	12,5	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	15	37,5	30	75	37	92,5	39	97,5
	1	18	45	9	22,5	2	5	1	2,5

2. Eu tenho tido dificuldades em manter a atenção por períodos longos	2	7	17,5	1	2,5	1	2,5	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Eu tenho sido incapaz de pensar claramente	0	21	52,5	31	77,5	37	92,5	38	95
	1	15	37,5	8	20	3	7,5	2	5
	2	4	10	1	2,5	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Eu tenho andado desastrado e descoordenado	0	19	47,5	31	77,5	36	90	38	95
	1	14	35	7	17,5	4	10	2	5
	2	7	7,5	2	5	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Eu tenho andado esquecido	0	17	42,5	32	80	36	90	38	95
	1	14	35	5	12,5	4	10	2	5
	2	9	22,5	3	7,5	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Eu tenho tido dificuldades em tomar decisões	0	25	62,5	33	82,5	37	92,5	39	97,5
	1	12	30	7	17,5	3	7,5	1	2,5
	2	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	3	2	5	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
12. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que exija esforço mental	0	25	62,5	34	85	37	92,5	40	100
	1	11	27,5	5	12,5	3	7,5	0	0
	2	2	5	1	2,5	0	0	0	0
	3	2	5	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
15. Eu tenho tido dificuldades em terminar tarefas que exijam esforço mental	0	26	65	33	82,5	37	92,5	38	95
	1	9	22,5	5	12,5	2	5	2	5
	2	4	10	2	5	1	2,5	0	0
	3	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Eu tenho tido dificuldades em organizar os meus pensamentos quando estou a fazer coisas em casa ou no trabalho	0	23	57,5	30	75	34	85	37	92,5
	1	13	32,5	9	22,5	5	12,5	2	5
	2	4	10	1	2,5	1	2,5	1	2,5
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
18. O meu pensamento tem estado mais lento	0	23	57,5	30	75	35	87,5	38	95
	1	11	27,5	10	25	5	12,5	2	5
	2	5	12,5	0	0	0	0	0	0
	3	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0
19. Eu tenho tido dificuldades de concentração	0	21	52,5	31	77,5	37	92,5	38	95
	1	13	32,5	8	20	3	7,5	2	5
	2	5	12,5	1	2,5	0	0	0	0
	3	1	2,5	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 13: Estatística descritiva do nível de fadiga física dos participantes (MFIS)

FÍSICO		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
6. Eu tenho tido necessidade de me moderar nas minhas atividades físicas	0	4	10	16	40	21	52,5	26	65
	1	9	22,5	13	32,5	13	32,5	12	30
	2	18	45	9	22,5	5	12,5	2	5
	3	6	15	2	5	1	2,5	0	0
	4	3	7,5	0	0	0	0	0	0
7. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que exija esforço físico	0	7	17,5	16	40	20	50	26	65
	1	11	27,5	14	35	13	32,5	10	25
	2	13	32,5	7	17,5	6	15	4	10
	3	7	17,5	3	7,5	1	2,5	0	0
	4	2	5	0	0	0	0	0	0
8. Eu tenho estado menos motivado para participar em atividades sociais	0	6	15	19	47,5	25	62,5	30	75
	1	9	22,5	8	20	10	25	7	17,5
	2	13	32,5	8	20	3	7,5	3	7,5
	3	4	10	5	12,5	2	5	0	0
	4	8	20	0	0	0	0	0	0
9. Eu tenho estado limitado na minha capacidade para fazer coisas fora de casa	0	7	17,5	15	37,5	23	57,5	30	75
	1	10	25	11	27,5	10	25	9	22,5
	2	10	25	8	20	6	15	1	2,5
	3	6	15	6	15	1	2,5	0	0
	4	7	17,5	0	0	0	0	0	0
10. Eu tenho tido dificuldades em manter o esforço físico por períodos longos	0	6	15	15	37,5	25	62,5	28	70
	1	7	17,5	12	30	10	25	8	20
	2	16	40	10	25	5	12,5	4	10
	3	9	22,5	3	7,5	0	0	0	0
	4	2	5	0	0	0	0	0	0
13. Os meus músculos têm estado fracos	0	6	15	18	45	28	70	32	80
	1	11	27,5	12	30	8	20	6	15
	2	17	42,5	9	22,5	4	10	2	5
	3	4	10	1	2,5	0	0	0	0
	4	2	5	0	0	0	0	0	0
14. Eu tenho estado fisicamente desconfortável	0	10	25	18	45	28	70	33	82,5
	1	8	20	15	37,5	8	20	4	10
	2	14	35	4	10	4	10	3	7,5
	3	5	12,5	3	7,5	0	0	0	0
	4	3	7,5	0	0	0	0	0	0
17. Eu tenho estado menos capaz de completar tarefas que exijam esforço físico	0	10	25	20	50	26	65	35	87,5
	1	10	25	11	27,5	9	22,5	3	7,5
	2	13	32,5	6	15	4	10	2	5
	3	4	10	3	7,5	1	2,5	0	0
	4	3	7,5	0	0	0	0	0	0
20. Eu tenho limitado as minhas atividades físicas	0	8	20	17	42,5	24	60	33	82,5
	1	12	30	13	32,5	10	25	5	12,5
	2	10	25	9	22,5	5	12,5	2	5
	3	8	20	1	2,5	1	2,5	0	0

	4	2	5	0	0	0	0	0	0
21. Eu tenho necessidade de descansar mais frequentemente ou por períodos mais longos	0	7	17,5	18	45	25	62,5	30	75
	1	16	40	12	30	9	22,5	8	20
	2	9	22,5	7	17,5	5	12,5	2	5
	3	6	15	3	7,5	1	2,5	0	0
	4	2	5	0	0	0	0	0	0

Durante o estudo verificaram-se sete avaliações da MFIS com valores superiores a 38 apenas no momento da alta hospitalar.

6.7. Familiar cuidador

Os resultados relativos ao impacto da prestação de cuidados na vida dos 39 cuidadores envolvidos no estudo, ao tipo de relação interpessoal, às expectativas do cuidador com o cuidar e à perceção de autoeficácia do cuidador no ato de cuidar encontram-se apresentados na tTabela 14.

Tabela 14: Estatística descritiva do nível de sobrecarga do familiar/cuidador

		Alta hospitalar		1 mês após		3 meses após		6 meses após	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Impacto	Muitíssimo	4	10,3	3	7,7	3	7,7	3	7,7
	Muito	30	76,9	30	76,9	30	76,9	29	74,4
	Pouco	4	10,3	5	12,8	4	10,3	5	12,8
	Nenhum	1	2,6	1	2,6	2	5,1	2	5,1
Relação	Muito difícil	2	5,1	2	5,1	3	7,7	3	7,7
	Difícil	1	2,6	1	2,6	1	2,6	1	2,6
	Fácil	8	20,5	10	25,6	9	23,1	10	25,6
	Muito fácil	28	71,8	26	66,7	26	66,7	25	64,1
Expectativas	Muito positivas	19	48,7	18	46,2	18	46,2	19	48,7
	Positivas	18	46,2	20	51,3	19	48,7	18	46,2
	Negativas	2	5,1	1	2,6	2	5,1	2	5,1
	Muito negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Perceção de autoeficácia	Incompetente	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pouco competente	1	2,6	1	2,6	1	2,6	1	2,6
	Mediana	3	7,7	2	5,1	2	5,1	2	5,1
	Competente	10	25,6	9	23,1	9	23,1	8	20,5
	Muito competente	25	64,1	27	69,2	27	69,2	28	71,8

6.8. Recursos

Relativamente aos recursos não profissionais, 97,5% (n=39) dos participantes recorrem a familiares e 2,5% (n=1) apontam ter como recurso os vizinhos e amigos. Estas percentagens foram transversais ao longo do estudo. Nenhum participante refere ter empregado doméstico ou outro tipo de recurso.

Os resultados relativamente aos recursos profissionais revelam que nenhum participante recorreu ao serviço de apoio domiciliário durante o estudo, 7,5% (n=3) referem ter como recurso o acompanhamento por parte da equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de referência e apenas 2,5% (n=1) dos participantes tiveram acompanhamento pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de referência. Os resultados apresentados foram iguais nos vários momentos de avaliação à exceção dos recursos profissionais hospitalares e particulares (Tabela 15).

Tabela 15: Estatística descritiva do recursos hospitalares e particulares utilizados

	1 mês após		3 meses após		6 meses após	
	N	%	N	%	N	%
Recursos hospitalares	7	17,5	12	30	8	20
Recursos particulares	4	10	7	17,5	5	12,5

Os recursos hospitalares referidos pelos participantes envolviam tratamentos de fisioterapia como terapia da fala e fisioterapia e ainda serviços de enfermagem na realização de tratamentos a feridas. Os recursos particulares requisitados pelos participantes foram na área da reabilitação física como fisioterapia, osteopatia e terapia da fala. No momento da alta hospitalar nenhum participante recorreu recursos particulares e/ou hospitalares.

Foi avaliado o número de vezes que os participantes recorreram ao serviço de urgência e o número de internamentos no período do estudo. Verificou-se que no primeiro mês os participantes recorreram 7 vezes ao serviço de urgência, 14 vezes entre o primeiro e terceiro mês e 12 vezes entre o terceiro e sexto mês.

Relativamente ao número de internamentos, 2 participantes foram internados a nível hospitalar no primeiro mês após alta hospitalar e 1 no intervalo entre o primeiro e o terceiro mês. Não houve nenhum internamento hospitalar após o terceiro mês. Os 3 internamentos registados foram de curta duração de causas idênticas ao internamento em UCI.

No que diz respeito aos recursos financeiros, foram questionados os participantes quanto ao tipo da fonte de rendimento e o valor do ordenado médio mensal líquido do agregado familiar. A maioria da amostra (60%; n=24) obtém os seus rendimentos através de reformas e/ou pensões, 45% (n=18) através da atividade laboral, 30% (n=12) por subsídios temporários, 7,5% (n=3) através de subsídios de desemprego e uma minoria de 2,5% (n=1)

está a cargo da família financeiramente. Alguns agregados familiares apresentam mais do que uma fonte de rendimento e nenhum tem como rendimento apoios sociais e complementos de dependência.

O valor do ordenado médio mensal líquido do agregado foi avaliado em intervalos numéricos como representa a Tabela 16.

Tabela 16: Estatística descritiva dos recursos financeiros do agregado familiar

	N	%
<= 300€	0	0
301€ a 700€	5	12,5
701€ a 1000€	13	32,5
1001€ a 1500€	12	30
1501€ a 2000	5	12,5
>= 2001€	5	12,5

7. Discussão

O acompanhamento da pessoa pós internamento em UCI e sua família são importantes para a garantia da continuidade dos cuidados, necessários centralizados bem como na promoção de transições saudáveis de cuidados. Para tal, importa considerar o tipo de população alvo bem como as suas necessidades, condições e limitações.

No que respeita à caracterização sociodemográfica verifica-se que a idade média dos participantes se aproxima da faixa etária da terceira idade (57,8 anos) e a maioria é do sexo masculino, mostrando-se concordante com resultados de estudos nacionais (Ribeiro, 2016; Azevedo et al., 2019; Ferraz, 2023). O envelhecimento é um processo inevitável que acarreta o aparecimento/desenvolvimento de doenças múltiplas que podem coexistir e interrelacionar-se. A apresentação de comorbilidades associadas a um evento de doença grave pode levar à diminuição de capacidades ao nível neurosensorial e da cognição, aumentando a dificuldade da boa adesão por parte do sobrevivente aos processos terapêuticos, fundamental para uma melhor recuperação da qualidade de vida (Silva & Breda, 2023).

A população do estudo apresentou-se maioritariamente com o estado civil de casado, sendo menor a percentagem de sobreviventes viúvos e divorciados. A relação entre as taxas de morbilidade e mortalidade e o estado civil tem sido igualmente alvo de estudo, com achados entre a relação familiar e os contributos desta na saúde dos indivíduos, havendo maiores taxas de incidência de morbimortalidade em indivíduos viúvos e divorciados (Moraes et al., 2024). A colheita de dados sobre as doenças existentes prévias ao internamento, possibilitaria o desenvolvimento de novos achados sobre a temática.

Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes apresentam na sua maioria níveis de estudos baixos. O nível de escolaridade revela ter um papel protetor na recuperação após um evento de saúde grave estando associado a um melhor desempenho cognitivo e crítico sobre as alterações do estado de saúde, melhor adaptação a estilos de vida saudáveis, melhor compreensão e controlo de doenças crónicas e ainda maior capacidade de manter e cumprir objetivos estabelecidos de recuperação a longo prazo (Moraes et al., 2024). Marra e seus colaboradores (2018) afirmam ainda que, mais anos de escolaridade estão associados a menor probabilidade de desenvolver SPICI, acrescentando que a educação está associada a níveis profissionais mais elevados, consequentemente maiores rendimentos e a uma melhor capacidade de adaptação.

O regresso ao trabalho mostra-se um importante marco da recuperação do estado de saúde e qualidade de vida do sobrevivente, uma vez que facilita a reinserção social e profissional, promove a autoestima e contribuiu para a estabilidade financeira familiar (Rocha et al., 2021). Estudos revelam que nos primeiros 3 meses após a alta hospitalar, há uma taxa de retorno ao trabalho de 21 a 49% e ao fim de 6 meses cerca de 45 a 75% (Teixeira & Rosa, 2024). É possível realizar uma comparação com a amostra em estudo, havendo concordância com as tendências relatadas. A literatura revela ainda que cerca de 40 a 60% das pessoas que são admitidas em internamento em UCI já não trabalhavam ou estudavam antes de sofrerem um evento de saúde grave (Mattioni et al., 2022), o que alinha com os resultados obtidos no presente estudo onde 60% dos participantes não se encontrava no ativo previamente ao internamento. Um estudo recente refere que 36% dos sobreviventes à doença crítica previamente ativos, ficaram desempregados durante o primeiro ano após a alta hospitalar, estando diretamente relacionado com a deterioração no desempenho físico e cognitivo (Inoue et al., 2024).

No que respeita à caracterização sociodemográfica do familiar/cuidador, o género feminino apresenta maior expressão com uma idade média mais baixa e níveis de escolaridade mais elevados, comparativamente com os resultados obtidos dos sobreviventes à doença crítica. Atualmente em Portugal, não é obrigatório a existência de relação familiar para a obtenção do estatuto de cuidador, sendo apenas necessário, para reconhecimento legal, que este coabite com a pessoa cuidada (Instituto da Segurança Social, 2025). Apesar da existência de relação familiar, 92,3% dos cuidadores participantes no estudo, coabitam com a pessoa que recebe cuidados.

Foram estudadas pessoas em situação crítica de uma unidade de cuidados intensivos sujeitas a múltiplos procedimentos invasivos, ventilação mecânica invasiva, sedação profunda prolongada inerentes a tempos de internamento prolongados. Sendo conhecidos os efeitos negativos que destes fatores advêm, a literatura documenta associações negativas existentes entre internamentos superiores a 72 horas com o aumento da mortalidade, a ocorrência de complicações bem como a redução da qualidade de vida para o sobrevivente à doença crítica e a elevada utilização de recursos de saúde após a alta hospitalar (Azevedo et al., 2019).

O tempo médio de internamento em UCI/hospitalar na amostra estudada foi elevado, o que pode ser antecipatório de elevadas necessidades de cuidados de saúde nos momentos após a alta hospitalar. Estudos afirmam que a taxa de mortalidade é diretamente proporcional ao aumento do tempo de internamento em UCI e, que os resultados de recuperação a longo prazo após a alta e o desenvolvimento de SPICI encontram-se diretamente influenciados pelo tempo de internamento em UCI (Tejero-Aranguren et al., 2022; Rodrigues et al., 2024).

No que respeita ao número de dias sob sedação, atualmente, a literatura recomenda estratégias de sedação multimodal e de titulação diária da sedação com garantia de conforto e segurança para a pessoa em situação crítica durante o menor tempo possível (Máximo & Puga, 2021). Estas estratégias estão associadas a melhores resultados no que respeita à recuperação do sobrevivente à doença crítica ao nível da saúde mental (Rousseau et al., 2021). Um estudo de coorte observacional numa UCI espanhola mostra a existência de diferenças significativas na recuperação do sobrevivente à doença crítica após 12 meses, com melhores resultados no grupo de estudo com protocolo de interrupção diária da sedação (Tejero-Aranguren et al., 2022).

Verificou-se que metade dos participantes no estudo foram submetidos a VMI. Apenas 5 participantes foram submetidos a VMI prolongada. A VMI prolongada é definida pela literatura por um período de tempo igual ou superior a 21 dias frequentemente associada a maiores tempos de sedação, maior incidência de pneumonias associadas à intubação, reintubações e, por consequência, internamentos mais prolongados em UCI (Azevedo et al., 2019; Borghezan et al., 2021).

O *delirium* é um fator de risco significativo para o desenvolvimento do SPICU e a SPCI em conjunto com a Ordem dos Médicos (OM) (2024) afirmam que “mais de 80% dos doentes críticos desenvolvem *delirium*, com um tempo médio de início entre o segundo e o terceiro dia de internamento” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024, p. 18). A ferramenta mais adequada e validada para avaliar a presença de *delirium* no doente crítico (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024) é a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). No contexto da UCI onde o estudo decorreu, a aplicabilidade desta escala ainda não se encontra em prática regular com o que são as recomendações da SPCI e da OM, que aconselha a sua avaliação uma vez por dia e sempre que se verificarem alterações do estado mental da pessoa em situação crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Relativamente à avaliação da probabilidade de mortalidade e morbilidade resultantes do contexto clínico grave, os resultados da aplicação das escalas SOFA e SAPS II nas primeiras 24h de admissão na UCI revelaram-se baixos correspondendo a uma taxa média de mortalidade prevista de 20,2% (SOFA) e uma probabilidade média de mortalidade hospitalar de 12,8% (SAPS II).

A ocorrência de um evento agudo gerador de alterações do estado de saúde, pode ter impacto significativo na autonomia da pessoa. Na vivência da transição saúde/doença é de extrema importância o período de recuperação e reconstrução da autonomia, muitas vezes gerador de conflito interno por constantes e sucessivas comparações com o estado de saúde

prévio (Sousa, 2019). Neste sentido, foi estudado o potencial de reconstrução de autonomia dos participantes longitudinalmente numa escala que avalia tanto as condicionantes afetivas, como a motivação e a atitude da pessoa perante a situação vivida.

A consciencialização da mudança do estado de saúde mostra-se um pilar fundamental na recuperação após a alta. Aquando do reconhecimento dos aspetos que mudaram, o sobrevivente torna-se mais capaz de se reorganizar e de enfrentar a nova condição de vida (Tavares, 2020). O enfermeiro apresenta um papel fundamental neste processo, sendo capaz de identificar como uma necessidade de transição saudável a tomada de consciência da pessoa para as mudanças existentes (Tavares, 2020).

O nível de consciencialização vai interferir em todas as restantes variáveis envolvidas no potencial de reconstrução de autonomia. Influencia o nível de motivação e envolvimento em todo o processo, a força de vontade para aprender e mudar, a crença de que é capaz e ainda o desejo de se tornar mais independente.

Da análise descritiva dos resultados obtidos podemos afirmar que ao longo de todo o estudo de investigação, a média do valor final correspondeu a uma população com potencial de reconstrução da autonomia elevado, com melhoria dos valores entre o 1º e o 6º mês após a alta hospitalar. Houve assim, uma melhoria na condição de saúde dos participantes, uma vez que apresentam níveis de envolvimento e motivação altos, com consciência para as mudanças e das suas implicações (Tavares, 2020).

Com a avaliação desta escala é possível identificar a capacidade física como sendo o maior obstáculo para a recuperação dos participantes. Neste sentido é possível a elaboração de estratégias de intervenção dirigidas às reais necessidades (Petronilho, 2016).

O potencial de reconstrução está fortemente relacionado com o nível de dependência da pessoa pós-internamento em UCI pois, para além das dependências nas atividades diárias, a perda do papel funcional no contexto familiar e social, impactam significativamente a autoestima, podendo ser gerador de sentimentos como a frustração e tristeza (Moraes et al., 2024). Segundo a SPCI em conjunto com a OM (2024), 33% dos sobreviventes apresentam uma dependência parcial numa atividade de vida diária após 12 meses da alta hospitalar. O autocuidado mostra-se então um foco de atenção de elevada importância para a enfermagem, crucial na prática clínica, uma vez que influencia diretamente a saúde e a qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Azevedo et al., 2019).

“Os défices físicos durante o internamento na UCI motivam situações de limitação das capacidades para o desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVD), em particular das atividades inerentes ao autocuidado, originando condições de elevada dependência” (Azevedo et al., 2019, p. 38). Constatámos que os participantes no momento da alta

hospitalar apresentavam considerável nível de dependência com necessidade de ajuda de pessoas nos vários domínios de avaliação, havendo uma redução nas avaliações seguintes, em conformidade com a tendência de outros estudos (Hopkins et al., 2017). Os domínios tomar banho, vestir-se e despir-se e arranjar-se apresentaram taxas iniciais mais elevadas de dependência. Após 6 meses da alta hospitalar, 5% (n=2) dos participantes ainda necessitavam de ajuda de pessoas nestes três domínios.

Importa dar ênfase à percentagem relativa de participantes com três ou mais dependências no autocuidado ao longo do estudo, com prevalência nos vários momentos de avaliação.

No momento da alta hospitalar, o domínio da gestão do regime medicamentoso verificou-se considerável dependência de ajuda de outra pessoa para a realização do mesmo. Esta questão pode estar associada à perda de funcionalidade associada a alterações cognitivas, diminuição da acuidade visual e auditiva, bem como a introdução de novos medicamentos após a alta hospitalar e, conseqüentemente, o aumento do número de medicamentos diários, exigindo assim o apoio de terceiros na sua gestão. A polimedicação, termo utilizado para definir o uso frequente de cinco ou mais medicamentos simultâneos regularmente, está presente em mais de 30% da população pós-internamento em cuidados intensivos (Stewart et al., 2023). Esta é uma realidade possível de observar no presente estudo.

A condição de dependência da pessoa após a alta leva a que haja a necessidade de um cuidador que, maioritariamente é um membro familiar com um papel fundamental no processo de recuperação. Ao longo do estudo, todos os familiares/cuidadores, consideraram-se muito competentes no cuidar nos nove domínios de avaliação do autocuidado.

O compromisso dos processos corporais está frequentemente relacionado com alterações do sistema musculoesquelético como a fraqueza física e, por consequência, apresenta frequentemente compromissos de funções básicas ao nível do sistema cardiorrespiratório, gastrointestinal e cognitivo, com grande impacto na qualidade de vida dos sobreviventes (Teixeira & Rosa, 2024).

Com base na análise descritiva, relativamente aos dados do risco de UPP através da avaliação da escala de Braden pode-se inferir que em todos os momentos de avaliação a média final do valor da escala foi superior a 19 o que representa uma amostra com baixo risco de UPP. Dado estes valores, era expectável que os participantes não desenvolvessem novas UPP, o que se verificou durante todo o estudo. Apenas dois participantes apresentaram UPP no momento da alta hospitalar. A origem destas UPP não se encontra estudada, nem se as mesmas já existiam previamente ao internamento, o que pode ser identificado como uma limitação à análise destes resultados.

A nutrição desempenha um papel essencial na manutenção e recuperação muscular e está associada a contributos diretos na redução da dependência física (Inoue et al., 2024). O suporte nutricional deficiente na pessoa em situação crítica é um problema real dada à ingestão e absorção de nutrientes deficitária, que pode conduzir à desnutrição (He et al., 2024). Esta situação pode condicionar a recuperação da pessoa estando associada ao aumento de disfunções fisiológicas, internamentos prolongados e maiores taxas de mortalidade após a alta hospitalar (He et al., 2024). Apesar da recuperação ponderal se apresentar muitas vezes condicionada por “perda de apetite associada à depressão, dispneia, fraqueza, alterações do paladar e/ou da deglutição” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024, p. 12), a amostra não revelou taxas de emagrecimento nos meses seguintes à alta hospitalar. Os resultados revelam que no momento da alta hospitalar 60% da amostra apresentava um estado nutricional superior ao recomendado, com diminuição da taxa em 10% após 6 meses.

Relativamente à desidratação, nenhum participante apresentou qualquer sinal e sintomas ao longo do estudo e apenas 12,5% (n=5) dos participantes apresentaram um risco de desidratação no momento da alta hospitalar, sendo esta percentagem nula nas avaliações seguintes.

Neste contexto é essencial estudar outras causas de denutrição e desidratação adjacentes como alterações no processo de deglutição. A presença de disfagia tem impacto significativo na vida do sobrevivente podendo ser a causadora principal da desidratação e desnutrição bem como causar consequências como a aspiração de conteúdo alimentar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). A disfagia é frequentemente associada à intubação prolongada, pela presença de traqueostomias ou pela fraqueza muscular com afetação dos músculos da deglutição (He et al., 2024), que pode afetar mais de 20% dos doentes em UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Da análise dos dados podemos verificar que no momento da alta, o processo da deglutição estava comprometido em 17,5% (n=7), com uma redução significativa ao longo do tempo.

O compromisso do processo respiratório no sobrevivente à doença crítica está presente em mais de 50% das pessoas submetidas a VMI prolongada em UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Verificou-se que o compromisso respiratório foi diminuindo ao longo das avaliações. No último momento de avaliação, os participantes apresentavam compromisso respiratório motivado pela necessidade de realizar oxigenioterapia e ventilação não invasiva no domicílio. Seria pertinente, para uma melhor comparação de dados, o estudo dos participantes que já apresentavam este

compromisso prévio ao internamento, de forma a perceber se é consequência do internamento em contexto de UCI.

No que respeita à necessidade de traqueostomia, não existe nenhum registo ao longo do estudo, no entanto poderia ser interessante perceber quais os participantes que foram traqueostomizados durante o internamento e a sua relação com os compromissos apresentados.

A presença de incontinência urinária e ostomias de eliminação podem condicionar a qualidade de vida da pessoa sendo uma realidade presente no pós-internamento em UCI, motivado essencialmente pela presença de dispositivos de eliminação urinária e no caso das ostomias, por atos cirúrgicos altamente invasivos originando urostomias, ileostomias ou colostomias. O número de participantes com incontinência urinária no momento da alta hospitalar foi baixo, sendo que metade recuperou a disfunção após 6 meses. O número de ostomias de eliminação não variou durante o estudo, num total de 3 participantes com íleo ou colostomia.

Conforme já exposto anteriormente, as sequelas físicas são muito prevalentes após um internamento em UCI devido ao repouso e imobilidade no leito por períodos longos (Azevedo et al., 2019). Estudos demonstram que, durante a primeira semana de internamento em UCI, há uma perda de cerca de 12,5% de área músculo-esquelética, sendo a diminuição da força muscular a mais comum e pode persistir durante semanas ou meses até 2 anos após a alta da UCI (Azevedo et al., 2019; Rousseau et al., 2021).

No momento da alta hospitalar a maioria dos participantes referiram ter diminuição da força muscular global e, pela análise dos dados constata-se que a diminuição da força referida, é mais acentuada nos membros inferiores. A SPCI e a OM (2024) referem que mais de 50% dos sobreviventes apresentam alterações ao nível da força muscular 3 meses após a alta e que podem persistir até 5 anos após a alta hospitalar, independentemente de fatores de risco como a idade, diagnóstico ou se foram submetidos a VMI.

Para uma estratificação uniforme do grau de força muscular é recomendado o uso da escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council (MRC) em contexto de UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Esta prática pouco presente no serviço onde o estudo foi implementado, limitou a avaliação da força muscular tanto no momento da admissão da pessoa na unidade como no momento da alta hospitalar.

No que respeita ao risco de queda, por se tratar de um evento multifatorial, há uma maior necessidade de atenção e prevenção. Pode estar relacionado com o compromisso músculo-esquelético anteriormente referido, como a limitação para deambular, a diminuição da força

muscular e a postura corporal, com a agravante da existência ou não de alterações do estado mental como a confusão e o uso de sedativos, de diagnósticos secundários existentes, ambientes de risco (piso molhado, pouca iluminação e falta de acompanhamento) e ainda histórico de quedas anteriores (Specht et al., 2020). A prevenção através da educação para a saúde mostra-se uma intervenção essencial ao longo do acompanhamento da pessoa pós-internamento em UCI dadas as suas necessidades principalmente físicas. Analisando longitudinalmente os resultados podemos observar uma diminuição significativa deste risco e da ocorrência de quedas.

No que respeita ao equilíbrio corporal, a literatura revela que a implementação de programas de mobilidade precoce, desde os primeiros dias de internamento em UCI, proporciona melhores resultados na recuperação funcional com evidentes ganhos no equilíbrio postural (Gil et al., 2020; Reis et al., 2021). No contexto clínico da UCI de recolha de dados, esta prática encontra-se implementada pelo que a incidência de alterações do equilíbrio corporal dos participantes é baixa.

A função cognitiva desempenha um papel crucial no que respeita ao processo de recuperação da pessoa no pós-internamento em UCI. A presença de défice cognitivo manifestado através de alterações da memória, desorientação, défice de atenção, períodos de confusão e *delirium* podem afetar a qualidade de vida da pessoa e da sua família com impacto no retorno ao trabalho, comprometimento nos processos de tomada de decisão, aumento dos níveis de dependência e dos encargos financeiros (He et al., 2024; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Da análise descritiva dos resultados obtidos na tabela 11 da avaliação da MMSE ao longo do estudo, pode-se afirmar que, em média, a amostra apresentou um nível cognitivo normal (média superior a 25 pontos). Das seis áreas de estudo, os participantes apresentaram pontuações inferiores na área da atenção e cálculo e na evocação nos quatro momentos de avaliação. Houve uma notória melhoria de estado cognitivo ao fim de 6 meses, comparativamente com o momento da alta hospitalar, estando de acordo com a literatura que afirma que estas funções tendem a melhorar nos primeiros 6 a 12 meses após a alta hospitalar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024). Ao analisar estes dados é essencial ter em consideração o estado cognitivo prévio ao internamento, uma vez que a disfunção pode não ter relação direta com o internamento, bem como o nível de escolaridade da pessoa de forma a enquadrar e interpretar os resultados de acordo com as reais capacidades.

A dor mostrou-se presente após a alta hospitalar, com diminuição gradual ao longo do estudo. A presença de dor relacionada com o internamento em UCI tem sido alvo de estudo, pelo que os fatores de risco não se encontram bem definidos. A dor relacionada com

procedimentos invasivos realizados na UCI e procedimentos cirúrgicos são as mais documentadas (Dinse et al., 2022). O uso de analgésicos opioides é frequente no controlo da dor em contexto de UCI de forma contínua, no entanto, o uso desses medicamentos pode induzir efeitos colaterais indesejáveis como a dependência. Deste modo, pode dificultar o processo de controlo da dor após o internamento e potenciar o desenvolvimento de *delirium*, que está associado a piores resultados (Moran et al., 2022). A dor em contexto de UCI pode também ser frequentemente subestimada, tanto pela limitação na comunicação como pela correta avaliação da dor num doente sedado com repercussão no pós-internamento (Tavares et al., 2023). Segundo Timmers e seus colaboradores (2011), num estudo de coorte observacional prospetivo com o objetivo de estudar a qualidade de vida de pessoas pós-internamento em UCI, os participantes que 3 e 16 meses após o internamento em UCI ainda sentiam dor, relatavam ter sentido dor muito intensa durante o internamento em UCI em comparação com os participantes sem dor no momento da avaliação.

A fadiga residual pode-se apresentar como uma sequela do SPICI sob a forma de cansaço físico ou mental, com afetação do quotidiano da pessoa (Moraes et al., 2024). A escala MFIS aborda 11 questões relacionadas com a fadiga cognitiva e 10 questões relacionadas com a fadiga física. De um modo geral é possível concluir que a população em estudo demonstra uma maior incidência de fadiga física em detrimento da fadiga cognitiva. No que respeita à fadiga cognitiva, os participantes revelam maior dificuldade em manter a atenção por períodos longos, descoordenação, esquecimento, dificuldade para terminar tarefas que exijam esforço mental, lentificação do pensamento e dificuldade de concentração. Relativamente à fadiga física predomina a limitação na capacidade para fazer coisas fora de casa associado a menor motivação para participar em atividades sociais, dificuldade em manter o esforço físico por períodos longos com a necessidade de descansar mais frequentemente que conduz a uma limitação das atividades físicas. Após a análise dos dados é possível afirmar que há uma melhoria significativa tanto da fadiga física como cognitiva ao longo do tempo decorrido do estudo. Verificou-se que 17,5% (n=7) dos participantes apresentaram fadiga no momento da alta hospitalar (valor final superior a 38), não se verificando qualquer outro caso nos momentos de avaliação seguintes.

A recuperação e a alta hospitalar da pessoa pós-internamento em UCI podem resultar em sobrecarga e aumento dos níveis de stresse para a família/cuidador bem como em elevados custos em saúde (Rodrigues et al., 2024). Após a alta hospitalar, os familiares assumem uma responsabilidade de cuidar, muitas vezes sem a devida preparação, que pode resultar no aumento dos níveis de ansiedade e sentimento de impotência perante as necessidades existentes (Moraes et al., 2024). A valorização do papel de familiar/cuidador é fundamental

para o processo de recuperação e bem-estar tanto da pessoa cuidada como de quem cuida. Neste sentido, foi analisada a sobrecarga dos 39 familiares/cuidadores abrangidos pelo estudo tendo em conta o impacto da prestação de cuidados na vida do cuidador, o tipo de relação interpessoal, as expectativas do cuidador com o cuidar e ainda a perceção de autoeficácia do cuidador no ato de cuidar.

O impacto da prestação de cuidados avalia a condição do familiar/cuidador relativamente ao tempo livre que o cuidador tem, o seu estado de saúde, as suas relações familiares e sociais incluindo o controlo da própria vida, que muitas vezes é afetado. Podemos observar que a uma grande maioria dos familiares/cuidadores referem, ao longo de todo o estudo, que o cuidar tem muito impacto nas suas vidas. Estes dados revelam sobrecarga dos cuidadores e podem estar diretamente relacionados com o tipo de necessidades envolventes da pessoa pós-internamento em UCI.

A relação interpessoal entre o familiar/cuidador e a pessoa cuidada pode envolver fatores extrínsecos à doença como a vergonha, irritação e insegurança, que influenciam negativamente o cuidar. Podemos constatar através dos resultados obtidos que a maioria dos familiares participantes apresenta uma relação muito fácil com a pessoa cuidada durante todo o período de avaliação, o que revela que este fator relacional não é um motivo de peso para os cuidadores. Um estudo desenvolvido por Silva e seus colaboradores (2020) no Brasil revelou que o novo contexto de dependência pode proporcionar uma relação conflituosa entre a pessoa cuidada e o familiar/cuidador pela ajuda excessiva/substituição em tarefas básicas e pela impotência de tomada de decisão por parte da pessoa cuidada. O mesmo estudo infere que a falta de apoio e acompanhamento por profissionais de saúde às famílias, é um fator que favorece a ocorrência de conflitos devido ao desconhecimento, excesso de zelo e incompreensão por parte de quem cuida (Silva et al., 2020).

O terceiro fator avaliado diz respeito às expectativas futuras do cuidar, bem como às capacidades para o fazer. De um modo geral, a maioria dos familiares/cuidadores apresentam expectativas positivas e muito positivas durante decorrer do estudo.

Relativamente à perceção de autoeficácia, avaliou-se a perceção do familiar/cuidador acerca do seu desempenho como cuidadores. Os resultados revelam que os cuidadores fazem o seu melhor na arte de cuidar e consideram-se, na sua maioria, muito competentes no que fazem, em todos os momentos de avaliação.

Após a alta hospitalar e, com a mudança inerente dos papéis desempenhados pelos membros familiares, há uma necessidade de reorganização de recursos consoante as possibilidades de cada família. Relativamente a recursos não profissionais, as famílias tendem a recorrer a

quem lhes é mais próximo e, no presente estudo, os participantes recorreram maioritariamente a familiares.

No que respeita a recursos profissionais não hospitalares, apenas 5% (n=3) dos participantes teve acompanhamento no seu processo de recuperação após a alta hospitalar por parte da USF/UCSP de referência e apenas um participante (2,5%) foi referenciado para integrar o seu processo de reabilitação pela ECCI da UCC de referência. Estes resultados demonstram uma lacuna importante na continuidade do acompanhamento por parte dos profissionais de cuidados de saúde primários, podendo ser causa de uma maior utilização de recursos particulares e hospitalares após a alta. A literatura revela que, quanto à reabilitação das limitações funcionais após a alta da UCI, as equipas integradas na UCI são as mais adequadas para a prestação destes cuidados (Stewart et al., 2023). No entanto, a relação de longo prazo com sobrevivente e a capacidade de acompanhamento contínuo na comunidade de múltiplas doenças novas e já existentes é um cuidado privilegiado dos cuidados de saúde primários igualmente importantes na recuperação da pessoa após a alta hospitalar (Stewart et al., 2023; Inoue et al., 2024). A integração e coordenação da continuidade dos cuidados entre as várias equipas é então um desafio presente a ter em consideração.

Relativamente à utilização de recursos hospitalares por referenciação médica, apenas 17,5% (n=7) participantes iniciaram os seus tratamentos de reabilitação em fisioterapia no primeiro mês após a alta, 30% (n=12) entre o segundo e o terceiro mês e 20% (n=8) até ao sexto mês da alta hospitalar. Estes dados podem indicar um acompanhamento tardio visto termos percentagens mais elevadas de acompanhamento após o primeiro mês da alta. A referenciação pós alta hospitalar e a brevidade do início/continuidade de tratamentos de reabilitação, mostram-se fatores cruciais nos resultados da recuperação da pessoa pós-internamento em UCI. Estes factos são demonstrados por estudos que afirmam que quanto mais cedo for introduzido um programa de reabilitação e quanto mais duradouro for, melhores serão os resultados na recuperação física da pessoa (Pereira, 2021). Relativamente aos recursos particulares, verificou-se que 10% (n=4) dos participantes recorreu no primeiro mês após a alta, 17,5% (n=7) entre o segundo e o terceiro mês e 12,5% (n=5) até ao sexto mês da alta. Houve igualmente uma crescente procura de recursos particulares na área da reabilitação física como fisioterapia, osteopatia e terapia da fala após o primeiro mês da alta hospitalar motivado pelo atraso da referenciação hospitalar.

Foi analisada a frequência com que os participantes recorreram ao SU após a alta hospitalar tendo-se verificado que houve uma menor incidência durante o primeiro mês após a alta com 7 idas ao SU. Houve uma maior incidência entre o primeiro e o terceiro mês de 14 idas ao SU e no período entre o terceiro e o sexto mês, os participantes recorreram 12 vezes ao

SU. As taxas de readmissão hospitalar são importantes aquando da avaliação de uma instituição. A comunidade científica considera readmissão hospitalar o retorno após 30 dias da alta, sendo que alguns autores adotam outros limites temporais (Adania et al., 2024). No limite temporal de 30 dias após a alta, podemos assumir que houve uma taxa de readmissão no SU de 17,5% dos doentes, resultando em 2 internamentos de curta duração. O terceiro internamento ocorreu durante o primeiro e o terceiro mês e igualmente de curta duração. Existe uma escassez de estudos recentes que abordem esta temática específica no contexto nacional na última década. Um estudo português apresenta taxas de reinternamentos hospitalares até 30 dias da alta de 6,4% num período de estudo entre 2000 e 2008 (Sousa-Pinto et al., 2013).

O aumento da necessidade de serviços de saúde pode acarretar despesas financeiras significativas tanto para o agregado familiar como para a sociedade em geral (Moraes et al., 2024). Com o impacto negativo que a doença crítica apresenta sobre a vida laboral e perante a impossibilidade de contribuir financeiramente, podem surgir sentimentos de frustração, depressão e ansiedade com compromisso direto na recuperação da pessoa pós-internamento em UCI (Silva et al., 2020; Rousseau et al., 2021). O stress financeiro é então um fator de risco para o desenvolvimento de SPICI e SPICI-F associado a uma pior qualidade de vida relacionada com sequelas psicológicas (Stewart et al., 2023; Moraes et al., 2024). Neste sentido foram analisadas as fontes de rendimentos, bem como o valor do ordenado médio mensal líquido do agregado familiar. Verificou-se que 60% (n=24) dos participantes obtêm os seus rendimentos através de reformas e/ou pensões o que já seria expectável tendo em conta a faixa etária da amostra e a percentagem de participantes reformados. Relativamente ao rendimento mensal em euros do agregado familiar, tendo em consideração que é a soma dos rendimentos de todo o agregado, 45% (n=18) apresentam rendimentos iguais ou inferiores a 1000€, 42,5% (n=17) apresentam rendimentos entre os 1001€ e 2000€ e 12,5% (n=5) rendimentos superiores a 2001€.

Marra e seus colaboradores (2018) revelam não existirem associações no seu estudo entre o estatuto socioeconómico e a ausência de SPICI. No entanto, sugerem que bons resultados na recuperação após um evento crítico podem estar relacionados com fatores não económicos como a educação, literacia em saúde e comportamentos de saúde, tais como a prática de exercício físico, evitar o consumo de álcool e tabaco em demasia e o controlo adequado de doenças crónicas.

8. Conclusão

A forma como o sobrevivente da doença crítica e sua família vivencia o seu processo de transição saúde/doença é uma preocupação constante de forma a que consiga alcançar uma recuperação plena da qualidade de vida.

O estudo evidencia uma população com necessidades, resultantes de internamentos prolongados e altamente complexos com lacunas no seu acompanhamento. Os resultados obtidos da investigação enfatizam uma amostra de participantes numa faixa etária média avançada e com níveis de escolaridade baixos, condições importantes em todo o processo de recuperação após a alta hospitalar.

O desenvolvimento desta investigação demonstra que os sobreviventes da doença crítica apresentam necessidades com afetação física e cognitiva, após o internamento em UCI.

No que respeita às sequelas físicas, evidenciam-se taxas elevadas da diminuição da força muscular com limitações na realização das atividades de vida diária, necessidades aumentadas, dependência no autocuidado e ainda diminuição da perceção de reconstrução da autonomia. A fadiga física apresenta-se como uma condicionante à recuperação da pessoa, com altos níveis de limitação, influenciando fatores importantes como o desempenho do papel familiar, reinserção social e laboral.

Relativamente ao processo cognitivo, os participantes evidenciaram maiores dificuldades em manter a atenção e a concentração por longos períodos, lentificação do pensamento e esquecimento, tendo apresentado uma melhoria significativa no decorrer do estudo.

A inclusão no estudo da família/cuidador mostrou-se de extrema importância no processo de recuperação da pessoa pós-internamento em cuidados intensivos e das necessidades que esta última apresenta. Verificou-se um elevado comprometimento por parte do familiar/cuidador de referência, com sentimentos de elevada competência para o fazerem. No entanto, são relatados níveis de sobrecarga para o familiar/cuidador no que respeita ao impacto que o cuidar tem na sua vida, saúde e bem-estar.

A referenciação após a alta hospitalar e o seguimento da pessoa na comunidade mostrou-se deficitária com atrasos no início/continuação de tratamentos fisiátricos, tal como o acompanhamento por parte dos cuidados de saúde primários. Neste contexto, houve uma maior procura de recursos particulares e hospitalares, nomeadamente idas ao SU, que eventualmente com um adequado acompanhamento após a alta, poderiam ser evitáveis.

O domínio psicológico não foi objetivo de estudo por parte do projeto de investigação principal pelo que não consta nenhuma avaliação nesse contexto. Pode ser considerada uma limitação do estudo visto ser um domínio de interesse de investigação do SPICI.

Dada a natureza clínica urgente/emergente da pessoa em situação crítica, a avaliação direta das condições físicas e cognitivas prévias ao internamento não foi passível de ser realizada, limitando a investigação. O estudo da condição anterior ao internamento permite uma melhor análise de resultados com vista à recuperação do estado de saúde prévio. Sugere-se assim o estudo nos vários momentos de escalas como Índice de Barthel e a MCR pela sua simplicidade e objetividade, uma vez que abrangem áreas de maior necessidade dos sobreviventes da doença crítica.

A existência de diferentes métodos de medição/avaliação um determinado domínio de SPICI, pode influenciar os resultados existentes, com impacto na investigação uma vez que limita a capacidade de comparações entre estudos, afetando assim as reprodutibilidade e interpretação dos resultados existentes na literatura, sendo uma lacuna importante no conhecimento.

Ao longo do processo de recolha de dados, foi inevitável a perda de participantes motivado pelo desenho longitudinal do estudo em vários momentos de avaliação. Por se tratar de uma amostra de número limitado, sugere-se a realização de mais estudos com amostras robustas para uma caracterização mais precisa.

Este estudo contribuirá para a criação futura de um método de acompanhamento digital do sobrevivente à doença crítica e sua família após a alta hospitalar, desenvolvido pelo projeto principal *"Selfcare@Home: Myself_from critical care to home care"*. O acompanhamento à distância através de meios eletrónicos tem ganho cada vez mais importância na comunidade científica devido aos elevados níveis de satisfação relatados, à poupança de tempo e custos associados e à melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este momento representa a conclusão de um percurso de grande aprendizagem, marcado pelo término do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Mostra-se então oportuno uma reflexão final sobre a vivência deste percurso nas componentes de estágio e investigação, que sustentam a obtenção do grau de Mestre, consubstanciadas no desenvolvimento das competências comuns e específicas essenciais à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nesta área pela OE.

A realização da componente de estágio em contextos de CI e CFU permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências, tanto pessoais e interpessoais, como científicas, técnicas e crítico-reflexivas, alinhadas com o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas programadas. O envolvimento no processo de aprendizagem, com o cumprimento dos objetivos propostos, refletiu-se na aquisição de novos conhecimentos, no aperfeiçoamento do raciocínio clínico crítico, com base nas necessidades individuais de cuidados de cada pessoa e na tomada de decisão segura, sempre baseada em evidência científica.

A componente de investigação constituiu um grande desafio com um investimento e envolvimento pessoal significativo. Isto deve-se à inexperiência na área da investigação, ao facto de ser um estudo temporalmente longo e, acima de tudo, por tentar manter sempre presente alicerces como a responsabilidade, credibilidade, qualidade e transparência durante todo o processo.

A oportunidade de colaborar no projeto de investigação *“Selfcare@Home: Myself_from critical care to home care”*, com vista ao desenvolvimento de métodos de acompanhamento dos sobreviventes à doença crítica e suas famílias, estimulou o interesse no desenvolvimento de competências na área da investigação pela sua pertinência e potencial de aplicabilidade na prática clínica.

A conclusão deste mestrado representa uma realização e superação significativas que, certamente, irão influenciar e pautar todo o percurso e carreira como enfermeira. Representa por isso, o compromisso pela busca dos melhores e mais especializados cuidados de excelência, consciente do papel como agente ativo na mudança e melhoria da qualidade e segurança.

Em última nota, fica a sugestão da criação de mais oportunidades de investimento na área da investigação, como formação específica e a valorização da mesma por parte das entidades empregadoras, com estímulos e incentivos à prática da investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. 1–40. www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Adania, E. T., Junior, G. S. de F., Franzoni, N. R., & Pimentel, S. K. (2024). Emergency room readmission, an avoidable problem? Analysis and stratification of readmissions in a trauma reference center. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 51, e20243704. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243704>
- Álvares, M. (2021). *Introdução à Investigação Quantitativa e Análise SPSS* (MAGE, Ed.). Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/0425864b-c79a-42d8-a69c-87c465b5ea5d>
- Azevedo, P. M. D. da S., Gomes, B. P., Pereira, J. A. T. P., Carvalho, F. M. N., Ferreira, S. P. C., Pires, A. I., & Macedo, J. (2019). Functional dependence at discharge from the intensive care unit: relevance for rehabilitation nursing. *Revista de Enfermagem Referencia*, 20, 37–45. <https://doi.org/10.12707/RIV18084>
- Barreto, M. L. C. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: boas práticas dos cuidados de enfermagem* [Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24074>
- Bevan, G., Evans, A., & Nuti, S. (2019). Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Health Economics, Policy and Law*, 14(2), 141–161. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000561>
- Borghezán, L. D., Okuda, L. M., & Kock, K. de S. (2021). Prognostic factors related to prolonged mechanical ventilation The ventilatory. *Revista Médica de Minas Gerais*, 31, 1. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20210053>
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W. J., Bell, M. J., Bratton, S. L., Chesnut, R., Harris, O. A., Kissoon, N., Rubiano, A. M., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., & Ghajar, J. (2017). Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6–15. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001432>
- Connolly, B., Milton-Cole, R., Adams, C., Battle, C., McPeake, J., Quasim, T., Silversides, J., Slack, A., Waldmann, C., Wilson, E., & Meyer, J. (2021). Recovery, rehabilitation and

- follow-up services following critical illness: An updated UK national cross-sectional survey and progress report. *BMJ Open*, 11(10), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052214>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Plano Nacional de Saúde 2020 - 2030*. www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário Da República N.º 65/2018, Série I de 2018-08-16*, 4147–4182.
- Despacho 2784/2013 de 20 de fevereiro. (2013). Estabelece disposições relativas aos registos electrónicos referentes às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República n.º 36, Série II de 2013-02-20, II(26)*, 6908–6909.
- Dimopoulos, S., Leggett, N. E., Deane, A. M., Haines, K. J., & Abdelhamid, Y. A. (2024). Models of intensive care unit follow-up care and feasibility of intervention delivery: A systematic review. *Australian Critical Care*, 37(3), 508–516. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.04.005>
- Dinse, C. M., Bucher, M., Burgdorff, A. M., Christel, A., & Flöther, L. (2022). Pain management in surgical intensive care patients: A retrospective observational research. *Medicine (United States)*, 101(46), E31297. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031297>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. www.dgs.pt
- Dixon, J., Comstock, G., Whitfield, J., Richards, D., Burkholder, T. W., Leifer, N., Mould-Millman, N. K., & Calvillo Hynes, E. J. (2020). Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 159–166. <https://doi.org/10.1016/J.AFJEM.2020.05.006>
- Egan, T. D. (2019). Are opioids indispensable for general anaesthesia? In *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 122, Issue 6, pp. 127–e135). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.02.018>

- ERS. (2021). *Deliberação do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde - ERS/084/2020*. <https://www.ers.pt/media/loddw3jm/ers-084-2020-deliberação-final-vnc.pdf>
- Ferraz, J. S. S. (2023). *Caracterização do Perfil Funcional dos Doentes Internados num Serviço de Medicina Intensiva através da Johns Hopkins - Highest Level of Mobility Scale adaptada para a população portuguesa: estudo observacional*. Politécnico do Porto.
- Fusari, M. E. K., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. de M., & Costa, V. T. (2021). Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(1), e20200194. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/110492>
- Gil, A. C. C., Sousa, F. M. M., & Martins, M. M. (2020). Implementation of a rehabilitation nursing program in elderly people with fragility/disuse syndrome - case study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27–35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Giménez-Espert, M. D. C., Castellano-Rioja, E., & Prado-Gascó, V. J. (2020). Empatia, inteligência emocional e comunicação em enfermagem: efeito moderador de fatores organizacionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3333. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Hanifa, A. L. B., Glæemose, A. O., & Laursen, B. S. (2018). Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.004>
- He, X., Song, Y., Cao, Y., Miao, L., & Zhu, B. (2024). Post intensive care syndrome: A review of clinical symptoms, evaluation, intervention. *Heliyon*, 10, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31278>
- Hervé, M. E. W., Zucatti, P. B., & Lima, M. A. D. D. S. (2020). Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>
- Hoog, S. A. J. J. op't, Eskes, A. M., Johanna van Mersbergen-de Bruin, M. P., Pelgrim, T., van der Hoeven, H., Vermeulen, H., & Maria Vloet, L. C. (2022). The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 35(3), 309–320. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.010>
- Hopkins, R. O., Suchyta, M. R., Kamdar, B. B., Darowski, E., Jackson, J. C., & Needham, D. M. (2017). Instrumental activities of daily living after critical illness: A systematic review.

- Annals of the American Thoracic Society*, 14(8), 1332–1343.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201701-059SR>
- Imanaka, R., Ouchi, A., Sakuramoto, H., Aikawa, G., Hoshino, T., Enomoto, Y., Shimojo, N., & Inoue, Y. (2024). Survey of sensory impairment in critically ill patients after intensive care unit discharge: An ambidirectional cohort study. *Australian Critical Care*, 37(1), 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.09.012>
- Inoue, S., Nakanishi, N., Amaya, F., Fujinami, Y., Hatakeyama, J., Hifumi, T., Iida, Y., Kawakami, D., Kawai, Y., Kondo, Y., Liu, K., Nakamura, K., Nishida, T., Sumita, H., Taito, S., Takaki, S., Tsuboi, N., Unoki, T., Yoshino, Y., & Nishida, O. (2024). Post-intensive care syndrome: Recent advances and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1002/AMS2.929>
- Instituto da Segurança Social. (2025). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. www.seg-social.pt,
- Jarding, E. K., & Flynn Makic, M. B. (2021). Central Line Care and Management: Adopting Evidence-Based Nursing Interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(4), 328–333. <https://doi.org/10.1016/J.JOPAN.2020.10.010>
- Jordão, E. M. C. (2021). *Infeções associadas aos cuidados de saúde no doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos* [Universidade do Minho]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76787>
- Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). Technological Competency As Caring in Nursing: a Description, Analysis and Evaluation of The Theory. *Slovenian Journal of Public Health*, 61(2), 123. <https://doi.org/10.2478/SJPH-2022-0016>
- Lima, R. M. L. de S., Moura, M. V. de, Matos, J. da C., Walter, K. C., Oliveira, A. C. G. D. P. da C., Araújo, V. S., Cavalcante, E. S., Nunes, V. M. de A., Silva, M. S. da, & Sisnando, M. S. M. (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research, Society and Development*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I1.11186>
- Mahendra, A. D., Hanifah, S., & Sari, C. P. (2023). Cross-sectional study of potential incompatibility of intravenous medications in a neonatal intensive care unit in Indonesia. *Farmacia Hospitalaria*, 47(1), 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2022.11.007>
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Cooccurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003218>

- Mattioni, M. F., Dietrich, C., Sganzerla, D., Rosa, R. G., & Teixeira, C. (2022). Retorno ao trabalho após a alta da unidade de terapia intensiva: uma coorte multicêntrica brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(4), 492–498. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20220169-pt>
- Máximo, M., & Puga, A. (2021). Sedation Management in the Intensive Care Unit. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(4), 157–170. <https://doi.org/10.25751/rspa.24797>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Meleis,+A.+I.+\(2010\).+Transitions+theory:+Middle+range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.+Springer+publishing+company.&ots=7IMiuNSQI6&sig=COhiUZuiDKeH1Cx3UIx9UfBnnFM&redir_esc=y#v=onepage&q=Meleis%2C%20A.%20I.%20\(2010\).%20Transitions%20theory%3A%20Middle%20range%20and%20situation%20specific%20theories%20in%20nursing%20research%20and%20practice.%20Springer%20publishing%20company.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Meleis,+A.+I.+(2010).+Transitions+theory:+Middle+range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.+Springer+publishing+company.&ots=7IMiuNSQI6&sig=COhiUZuiDKeH1Cx3UIx9UfBnnFM&redir_esc=y#v=onepage&q=Meleis%2C%20A.%20I.%20(2010).%20Transitions%20theory%3A%20Middle%20range%20and%20situation%20specific%20theories%20in%20nursing%20research%20and%20practice.%20Springer%20publishing%20company.&f=false)
- Melo, M. E. G. A. (2023). *Traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro em contexto de emergência* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45349>
- Moraes, S. C., Pereira, J. S. V., & Miranda, D. R. de. (2024). Síndrome Pós Cuidados Intensivos e seu Impacto na Qualidade de Vida dos Pacientes e Familiares. *Revista Foco*, 17(7), 1–12. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-035>
- Moran, B. L., Myburgh, J. A., & Scott, D. A. (2022). The complications of opioid use during and post-intensive care admission: A narrative review. In *Anaesthesia and Intensive Care* (Vol. 50, Issues 1–2, pp. 108–126). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0310057X211070008>
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M. M., von Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., & Rufer, M. (2022). A multicomponent family support intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *Trials*, 23(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática* (1st ed.). Lidel. www.lidel.pt
- Norma 001/2017 de 8 de fevereiro. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral Da Saúde: Departamento Da Qualidade Na Saúde*, 1–8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. 1–112.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer Conjunto n.º 01/2017 - Atribuição de Responsável de Turno*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 10/2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer N.º 15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 271/2023 - Administração de antibioterapia por via intratecal e colheita de liquor através da Drenagem Ventricular Externa por Enfermeiros*.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2019). *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar*. www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf
- Palma, D. A., & Gomez Diaz, I. R. (2024). The Relevance of Scales Measuring Health Outcomes in Clinical Practice. *Acta Medica Portuguesa*, 37(4), 298. <https://doi.org/10.20344/AMP.21114>
- Pereira, P. S. P. de F. (2021). *Impacto de programas de reabilitação respiratória na função respiratória de doentes COVID-19 em fase pós-aguda: uma revisão sistemática da literatura*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp. 15–35). Editora Científica. <https://doi.org/10.37885/210303903>
- Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*.
- Pina, E., Ferreira, E., & Sousa-Uva, M. de. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. *Segurança Do Paciente: Conhecendo Os Riscos Nas Organizações de Saúde*, 137–159. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0010>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed.). Lidel.
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., da Mota, L. A. N., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721>
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República n.º 140/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744–4750.

- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (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 n.º 429/2018, Série II de 2018-07-16*, 19359–19370.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República II Série, n.º 184 (25-09-2019)*, 128–155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reis, S., Mendes Castro, E. R., Pimenta Carvalho, S. I., Ferreira Carvalho, S. Z., Fernandes, C. S., & Ferreira Pereira Silva Martins, M. M. (2021). Early mobilization of patients in the intensive care unit: contribution to rehabilitation nursing. A systematic review of the literature. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 4(1), 23–30. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>
- Renner, C., Jeitziner, M. M., Albert, M., Brinkmann, S., Diserens, K., Dzialowski, I., Heidler, M. D., Lück, M., Nusser-Müller-Busch, R., Sandor, P. S., Schäfer, A., Scheffler, B., Wallesch, C., Zimmermann, G., & Nydahl, P. (2023). Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. *Critical Care (London, England)*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S13054-023-04569-5>
- Ribeiro, A. C. V. (2016). *Previsão dos fatores de risco e caracterização de doentes internados nos cuidados intensivos*. Universidade do Minho.
- Ribeiro, K. R. A., Lima, M. L. S., Alves Ferreira Gonçalves, F., Borges, M. M., & Nascimento Guimarães, N. (2019). Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 255–262. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- RISI. (n.d.). *Expert Software Solutions*. Retrieved December 6, 2024, from <https://www.risi.pt/>
- Robinson, C. C., Rosa, R. G., Kochhann, R., Schneider, D., Sganzerla, D., Dietrich, C., Sanchez, É. C., Dutra, F. H., de Oliveira, M. Q., Anzolin, L. B., de Menezes, S. F., Jeffman, R., de Souza, D., da Silva, S. F., Cruz, L. N., Boldo, R., Cardoso, J. R., Birriel, D. C., Gamboa, M. N., ... Teixeira, C. (2019). Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Revista*

- Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(4), 405–413. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>
- Rocha, E. C. L. Da, Ildefonso, A. P. R., Faria, M. G. de A., Vargens, O. M. da C., Mininel, V. A., & Gallasch, C. H. (2021). Strategies for promoting cancer survivors' return to work: an integrative literature review. Strategies for promoting cancer survivors' return to work: an integrative literature review. *Advances in Nursing and Health*, 3, 64–82.
- Rocha, L. P. M. (2015). *Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde Numa Unidade de Cuidados Intensivos* [Universidade do Minho]. <https://search.proquest.com/openview/b651440ead175eb45774716f67046c58/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Rodrigues, A. R., Oliveira, A., Vieira, T., Assis, R., Lume, C., Gonçalves-Pereira, J., & Fernandes, S. M. (2024). A prolonged intensive care unit stay defines a worse long-term prognosis – Insights from the critically ill mortality by age (Cimba) study. *Australian Critical Care*, 37(5), 734–739. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.03.001>
- Rohr, M., Brandstetter, S., Bernardi, C., Fisser, C., Drewitz, K. P., Brunnthaler, V., Schmidt, K., Malfertheiner, M. V., & Apfelbacher, C. J. (2021). Piloting an ICU follow-up clinic to improve health-related quality of life in ICU survivors after a prolonged intensive care stay (PINA): study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00796-1>
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Gonçalves, S. C., Salvador, M. R., Nunes, B., & Dias, C. M. (2020). Healthcare use in patients with multimorbidity. *European Journal of Public Health*, 30(1), 16–22. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118>
- Rousseau, A. F., Prescott, H. C., Brett, S. J., Weiss, B., Azoulay, E., Creteur, J., Latronico, N., Hough, C. L., Weber-Carstens, S., Vincent, J. L., & Preiser, J. C. (2021). Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Critical Care*, 25(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
- Sequeira, C. A. da C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11(12), 9–16. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>
- Silva, C. Z. da, Campos, C. J. G., Jamarim, M. F. M., & Pimentel de Abreu Lima, G. M. (2020). Post-ICU Treatment Experiences of Patients with Functional Disabilities. *Revista Cuidarte*, 11(2), 1–12. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1018>
- Silva, L. B. da, & Breda, D. (2023). The prevalence and distribution of comorbidities involved in elderly patients in a health unit of the municipality of Cascavel-PR. *Research, Society and Development*, 12(4), 1–9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41215>
- Silva, V. A. B. Da. (2023). *A Importância do Estudo da Metodologia da Investigação Científica*. <https://www.researchgate.net/publication/370757330>

- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). The concept of dignity in nursing care: A theoretical analysis of the ethics of care. *Revista Bioetica*, 27(2), 244–252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (n.d.). *Follow-up no Doente Crítico - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*. Retrieved December 5, 2024, from <https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-doente-critico>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2024). *Recomendações para o Seguimento da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos no Doente e Família*. https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
- Sousa, M. de L. V. de. (2019). *A reconstrução da autonomia do adulto jovem após um acidente vascular cerebral gerador de dependência no autocuidado* [UTAD]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/64113>
- Sousa, M. (2022). *A pessoa no pós-internamento em Cuidados Intensivos: um modelo de acompanhamento de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Sousa, M. A. A., Pereira, S. C. de A., Almeida, A., Mota, L. A. N., & Ferreira, F. M. P. B. (2024). Health consequences and nursing care needs of patients after ICU discharge: a retrospective observational study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(4), 2021–2029. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2024.15.0020>
- Sousa-Pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., Silva, J., Carneiro, M. C., Domingues, M. J., Cunha, M. J., Costa-Pereira, A., & Freitas, A. (2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 26(6), 711–720. www.actamedicaportuguesa.com
- Specht, A. M., de Sousa, G. P., & Beghetto, M. G. (2020). Incidence of falls in a cohort of critical adults: a cause for concerns? *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41(Special Issue), 7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190167>
- Stedman, W., Donaldson, L., Garside, T., Green, S., Donoghoe, S. F., Whitfield, V. E., Bass, F., Delaney, A., & Hammond, N. (2024). The feasibility and acceptability of a physician-led ICU follow-up service: A prospective cohort study. *Australian Critical Care*, 37(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.10.003>
- Stewart, J., Bradley, J., Smith, S., McPeake, J., Walsh, T., Haines, K., Leggett, N., Hart, N., & McAuley, D. (2023). Do critical illness survivors with multimorbidity need a different model of care? *Critical Care*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04770-6>
- Tavares, C. L. C., Pinheiro, I. de O., Brito, M. P. A., Cesário, B. K. L., Cruz, A. M. G. S., Fernandes, C. G., & De Oliveira, Y. N. D. (2023). Evaluation and management of pain in the intensive

- care unit. *Revista Contemporânea*, 3(6), 5936–5954. <https://doi.org/10.56083/rcv3n6-065>
- Tavares, P. (2020). *Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2024). Desmascarando as consequências ocultas: sequelas pós-unidade de terapia intensiva, planejamento da alta e acompanhamento a longo prazo. *Critical Care Science*, 36, 1–15. <https://doi.org/10.62675/2965-2774.20240265-pt>
- Tejero-Aranguren, J., Martin, R. G. M., Poyatos-Aguilera, M. E., Morales-Galindo, I., Cobos-Vargas, A., & Colmenero, M. (2022). Incidência e fatores de risco associados à síndrome pós-cuidados intensivos em uma coorte de pacientes em estado crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(3), 380–385. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20220224-pt>
- Timmers, T. K., Verhofstad, M. H. J., Moons, K. G. M., Van Beeck, E. F., & Leenen, L. P. H. (2011). Long-term Quality of Life After Surgical Intensive Care Admission. *Archives of Surgery*, 146(4), 412–418. <https://doi.org/10.1001/ARCHSURG.2010.279>
- Tobin, S. A., & Watters, D. A. (2020). Communication: an enabling competency. *ANZ Journal of Surgery*, 90(3), 364–369. <https://doi.org/10.1111/ANS.15672>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical Care Nursing Diagnosis and Management* (9th ed.). Elsevier.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A. M., & Vainieri, M. (2022). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-07467-8/TABLES/2>
- Zangão, M. O. B., & Bilro, P. C. V. (2022). Governança Clínica: Promoção da qualidade nas práticas clínicas. In *Governança Clínica: Promoção da qualidade nas práticas clínicas*. Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/AT.ED.481221808>
- Zrelak, P., Eigsti, J., Fetzick, A., Gebhardt, A., Moran, C., Moyer, M., & Yahya, G. (2020). Evidence-based review: nursing care of adults with severe traumatic brain injury. *American Association of Neuroscience Nurses*, 42, 1–42. https://aann.org/uploads/AANN20_CPG_TU_Update_FINAL.pdf

ANEXOS

ANEXO I: TABELA DE INCOMPATIBILIDADES MEDICAMENTOSAS

Tabela de incompatibilidades medicamentosas

Uma unidade de cuidados intensivos apresenta desafios substanciais no que concerne à segurança do doente. A envolvimento de processos complexos propensos a erros é grande e por sua vez, são significativas as suas consequências para o doente crítico (Sriram et al., 2020).

Uma das causas conhecidas de bacteriemias associadas a acessos vasculares é a “contaminação direta do cateter e/ou porta de acesso, através de mãos, fluidos ou materiais contaminados” (Pinho, 2020, p.170).

A incompatibilidade medicamentosa pode decorrer da interação indesejada física e química durante o processo de preparação ou administração de medicação. Numa unidade de cuidados intensivos a necessidade de várias perfusões de medicamentos por via endovenosa de forma contínua em simultâneo é constante (Mahendra et al., 2023).

Neste sentido há a necessidade de encontrar estratégias para reduzir possíveis erros e assim, capacitar as equipas de enfermagem de informação necessária desde a preparação e administração terapêutica à gestão de acessos vasculares.

O objetivo desta tabela é identificar quais as compatibilidades e incompatibilidades mais comuns entre fármacos mais frequentemente utilizados em perfusão contínua no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do CHVNG.

O presente documento foi igualmente realizado com o intuito de integrar uma instrução de trabalho/procedimento direcionados à temática da prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central no SMIP.

Processo transacional do sobrevivente da doença crítica e família

[illegible]

Referencias bibliográficas:

- Assis, T. C. S., Pereira, L. H. T. R., Jr, R. C., Freitas, K. D., Kawata, L. S., & Brito, M. de F. P. (2021). *Tabela de Compatibilidade para Administração de Medicamentos Endovenosos*.
- Castells Lao, G., Rodríguez Reyes, M., Roura Turet, J., Prat Dot, M., Soy Muner, D., & López Cabezas, C. (2020). Compatibility of drugs administered as Y-site infusion in intensive care units: A systematic review. In *Med Intensiva* (Vol. 44, Issue 2). <http://www.medintensiva.org/en/>
- Mahendra, A. D., Hanifah, S., & Sari, C. P. (2023). Cross-sectional study of potential incompatibility of intravenous medications in a neonatal intensive care unit in Indonesia. *Farmacia Hospitalaria*, 47(1), 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2022.11.007>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., Vol. 1). Lidel.
- Sriram, S., Aishwarya, S., Moithu, A., Sebastian, A., & Kumar, A. (2020). Intravenous drug incompatibilities in the intensive care unit of a tertiary care hospital in India: Are they preventable? *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 9(2), 106. https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp_20_11

**ANEXO II: COMUNICAÇÃO ORAL “NECESSIDADES DOS
FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA”**

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“Necessidades dos Familiares da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência”** da autoria de **Daniel Serra de Oliveira e Luís Miguel Ferreira Sousa**, foi apresentada pela autora **Ana Lúcia Valente Pinho** nas **3^{as} Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica** realizadas nos dias 28 e 29 de setembro de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 29 de setembro de 2023

A Comissão Científica



Professora Doutora Liliana Mota

**ANEXO III: E-POSTER “O PAPEL DO ENFERMEIRO NO
ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”**

CERTIFICADO

Certifica-se que o poster intitulado **“O Papel do Enfermeiro no Acolhimento das Famílias no Serviço de Urgência”** da autoria de **Ana Lúcia Valente Pinho, Daniel Serra de Oliveira e Luís Miguel Ferreira de Sousa** foi apresentado nas **3^{as} Jornadas de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica** realizadas nos dias 28 e 29 de setembro de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Oliveira de Azeméis, 29 de setembro de 2023

A Comissão Científica



Professora Doutora Liliana Mota

**ANEXO IV: COMUNICAÇÃO ORAL “INSTILAÇÃO DE SOLUÇÃO
SALINA NORMAL EM DOENTES COM VIAS AÉREAS ARTIFICIAIS
INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS”**



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Mara Sousa, Andrea Silva, Ana Pinho, Diana Ribeiro

apresentou a **comunicação oral** intitulada **“Instilação de solução salina normal em doentes com vias aéreas artificiais internados em cuidados intensivos”** inserida no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

**ANEXO V: COMUNICAÇÃO ORAL “INFORMAÇÃO RELEVANTE NA
TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DOS CUIDADOS
INTENSIVOS PARA O INTERNAMENTO”**

NURSID 2024 CONGRESSO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Ana Lúcia Valente Pinho** apresentou a comunicação intitulada *Informação relevante na transição do cuidado de enfermagem dos cuidados intensivos para o internamento* no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem, organizado nos dias 6 e 7 de maio de 2024, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Ana Lúcia Valente Pinho, Mara Alexandra Alves de Sousa, Liliana Andreia Neves da Mota

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
 Rua Dr. António Bernardino de Almeida // 4200-072 Porto // Tel.: 225 073 500 // Fax: 225 096 337 // esep@esenf.pt // www.esenf.pt

ANEXO VI: QUESTIONÁRIO SELFCARE@HOME – MYSELF FROM CRITICAL CARE TO HOME CARE

Selfcare@Home – Myself From critical care to home care

Questionário Recolha de dados: **Admissão na UCI**

ID: Código UCI _____

1. CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO DOENTE

Sexo: Feminino / Masculino

Idade: _____ anos

Estado civil:

Casado / Solteiro / Divorciado / Viúvo

Nível de Escolaridade:

Analfabeto / 1º ciclo / 2º ciclo / 3º ciclo / Ensino Secundário / Ensino Superior

Condição laboral anterior ao internamento:

Ativo / Desempregado / Reformado / Baixa / Estudante

Condição laboral no momento da avaliação:

Ativo / Desempregado / Reformado / Baixa / Estudante

1. CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

Sexo: Feminino / Masculino

Idade: _____ anos

Estado civil:

Casado / Solteiro / Divorciado / Viúvo

Nível de Escolaridade:

Analfabeto / 1º ciclo / 2º ciclo / 3º ciclo / Ensino Secundário / Ensino Superior

Condição laboral no momento da avaliação:

Ativo / Desempregado / Reformado / Baixa / Estudante

Parentesco:

Marido/Esposa / Pai/Mãe / Filho/Filha / Irmão/Irmã / Afinidade(nora, cunhado...) / Sem parentesco

Coabitação:

Sim / Não

2. DADOS DE ADMISSÃO NA UCI

Nº dias de internamento hospital	
Nº dias de internamento CI	
Nº dias de sedação	
Nº dias de ventilação mecânica invasiva	
Sedação nas 1ªs 24 h (valor mais alto) RASS	
Existência de <i>Delirium</i>	
SOFA (valor)	
SAPSII (valor)	

Selfcare@Home – Myself From critical care to home care

Questionário Recolha de dados: Alta Hospitalar/1 mês/3 meses/6 meses após

ID: Código UCI _____

1. CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO DOENTE

Condição laboral no momento da avaliação:

Ativo / Desempregado / Reformado / Baixa / Estudante

2. POTENCIAL RECONSTRUÇÃO AUTONOMIA

	Sem potencial (1)	Potencial reduzido (2)	Potencial moderado (3)	Potencial elevado (4)
Consciencialização mudanças estado saúde	☐	☐	☐	☐
Força vontade expressa para a aprendizagem	☐	☐	☐	☐
Crença demonstrada que é capaz recuperar	☐	☐	☐	☐
Desejo expresso tornar-se mais independente	☐	☐	☐	☐
Motivação/envolvimento processo aprendizagem	☐	☐	☐	☐
Capacidade cognitiva	☐	☐	☐	☐
Capacidade física (movimentos finos, equilíbrio, força muscular, fadiga, tónus muscular)	☐	☐	☐	☐

3. AUTOCUIDADO (Sobrevivente/Familiar)

Sobrevivente:

- 1 – Dependente não participa
- 2 – Necessita de ajuda pessoas
- 3 – Necessita equipamentos
- 4 – Independente

Familiar cuidador sente-se:

- 1 – Incompetente
- 2 – Pouco competente
- 3 – Mediamente competente
- 4 – Muito competente

Tomar Banho

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Alimentar-se

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Vestir-se e despir-se

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Virar-se

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Arranjar-se

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Transferir-se

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Gerir regime

medicamentoso

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Usar o sanitário

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Andar

Cliente: ____/____

Familiar: ____/____

Nº de medicamentos por dia: ____

4. COMPROMISSO NOS PROCESSOS CORPORAIS

Risco de UPP (valor total da Escala de Braden): _____

Baixo risco: > ou igual a 19 / Risco moderado: 13 a 18 / Alto risco: < ou igual 12

Percepção Sensorial		Mobilidade do corpo	
Completamente limitado	1	Completamente imóvel	1
Muito limitado	2	Muito limitado	2
Ligeiramente limitado	3	Significativamente limitado	3
Nenhuma limitação	4	Não limitado	4
Humidade da pele		Nutrição	
Constantemente húmida	1	Muito pobre	1
Muito húmida	2	Provavelmente inadequada	2
Ocasionalmente húmida	3	Adequada	3
Raramente húmida	4	Excelente	4
Atividade física		Fricção	
Acamado	1	Problema	1
Sentado	2	Problema Potencial	2
Anda ocasionalmente	3	Não aparenta nenhum problema	3
Anda frequentemente	4		

Presença de UPP: Sim / Não

Nº de UPP (caso existam): _____

Localização da UPP:

Região sagrada / Trocânteres / Calcâneos / Maléolos / Outra

Estado nutricional

Emagrecido / Normoponderal / Excesso peso / Obesidade

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

(IMC= peso / (altura x altura))

Risco de desidratação

Sim / Não

Desidratação

Sim / Não

Deglutição comprometida

Sim / Não

Compromisso processo respiratório

Sim / Não

Traqueostomia

Sim / Não

Incontinência urinária

Sim / Não

Algiação / Ostomia eliminação

Sim / Não

Diminuição da força muscular

Sim / Não

Opinião do doente/Familiar (escala – min 0 - máx 5)

MSD - _____ / MSE - _____ MID - _____ / MIE - _____

Risco de rigidez articular

Sim / Não

Rigidez articular

Sim / Não

Risco de queda (valor total da Escala de Morse): _____

Sem risco (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco ($\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco ($\geq$ 51 pontos).

Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Nº de quedas desde a última avaliação: _____

Equilíbrio sentado

Sim / Não

Equilíbrio de pé

Sim / Não

Dor (Escala de 0 a 10) Score: _____

Relacionada com o internamento?

Sim/Não

Estado de consciência (Escala Coma de Glasgow)

Score: _____

Abertura ocular		Resposta verbal		Resposta motora	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece	6
Ao chamar	3	Confuso	4	Localiza	5
À dor	2	Palavras	3	Flete	4
Ausente	1	Sons	2	Flexão anormal	3
		Ausente	1	Extensão	2
				Ausente	1

Estado cognitivo - Mini Mental State Examination (MMSE)

Score: _____

1. ORIENTAÇÃO (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que país estamos? _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Pontos: _____

2. RETENÇÃO

Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas:

(Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

Pontos: _____

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

Quantos são 30 menos 3? Volte a subtrair 3.

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

(27) (24) (21) (18) (15)

Pontos: _____

4. EVOCAÇÃO

Dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há para repetir (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

Pontos: _____

5. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

Como se chama isto?" Mostrar objetos:

Relógio: _____

Lápis: _____

Pontos: _____

b) Repetir a frase: "O rato roeu a rolha" _____

Pontos: _____

c) Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o na mesa.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Pontos: _____

d) Leia e cumpra o que diz neste cartão.

Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS" _____

Pontos: _____

e) Escreva uma frase.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido) _____

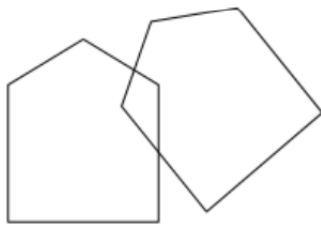
Pontos: _____

g) Copie o desenho que lhe vou mostrar. Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto.

Tremor e erros de rotação não são valorizados) _____

Pontos: _____



Fadiga (Escala de Impacto da Fadiga Modificada (MFIS) – versão portuguesa)

Score final: _____

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho estado menos alerta	0	1	2	3	4
2. Eu tenho tido dificuldades em manter a atenção por períodos longos	0	1	2	3	4
3. Eu tenho sido incapaz de pensar claramente	0	1	2	3	4
4. Eu tenho andado desastrado e descoordenado	0	1	2	3	4
5. Eu tenho andado esquecido	0	1	2	3	4
6. Eu tenho tido necessidade de me moderar nas minhas atividades físicas	0	1	2	3	4
7. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que exija esforço físico	0	1	2	3	4
8. Eu tenho estado menos motivado para participar em atividades sociais	0	1	2	3	4
9. Eu tenho estado limitado na minha capacidade para fazer coisas fora de casa	0	1	2	3	4
10. Eu tenho tido dificuldades em manter o esforço físico por períodos longos	0	1	2	3	4
11. Eu tenho tido dificuldades em tomar decisões	0	1	2	3	4

12. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que exija esforço mental	0	1	2	3	4
13. Os meus músculos têm estado fracos	0	1	2	3	4
14. Eu tenho estado fisicamente desconfortável	0	1	2	3	4
15. Eu tenho tido dificuldades em terminar tarefas que exijam esforço mental	0	1	2	3	4
16. Eu tenho tido dificuldades em organizar os meus pensamentos quando estou a fazer coisas em casa ou no trabalho	0	1	2	3	4
17. Eu tenho estado menos capaz de completar tarefas que exijam esforço físico	0	1	2	3	4
18. O meu pensamento tem estado mais lento	0	1	2	3	4
19. Eu tenho tido dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
20. Eu tenho limitado as minhas atividades físicas	0	1	2	3	4
21. Eu tenho necessidade de descansar mais frequentemente ou por períodos mais longos	0	1	2	3	4

5. FAMILIAR/CUIDADOR

Sobrecarga familiar/cuidador:

Impacto da prestação de cuidados:

Muitíssimo impacto / Muito impacto / Pouco impacto / Nenhum impacto

Relação Interpessoal

Muito difícil / Difícil / Fácil / Muito fácil

Expectativas com o cuidar:

Muito positivas / Positivas / Negativas / Muito negativas

Perceção de autoeficácia:

Incompetente / Pouco competente / Mediana / Competente / Muito competente

6. RECURSOS

Recursos não profissionais

Familiares

Sim/Não

Vizinhos

Sim/Não

Amigos

Sim/Não

Empregada

Sim/Não

Outra

Sim/Não

Recursos profissionais

Serviço de apoio domiciliário (SAD)

Sim/Não

USF/UCSP

Sim/Não

ECCI

Sim/Não

Serviços hospitalares (especificar)

Sim/Não

Quais? _____

Serviços particulares (especificar)

Sim/Não

Quais? _____

Nº vezes que recorreu ao serviço urgência desde a última avaliação: _____

Nº internamentos desde a última avaliação: _____

Causa idêntica ao internamento anterior em UCI? Sim/Não

Recursos financeiros

Rendimento trabalho

Sim/Não

Subsídio desempregado

Sim/Não

Subsídio temporário (ex. seguros)

Sim/Não

Rendimento Social de Inserção

Sim/Não

Pensão/Reforma

Sim/Não

A cargo da família

Sim/Não

Apoio Social

Sim/Não

Complemento de dependência

Sim/Não

Outro

Sim/Não

Rendimento€ agregado familiar (mensal)

Até 300€ / 300€ a 700€ / 701€ a 1000€ / 1001€ a 1500€ / 1501€ a 2000€ / >2000€

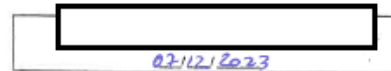
**ANEXO VII: PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO/
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**



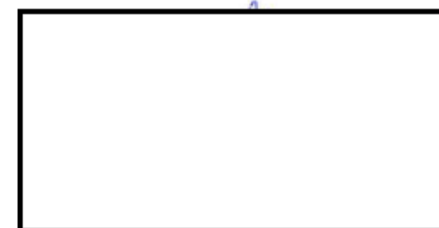
REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



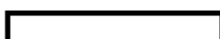
Declaro de autorizar



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração,

ASSUNTO: Pedido de autorização para a
realização de trabalho de investigação

Registo CES N.º 79_2023

 05 de dezembro de
2023

Designação do trabalho de Investigação

Myself_From critical care to home care.

Proponente(s)

Enf.ª Ana Lúcia Pinho;

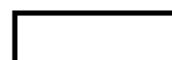
alvpinho@gmail.com

Parecer da Comissão de Ética

Favorável.



Secretariado da Comissão de Ética para a Saúde do



ANEXO VIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO



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 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

