



EGAS MONIZ SCHOOL | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
of HEALTH & SCIENCE | EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

CARING FOR THE FAMILY OF PERSON IN CRITICAL SITUATION:
SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS

Verónica Andreia Andrade da Silva Pereira

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

CARING FOR THE FAMILY OF PERSON IN CRITICAL SITUATION:
SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS

Verónica Andreia Andrade da Silva Pereira

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre Célia Rodrigues
de Oliveira Tavares Vaz

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

*“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos. Não é o quanto damos,
mas quanto amor colocamos em dar.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTO

Eu sempre soube que a beleza do caminho está em quem temos ao nosso lado. Percorrer este só deu razão a tudo aquilo em que sempre acreditei.

À Professora Doutora Cidália Castro, pelas valiosas partilhas ao longo deste percurso, pelo seu rigor, pela sua presença e atenção a todos.

À Professora Mestre Célia Vaz, por todas as horas de orientação, pela generosidade imensa com que partilhou o seu conhecimento, pela sua presença incondicional que me incentivou e deu alento nas dificuldades desta caminhada.

A todos os Enfermeiros Orientadores, por serem uma fonte de inspiração e conhecimento sem medida e que vou transportar para a minha prática de todos os dias.

A todos os Profissionais com quem tive contacto. Cada palavra, cada gesto, cada existência contribuiu de forma essencial para a minha formação enquanto profissional e pessoa.

A todas as Pessoas e Famílias que tive oportunidade de cuidar. Deram vida e sentido a toda esta trajetória.

À minha Enfermeira Chefe, que sempre incentivou e apoiou o meu crescimento e desenvolvimento profissional, ficando verdadeiramente feliz com as minhas conquistas.

Ao meu Marido, companheiro de todas as horas, almofada de todas as dificuldades, sorriso de todas as vitórias. Nada teria sido possível sem a sua presença motivadora e infinitamente compreensiva. Sei, por causa dele, que isto não é meu. É nosso.

Aos meus Pais, por toda a compreensão, motivação e carinho. Por todas as esperas que suportaram e por todo o amor que nunca deixaram de dedicar.

Aos meus Colegas e Amigos, por todas as vezes em que eu não pude estar, mas sobretudo pelas vezes em que eles estiveram. O apoio, o sorriso, a fé, a confiança, todas as vezes em que me fizeram sentir que era capaz, foram a cura que precisei tantas vezes, mesmo sem pedir.

O meu mais profundo e sincero Bem-haja!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

APA- American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

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

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV - Suporte Avançado de Vida

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUG - Serviço de Urgência Geral

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UT - Unidade de Transplantes

RESUMO

A prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem evoluído significativamente, muito impulsionada pela grande revolução tecnológica característica do nosso tempo.

Um evento inesperado, como uma situação crítica de doença, sistematicamente afeta tanto a Pessoa em Situação Crítica como também se repercute profundamente no seu seio familiar. Neste contexto, é essencial que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica reconheça a família como um elemento central nos cuidados prestados. É assim fundamental que capacite, apoie e cuide a família tornando-a parte integrante do plano de cuidados. Esta inclusão torna-se assim o elo essencial para a prestação de cuidados de excelência, assumindo o Enfermeiro Especialista um enorme propósito na sensibilização da equipa de cuidados de saúde para esta problemática.

Na realização do presente Relatório de Estágio, recorreremos a uma metodologia reflexiva e análise crítica do percurso formativo, espelhando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das competências preconizadas para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem. Este percurso formativo, incluiu para além da componente teórica, estágio em três contextos clínicos diferentes, nomeadamente, Serviço de Urgência Geral, Unidade de Transplantes e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Conceptualmente, este Relatório tem como referencial teórico de enfermagem, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, a Teoria das Transições. Todo o nosso percurso foi norteado pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e pelos descritores de Dublin definidos para o Grau de Mestre em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE

Família; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem Especializada.

ABSTRACT

The provision of nursing care to the Person in Critical Situation has evolved significantly, greatly influenced by the technological revolution characteristic of our time. An unexpected event, such as a critical illness situation, systematically impacts both the Person in Critical Situation and profoundly affects their family. In this context, it is essential for the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation to recognize the family as a central element in the care provided. Therefore, it is fundamental to empower, support, and care for the family, making it an integral part of the care plan. This inclusion thus becomes the essential link for the provision of excellent care, with the Nurse Specialist bearing a significant responsibility in raising the awareness of the healthcare team regarding this issue.

In the preparation of this Internship Report, we adopted a reflexive methodology and critical analysis of the educational journey, reflecting the acquisition of knowledge and the development of the competencies advocated for the conferment of the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation and Master's in Nursing.

This educational journey included, in addition to the theoretical component, internships in three different clinical contexts, namely, the General Emergency Service, the Transplant Unit, and the Polivalent Intensive Care Unit.

Conceptually, this report is theoretically grounded in Afaf Meleis' Middle-Range Theory, the Theory of Transitions. Our entire journey has been guided by the Common Competency Regulation for Nurse Specialists, the Specific Competency Regulation for the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation, and by the Dublin descriptors defined for the Master's degree in Nursing.

KEYWORDS

Family; Person in Critical Situation; Specialized Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	16
1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	19
1.3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS.....	22
2. CONTEXTO CLÍNICO.....	28
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	28
2.1.1. Recursos Físicos e Materiais	29
2.1.2. Recursos Humanos.....	30
2.2. UNIDADE DE TRANSPLANTES.....	31
2.2.1. Recursos Físicos e Materiais	33
2.2.2. Recursos Humanos.....	34
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	35
2.3.1. Recursos Físicos e Materiais	35
2.3.2. Recursos Humanos.....	36
3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	38
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	40
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES	68
ANEXOS	150

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES	68
APÊNDICE A- Protocolo de Scoping Review	69
APÊNDICE B- Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral”	83
APÊNDICE C- Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa submetida a Transplante, em Unidade de Transplantes”	99
APÊNDICE D - Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente”	116
APÊNDICE E- Proposta de Guia de Acolhimento à Família, no Serviço de Urgência Geral	134
APÊNDICE F- Proposta de Guia de Acolhimento à Família, na Unidade de Transplantes	136
APÊNDICE G- Proposta de Procedimento: Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral	138
APÊNDICE H- Proposta de Instrução de Trabalho: Acolhimento à Família da Pessoa Submetida a Transplante	142
APÊNDICE I- Poster: “Família da Pessoa em Situação Crítica como cenário formal de cuidados: Intervenções de Enfermagem Especializada- A <i>Scoping review</i> ”- III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS	146
APÊNDICE J- Poster “Via Verde Sepsis” - III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS	148

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	150
ANEXO I- Certificado de participação - III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	151
ANEXO II- Certificado de apresentação do Poster "Família da Pessoa em Situação Crítica como cenário formal de cuidados: Intervenções de Enfermagem Especializada- A <i>Scoping Review</i> ". III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	153
ANEXO III- Certificado de apresentação do Poster "Via Verde Sepsis" III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS	155
ANEXO IV- Certificado de Participação "1º Encontro Científico S.U HSLE – “A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos cuidados"	157
ANEXO V- Certificado de Participação "Reunião do Núcleo de Acessos Vasculares e Transplantação da SPACV".....	159
ANEXO VI - Certificado congressista no "1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico"	161
ANEXO VII- Certificado de frequência de Workshop - Técnicas de Substituição da Função Renal no Doente Crítico- 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico	163
ANEXO VIII- Certificado de participação no Webinar "Centro de Hemodiálise em contexto hospitalar"	165
ANEXO IX- Certificado de participação no Webinar: "A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção"	167
ANEXO X- Certificado de participação no Webinar: "Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência"	169

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Egas Moniz School of Health & Science, inserindo-se na Unidade Curricular Opção I- Estágio e Relatório. Tem como principal finalidade espelhar o desenvolvimento e aquisição de competências durante o percurso formativo, através da descrição, análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas e aprendizagens adquiridas.

A sua elaboração visa obter a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem. Assim sendo, este documento tem por base as orientações da OE, no que respeita às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018). Fundamenta-se também nos descritores de Dublin que qualificam o segundo ciclo de formação (Despacho nº13755/2009, de 15 de junho), referente ao grau de mestre em enfermagem.

A complexidade intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem nos dias de hoje e a exigência de alcançar a excelência no cuidar, impõem um aprimoramento contínuo do conhecimento e das competências. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados.” (Regulamento nº 149/2019, p. 4744).

Os cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) referem-se a:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (Regulamento nº 429/2018, p.19362).

O processo de doença da PSC é, também frequentemente, experienciado pela família. Sá (2023), reconhece que o cuidado de enfermagem à família é mais do que alargar a esfera da intervenção dos cuidados, refletindo-se no desenvolvimento de uma abordagem holística do cuidar. Está cada vez mais implícita uma mudança no paradigma do cuidado de enfermagem, na medida em que, o cuidado centrado apenas na pessoa doente, tem vindo a evoluir para o cuidado centrado na pessoa doente e na sua família.

A emergência dos cuidados que a PSC exige, ou a própria complexidade dos contextos associados aos cuidados críticos, fazem colocar em segundo plano o acompanhamento da família da PSC (Lusquiños et al., 2019; Ramos et al. 2018). Identifica-se, portanto, uma inadequação substancial em relação à inclusão e ao acompanhamento da família da PSC. O facto da nossa trajetória profissional, ser desenvolvida num contexto díspar dos contextos associados aos cuidados críticos, despertou-nos para a importância desta problemática e, através de um olhar atento e sensível, motivou-nos a explorá-la e trazer uma abordagem mais aprofundada sobre o tema.

Considerando então, a grandiosa importância de englobar a família no cuidado à PSC, emergiu a necessidade de explorar e sintetizar a melhor evidência científica sobre as intervenções de enfermagem especializada no cuidado à família da PSC, o que concretizámos com a realização de uma *Scoping Review* (Apêndice A) submetida ao tema.

Contudo, quanto à aquisição de competências e de acordo com Benner (2001), a aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus no âmbito da enfermagem, revela que os conhecimentos são adquiridos e aprimorados através da prática clínica, numa transição gradual entre diferentes níveis, de iniciado a perito. Neste sentido, este percurso incluiu três estágios em contextos clínicos diferentes, designadamente em Serviço de Urgência Geral (SUG), Unidade de Transplantes (UT) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), que permitiram a análise e reflexão crítica sobre a prática de cuidados especializados. A realização de estágios permite o desenvolvimento de competências e o treino do juízo crítico, através da mobilização de conhecimentos alicerçados na melhor e mais atualizada evidência, visando a capacitação para gerir situações complexas e tomar decisões autónomas e fundamentadas (Rabiais, 2016).

Face ao anteriormente descrito, delineámos como objetivos deste Relatório de Estágio:

- Analisar e refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem, durante o percurso formativo;
- Estabelecer relação entre a prática clínica e as competências do Enfermeiro Especialista, com foco no cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica;
- Conhecer a melhor e mais atualizada evidência científica disponível acerca das intervenções de enfermagem especializada, que atendem às necessidades de cuidado à Família da Pessoa em Situação Crítica, através da realização de uma *Scoping Review*.

Quanto à estrutura, para uma melhor organização, o trabalho foi estruturado em quatro partes. O primeiro capítulo enquadra os conceitos teóricos principais e justifica a escolha da temática

abordada. Centra a reflexão sobre a importância da família da PSC, sobre as suas necessidades de cuidado e, explana a escolha do referencial teórico que orienta todo o relatório, referindo-nos à Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O segundo capítulo fundamenta a seleção de cada um dos três contextos clínicos onde decorreram os estágios, a sua caracterização e, os objetivos definidos para cada contexto específico.

No terceiro capítulo, é apresentada a análise crítica e reflexiva de todo o percurso formativo, alicerçada no desenvolvimento e na aquisição de Competências Comuns e Específicas do EEEMCPSC.

As considerações finais, presentes no quarto capítulo, encerram o Relatório de Estágio com uma reflexão conclusiva e a síntese dos conteúdos abordados.

Seguem-se as referências bibliográficas consultadas, os apêndices que documentam as atividades realizadas e os anexos que incluem os certificados de participação em congressos e formações frequentadas ao longo deste percurso.

De referir que, o presente documento encontra-se redigido com o novo acordo ortográfico português, cumprindo o Guia de Elaboração de trabalhos escritos da Egas Moniz School of Health & Science e segundo a norma de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem como objetivo realizar o enquadramento conceptual dos conceitos ligados à temática abordada. A prática clínica e as intervenções desenvolvidas integraram os resultados da Revisão *Scoping* e tiveram por base o referencial teórico que fundamentou todo o nosso pensamento e ação neste percurso, a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, sendo o primeiro referente à família da PSC, o segundo justifica a importância do Enfermeiro Especialista no cuidar a família da PSC e, o terceiro aborda o referencial teórico que suportou todo o nosso percurso, a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

1.1. A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nos últimos anos, observou-se progressos notáveis na qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC, nomeadamente devido ao substancial investimento tecnológico. O Regulamento das Competências Específicas do EEEMCPSC, de 2018, define que PSC é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

De acordo com Gomes (2019), a PSC em risco de vida e inevitavelmente hospitalizada, necessita de monitorização contínua e cuidados altamente complexos e diferenciados, sendo o objetivo primordial a sua recuperação. Também Benner et al. (2011), referem que a PSC é aquela que está gravemente doente ou ferida e é incapaz de manter a estabilidade fisiológica, sendo dependente de cuidados contínuos e diferenciados, se encontra sob suporte de meios avançados tecnológicos.

Perante a definição de PSC, está subjacente que são necessários cuidados altamente qualificados, nomeadamente em contexto de cuidados críticos, como o SU e UCI. Estes cuidados são prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018). O enfermeiro que desempenha funções em serviços de alta complexidade, é detentor de um conjunto abrangente de competências especializadas, particularmente em situações de urgência e emergência. Este conhecimento permite-lhe oferecer uma resposta imediata e eficaz, propondo intervenções terapêuticas que contribuam significativamente para a recuperação da condição de saúde (Castro, 2019). Nestes contextos é habitual o estabelecimento de uma relação direta entre os cuidados de enfermagem e a tecnicidade e destreza

requeridas para a execução dos diversos procedimentos que compõem esta dinâmica complexa. O risco de vida inerente suscita sentimentos e emoções intensas, tanto pela pessoa doente como pela sua família (Sá, 2023).

A pessoa não pode ser considerada de forma isolada, uma vez que está inserida numa dinâmica familiar, que representa o seu núcleo primordial, e no qual se desenvolve e socializa (Silva, 2012). O conceito de família, ao longo do tempo, tem experimentado consideráveis alterações. Neste sentido, atualmente não se observa um único modelo de família, mas sim diversas estruturas familiares bastante distintas. A Constituição da República Portuguesa, no artigo 67.º, estabelece a família como um elemento fundamental da sociedade, dotado do direito à proteção por parte desta e do Estado, assim como à concretização de todas as condições que possibilitem a realização pessoal dos seus membros (Lei Constitucional n.º 1/2005).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)[®], a família pode ser interpretada como um “Grupo ou unidade funcional todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (OE, 2011, p.115). Figueiredo & Martins (2010, p.552) consideram que a família “(...) caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade”.

A família pode ser compreendida como um grupo de pessoas com laços sanguíneos, mas também como um conjunto de pessoas que desempenham papéis significativos, como vizinhos ou amigos, que estabelecem vínculos emocionais. Essa perspetiva ressalta a importância das relações afetivas e do suporte emocional, independentemente da consanguinidade (Sá, 2023).

Perante as definições de família supracitadas, concluímos que a definição consensual de família abrange as pessoas significativas que estabelecem vínculos de afinidade e/ou relações emocionais ou legais com a pessoa, como é o caso de relações em união de facto ou outras formas de ligação, independentemente de terem ou não afirmação legal ou consanguinidade. Em todo o presente Relatório de Estágio, a referência à *Família*, terá subjacente esta definição.

Sendo que um evento crítico e inesperado na vida de uma pessoa pode desencadear efeitos avassaladores na rotina familiar, a evidência científica mostra-nos que existem inúmeras vantagens em manter a presença da família durante a abordagem e tratamento da PSC, em contexto de cuidados críticos. Estes benefícios abrangem a possibilidade de as famílias perceberem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar, sentirem-se úteis ao contribuir para o cuidado da pessoa ao colaborarem com a equipa multidisciplinar, partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido, preservarem as relações familiares e facilitarem o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019). Na prestação

de cuidados de enfermagem, cuidar a família envolve informar, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica fundamentada na confiança e na autenticidade dos cuidados prestados (Castro, 2019). Sá et al. (2015, p. 38) defendem também que, na prestação de cuidados de enfermagem “cuidar da família consiste em estar presente junto da família, fornecer informação, orientar a família no ambiente do serviço, escutar as suas preocupações, responder às dúvidas e providenciar conforto físico e emocional”.

Em Portugal, a presença da família no Serviço de Urgência (SU) foi oficializada por meio do direito de acompanhamento dos doentes conforme estabelecido pela Lei n.º 33/2009. Esta lei define, que no processo de admissão, a pessoa tem o direito de designar um acompanhante ou, na impossibilidade, devido à alteração do estado de consciência, será atribuído um acompanhante mediante apresentação de comprovativo de grau de parentesco. O cenário do SU configura-se como um ambiente altamente especializado e tecnologicamente desafiador, que exige competências necessárias para avaliar e intervir perante as necessidades tanto da PSC como da sua família, num contexto onde o processo de tomada de decisão é manifestamente complexo (Sá, 2023).

Também o internamento em UCI, representa uma situação inesperada que acarreta repercussões não apenas a nível individual, mas também no seio familiar (Borges, 2015). É um fator indutor de stress e ansiedade, ameaçando a estrutura familiar, gerando necessidades significativas em várias áreas, nomeadamente no domínio familiar, psicológico e económico. Um estudo efetuado por Campos (2014), concluiu que as principais necessidades da família da PSC agrupam-se em cinco áreas primordiais: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto.

Lusquiños et al. (2019), consideram fundamental conhecer previamente as necessidades dos elementos da família, mostrando disponibilidade e permitindo a construção de uma relação terapêutica com base na confiança. Desta forma, é possível promover o envolvimento da família nos cuidados da PSC, o que traz vantagens para ambas as partes, no sentido em que a família se sente útil no processo de recuperação do seu ente querido e este por sua vez sente-se mais seguro e apoiado com a presença dos seus familiares.

Também Sá & Henriques (2021), consideram que a família tem necessidades específicas associadas à incerteza da situação, ao risco de vida eminente do seu ente querido e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, sendo uma das necessidades mais emergentes, a da informação. A comunicação eficaz permite diminuir o sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade. Assim sendo, cuidar a família da PSC transcende a mera extensão dos cuidados à pessoa e representa o reconhecimento e relevância do suporte emocional à família, em momentos de crise. Este modelo de cuidado humanizado não favorece apenas

a família, mas também desempenha um papel construtivo no processo de recuperação e adaptação da PSC.

1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Para o Enfermeiro Especialista, é fundamental adotar uma abordagem holística que considere a PSC como um todo. É igualmente importante que os planos de cuidados incluam a família, garantindo que participe ativamente nos cuidados, na tomada de decisão e também que seja a própria família um alvo de cuidados, priorizando a identificação e satisfação das suas necessidades.

O EEEMCPSC, cujas competências contemplam a assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da condição do seu familiar (Regulamento n.º 429/2018), ocupa uma posição determinante na promoção de intervenções autónomas com o propósito de sensibilizar a equipa para esta problemática. Persiste o propósito de promover um cuidado centrado na família, considerando-a alvo de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente (Sá et al., 2015). O enfermeiro, que assume a responsabilidade de cuidar a família da PSC, analisa previamente a sua estrutura, funcionamento e desenvolvimento com o objetivo de realizar um levantamento primário do foco dos cuidados de enfermagem (Sá, 2023).

A revisão abrangente da literatura conduzida por Sá et al. em 2015, acerca da vivência dos enfermeiros no cuidado à família de adultos em situação crítica, concluiu que a maioria dos estudos enfatiza a importância da presença da família, a qual se revela fundamental na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade à PSC. Os resultados indicam, adicionalmente, que os enfermeiros possuem experiência na promoção da presença da família junto da pessoa, no apoio durante momentos de luto, na eficaz comunicação de informações sobre o estado do seu ente querido e, na promoção da sua participação nos cuidados à PSC (Sá et al., 2015).

Lusquiños et al. (2019) destacam que o acolhimento à família desempenha um papel crucial na redução do impacto que o ambiente da UCI simboliza. Enfatizam também a importância de uma abordagem homogénea por parte dos profissionais de saúde, pois inconsistências podem criar sentimentos ambivalentes na família. Os mesmos autores propõem a utilização de folhetos informativos que ofereçam informação útil, suporte para a família, esclareça dúvidas e facilitem a adaptação à realidade de ter o seu familiar em contexto de cuidados críticos.

Oliveira (2020) corrobora a importância de um acolhimento adequado à família, destacando que é durante a primeira visita que se torna mais evidente as necessidades dos familiares. O impacto visual do ambiente da UCI é um dos principais fatores que podem gerar *stress*. Assim, cabe ao

enfermeiro direcionar a sua intervenção especializada, com o objetivo de reduzir a ansiedade e o medo que a família possa sentir. A comunicação eficaz sendo basilar nesta relação, permite que o Enfermeiro Especialista transmita informação sobre as regras e normas da UCI, além de esclarecer dúvidas que possam surgir. Este processo é fundamental para promover a confiança e a tranquilidade da família, ajudando-os a enfrentar este momento de adversidade.

A relação entre o enfermeiro, a PSC e a sua família está fundamentada em princípios éticos e deontológicos, tais como sigilo, confidencialidade da informação e a necessidade de privacidade, procurando reduzir o medo e a ansiedade e, satisfazer as necessidades básicas da pessoa e sua família (Mendes, 2020).

No Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o artigo 110º, da Humanização dos Cuidados refere que “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2015, p. 8080).

Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que respeita à satisfação do cliente (OE, 2017, p. 6) menciona que:

“(…), o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência Orgânica. São elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica, relacionada com os cuidados de enfermagem especializados, entre outros: A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação Crítica”

O Regulamento das Competências Específicas do EEEMCPSC, (Regulamento n.º 429/2018, p.19363), enfatiza que:

“(…) cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.”

Torna-se clara e evidente a importância de cuidar a família da PSC e a importância do EEEMCPSC, nomeadamente no que se refere à gestão da comunicação interpessoal que sustenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; à gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa e família; e, à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Segundo Castro (2019), a transição saúde/doença num membro do núcleo familiar provoca alterações nos restantes elementos. Esta dinâmica exige do enfermeiro mobilização de competências e habilidades, sublinhando a importância de reconhecer as necessidades da família.

A presença constante do enfermeiro junto da PSC e, a relação que estabelece com a família, são fatores fundamentais na avaliação das necessidades deste núcleo. Percebendo então que, pela presença constante junto da PSC e pela relação que estabelece com a família, o Enfermeiro Especialista é fundamental na avaliação e satisfação das necessidades da família. Com o objetivo de conhecer a melhor evidência científica disponível sobre a temática em estudo, realizámos uma *Scoping Review* (Apêndice A), para responder à questão de investigação: “*Quais são as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da Família da Pessoa em Situação Crítica?*”. A pesquisa foi realizada em bases de dados acessíveis através da plataforma *EBSCOhost* (*CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina*), *ScienceDirect* e *RCAAP*, com período de publicação de 2014 a 2024, onde foram encontrados 346 artigos, que após aplicação dos critérios de inclusão definidos, se resumiram a 10 artigos, que constituíram o *corpus* do estudo.

Os artigos analisados apresentam conclusões que oferecem um panorama abrangente sobre as intervenções de enfermagem que respondem às necessidades de cuidado da família da PSC. Utilizando a análise indutiva dos dados, agrupamos as diferentes intervenções de enfermagem, em cinco categorias: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto. Estas cinco categorias têm por base as dimensões das necessidades da família da PSC, descritas inicialmente por Molter e Leske em 1983, e adaptadas para a realidade portuguesa por Campos, em 2014.

A pesquisa de Ocak & Avsarogullari (2019), reforça a importância da comunicação e da informação fidedigna com a equipa de enfermagem, alinhando-se com Pelazza et al. (2015), sugerindo que a interação contínua entre o enfermeiro e a família pode reduzir a ansiedade e melhorar a compreensão da transição situacional que estão a vivenciar.

Também Minton et al. (2019) exploraram a experiência da família durante a doença crítica prolongada do seu ente querido, destacando a incerteza e a carga emocional significativa enfrentada pela família. Este estudo reforça a necessidade de uma abordagem centrada na família que reconheça os desafios enfrentados.

Através dos estudos selecionados, fica evidente que as necessidades da família são inúmeras sendo que, as intervenções de enfermagem devem ser adaptadas para responder a essas necessidades complexas e dinâmicas. A comunicação eficaz emerge como um tema central, sendo vital para a disponibilização de informação clara, apoio emocional e envolvimento da família no processo de cuidados. Também as visitas de enfermagem e a humanização do cuidado são identificadas como

práticas essenciais para melhorar a qualidade da assistência prestada à família. Pelazza et al. (2015) evidenciam que as visitas de enfermagem são uma estratégia eficaz para esclarecer dúvidas e fornecer informações, ajudando assim a reduzir a ansiedade da família.

Para atender efetivamente às necessidades de cuidado da família da PSC, é necessário que os enfermeiros sejam providos de competências de comunicação, sensibilidade cultural, capacidade de fornecer apoio emocional e competência para gerir informações complexas. A formação contínua e o desenvolvimento de diretrizes claras para a prática baseada na evidência podem facilitar uma abordagem mais holística e empática no cuidado à família da PSC.

As intervenções de enfermagem recomendadas para atender a essas necessidades de suporte e informativas incluem a identificação de um enfermeiro de referência para fornecer apoio emocional e orientações conforme sugerido e a disponibilidade para prestar suporte emocional durante a crise familiar, como descrito por Botes & Langley (2016). A identificação e priorização das necessidades da família está como uma das intervenções cruciais mencionadas por Bandari et al. (2015) e Gaeni et al. (2015), que destacam a importância de fornecer informação e suporte adequados.

A relação enfermeiro-família é outro aspeto destacado por Duque-Ortiz & Arias-Valencia (2021), que sublinham a importância da compreensão empática e da comunicação na construção de relações de confiança entre enfermeiros e familiares, contribuindo para a humanização do cuidado em UCI. Ao reconhecer a importância da família como parte integrante dos cuidados, o enfermeiro alivia o impacto emocional associado a situações críticas, mas também contribui para a tomada de decisão partilhada, promovendo assim uma abordagem mais holística e personalizada à prestação de cuidados de saúde (Sá, 2023).

Os artigos analisados convergem para a necessidade de uma abordagem holística que integre as necessidades da família com intervenções de enfermagem eficazes e empáticas e, o cuidar a família da PSC sobressaia como um elemento essencial que desempenha um papel preponderante nos cuidados à PSC.

1.3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

As teorias de Enfermagem constituem um meio de organizar o pensamento sobre todos os assuntos relevantes para a evolução dos cuidados de enfermagem. Têm impulsionado o seu crescimento como ciência, contribuindo para o seu reconhecimento como profissão e disciplina académica (Tomey & Alligood, 2004). Também Meleis (2010) refere que uma teoria é uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas a aspetos significativos de uma disciplina, comunicadas de forma a descrever ou explicar um fenómeno, ou um conjunto de

fenómenos. O papel das teorias é descrever, prever e explicar os fenómenos, servindo de base para orientar os cuidados de enfermagem permitindo analisar as práticas clínicas através de uma linguagem disciplinar, utilizando conceitos e constructos próprios ou emprestados, mas com um sentido preciso neste contexto. Estas teorias encontram, descrevem e utilizam conceitos, sejam próprios ou oriundos de outras disciplinas, alguns dos quais possuem uma presença forte e constante, que oferecem possibilidades explicativas e interpretativas e que os transformam em conceitos operacionais (Tomey & Alligood, 2004).

As teorias podem ser classificadas de acordo com o seu nível de abrangência, em teorias de grande alcance e de médio alcance. As teorias de grande alcance exploram a essência da Enfermagem, a sua missão e os objetivos dos cuidados de Enfermagem, enquanto que as teorias de médio alcance são menos abrangentes, focando-se em fenómenos e conceitos mais específicos, refletindo assim a prática de forma mais direta (Meleis, 2021).

Tem-se observado, de forma gradual, uma mudança no foco das discussões, que se desloca das questões epistemológicas relacionadas ao conhecimento para um enfoque que dá ênfase às questões ontológicas sobre o significado, o ser e a realidade. Meleis centrou a sua atenção neste paradigma, resultando no desenvolvimento da Teoria das Transições que se destaca na perspetiva disciplinar da enfermagem (Meleis et al., 2000). Esta teoria procura aprofundar a compreensão dos processos de transição vividos pela pessoa, oferecendo uma base sólida para a prática e reflexão na enfermagem (Meleis et al., 2000).

A elaboração deste Relatório, tal como o nosso desempenho em estágio, foi alicerçado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que se configura como a mais adequada à temática abordada.

Uma doença aguda ou um acidente que resulte na permanência no SU e/ou UCI representa uma transição abrupta de um estado de saúde para uma condição crítica. Essa transição exige da pessoa e dos seus familiares mecanismos de adaptação podendo o enfermeiro assumir-se como agente facilitador deste processo transicional, apoiado pelos pressupostos da Teoria das Transições (Meleis, 2010).

Com o intuito de aprofundar a compreensão da vivência familiar e da intervenção do Enfermeiro Especialista como facilitador da adaptação da família às perturbações incitadas pela transição de saúde/doença da PSC, considerámos os pressupostos da Teoria das Transições proposta por Meleis et al. (2000).

As transições referem-se à passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo. Este conceito é entendido como o ato, efeito ou modo de transitar lenta e gradualmente de uma condição, estado ou local para outro, ou de um modo de vida para outro (Meleis, 2010). As fases que

compreendem a adaptação a eventos de diversas naturezas são categorizadas em: transições de natureza organizacional (quando representam mudanças no contexto organizacional, podendo ser desencadeadas por alterações políticas, económicas, sociais ou por mudanças na estrutura ou dinâmica intraorganizacional); transições do desenvolvimento (quando relacionadas a mudanças no ciclo de vida, como a adolescência ou o casamento); transições situacionais (quando associadas a acontecimentos educacionais, profissionais ou familiares que implicam modificações nas relações ou alterações de papéis, habilidades ou funções) e, transições saúde/doença (quando ocorrem mudanças de um estado de bem-estar para uma condição de doença) (Meleis, 2010). Neste contexto, a situação crítica vivida pela pessoa enquanto evento habitualmente inesperado, corresponde a uma transição saúde/doença que poderá desencadear uma transição situacional vivida pela família, implicando uma redefinição de papéis e alteração do comportamento de cada um dos elementos (Meleis, 2010). Tanto a PSC como a sua família, ao vivenciarem tal processo, tornam-se mais vulneráveis a riscos, que por si só, podem afetar o seu estado de completo bem-estar (Meleis et al., 2000).

O Enfermeiro Especialista deve compreender que as transições podem ser categorizadas como simples ou múltiplas, conforme preconizado por Meleis (2010). No entanto, é pouco frequente que uma família experiencie apenas uma única transição. Esta realidade implica a necessidade de que o Enfermeiro Especialista aborde cada situação de forma holística e seja o facilitador neste processo transicional, reconhecendo a singularidade de cada família e os desafios que estas transições podem representar.

Para promover a adaptação da família à situação de saúde/doença vivida por um dos seus membros, é fundamental que o enfermeiro caracterize a natureza do processo que estão a experienciar. Em casos de internamento em contextos de cuidados complexos, como UCI ou SU, é imperativo que a família se consciencialize da necessidade de mudança de papéis. A falta de reconhecimento desse processo de transição e, conseqüentemente, a ausência de início do mesmo, podem ocorrer se a família não compreender essa necessidade (Meleis et al., 2000).

A consciencialização por parte da família é por vezes desafiadora, uma vez que há resistência em aceitar a situação de doença crítica e a necessidade de alterar, tanto papéis quanto hábitos de vida anteriores. Proporcionalmente, é essencial que a família demonstre envolvimento na situação, o que tem influência direta no seu nível de compromisso no processo (Meleis, 2010). Uma família encontra-se envolvida quando, entre outras ações, procura ativamente informações sobre a condição clínica e plano terapêutico do seu familiar. O enfermeiro deve, portanto, explorar o envolvimento dos familiares para intervir de forma terapêutica no processo de transição. Detendo uma visão abrangente da família e possuindo experiência no cuidado da PSC, o enfermeiro está capacitado para reconhecer todo o contexto envolvente e intervir como facilitador do processo de transição. A identificação precoce das

condições facilitadoras ou inibidoras, de origem pessoal, social ou comunitária, revela-se crucial para o sucesso da intervenção do Enfermeiro Especialista de modo a proporcionar uma vivência saudável da família neste processo (Meleis, 2010). As crenças e atitudes culturais da família da PSC surgem como condições pessoais que, segundo Meleis et al. (2000), muitas vezes exercem uma influência negativa na experiência da transição. O enfermeiro, ao estabelecer uma relação de confiança com a família, permite a expressão de crenças e a reconstrução de concepções mais niveladas com a realidade.

O vivenciar de uma situação limite, associada ao risco de fim de vida do seu ente querido é entendido de maneira singular pela família. Isso ocorre, muitas vezes, porque a própria pessoa está inconsciente, e só consegue apreender a transição que vivencia e a gravidade da mesma, já numa fase de recuperação. Neste contexto, a família experiencia de forma intensa e emocional todos os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu familiar em situação crítica (Sá et al., 2015).

A participação ativa dos familiares no plano de cuidados, o envolvimento na tomada de decisão, o conhecimento da condição de saúde/doença e do plano terapêutico da PSC, bem como a aquisição de estratégias para gerir o evento crítico, facilitam a transição. Por outro lado, o distanciamento da família, informação insuficiente ou contraditória sobre o que é expectável, atuam como inibidores de uma transição saudável (Meleis et al., 2000). Outro fator inibidor identificado pelos mesmos autores refere-se ao baixo nível socioeconómico das famílias, associado a uma maior propensão para a apresentação de sintomas psicológicos.

Os recursos sociais e comunitários também exercem influência nas experiências de transição, por isso, o enfermeiro deve ter conhecimento da comunidade onde os familiares se inserem e dos apoios disponíveis dentro desta (Meleis et al., 2000). Para compreender todo o processo de transição vivido pelas famílias, é necessário que o enfermeiro atente à existência de padrões de resposta que se traduzem em indicadores: Indicadores de Processo e de Resultado. Através destes, é possível avaliar o conhecimento da transição, os recursos da própria família e a forma como é encarado o momento crítico. Os indicadores de processo incluem o sentir-se envolvido, a interação, o estar situado, a confiança e o *coping* (Meleis, et al., 2000). Através destes indicadores é possível encontrar o caminho para a transição ser vivida da forma mais saudável possível.

Os indicadores de resultado são a mestria e a integração fluida. A mestria indica se a pessoa e família alcançaram um resultado positivo e saudável, e pode ser visível quando começam a fazer as suas próprias escolhas e a assumir o controlo da situação. A integração fluida refere-se à capacidade da pessoa incorporar com sucesso as mudanças e novos conhecimentos adquiridos durante a transição, adaptando-se ao novo estado estável (Meleis et al., 2000).

Os Enfermeiros Especialistas são de importância crucial na preparação da pessoa *"para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e*

aprendizagem nas experiências de saúde/doença" (Meleis et al., 2000, p. 13). Dada a proximidade com a PSC e sua família, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada que permite avaliar, diagnosticar, antecipar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo o nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis, 2010).

Durante os estágios nos diferentes contextos clínicos tivemos a oportunidade de testemunhar várias transições descritas por Meleis. Estas transições, muitas vezes complexas e emocionalmente intensas, exigiram uma abordagem humanizada e centrada tanto na PSC como na família, garantindo que ambos fossem apoiados no processo de adaptação às mudanças impostas pela situação.

No SUG, as transições mais evidentes estão relacionadas com a passagem de um estado de saúde estável para uma situação de instabilidade ou crise. Para a PSC, esta transição pode ser vivida de forma abrupta e desestabilizadora, como no caso de um diagnóstico inesperado de uma condição aguda ou grave, como um Enfarte Agudo do Miocárdio ou um Acidente Vascular Cerebral (AVC). No entanto, esta transição não afeta apenas a PSC, mas também os seus familiares, que frequentemente acompanham o processo com ansiedade e medo do futuro. Pudemos constatar que o Enfermeiro Especialista, neste contexto, desempenha um papel decisivo ao acolher a família, fornecendo informação clara e proporcionando um ambiente de segurança e confiança, ajudando-os a lidar com a incerteza e o impacto emocional da situação.

Na UT, as transições assumem um caráter ainda mais profundo, envolvendo tanto a PSC, como a sua rede familiar. A experiência de um transplante é marcada por várias etapas de transição. Segundo Belezzi et al., (2018), o diagnóstico traz instabilidade no núcleo familiar e perdas sucessivas de independência, originando medos semelhantes aos do luto. Sentimentos de ansiedade e tristeza surgem potenciados pelo medo da morte do seu ente querido. Estes fatores são indicadores da importância de valorizar a família como unidade de cuidado em todo processo (Belezzi, 2018). Para a família esta transição é igualmente desafiante, pois envolve não só o acompanhamento próximo, mas também a gestão de expectativas, medos e incertezas. Pudemos constatar que os familiares enfrentam vários sentimentos, como a esperança de uma nova oportunidade de vida para a PSC e o medo de complicações, como a rejeição do órgão transplantado. A intervenção de enfermagem especializada promove a capacitação da pessoa e família a realizar esta transição da forma mais tranquila possível.

Na UCIP as transições são particularmente intensas. Dando um exemplo de transição que presenciamos, quando a PSC apresenta sinais de recuperação ou estabilidade clínica e, sofre uma deterioração súbita do seu estado, apresentando uma infeção, falência orgânica ou uma complicação inesperada, esta transição traduz-se num maior desconforto físico e uma sensação de medo ou confusão, especialmente se a PSC estiver consciente do seu estado. Para a família, este momento é frequentemente vivido com grande angústia, frustração e, muitas vezes, um sentimento de impotência

perante a imprevisibilidade da situação. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista assume uma importância crucial, garantindo suporte emocional a esta pessoa e à sua estrutura familiar. Este apoio inclui a comunicação clara e empática sobre a condição clínica, avaliação das necessidades da família, informação sobre as intervenções e as decisões que estão a ser realizadas, mantendo a família esclarecida ao longo do processo, atuando como mediador entre a equipa multidisciplinar e a família.

O Enfermeiro Especialista, como figura central no cuidado, tem um papel determinante na promoção de um processo de adaptação mais tranquilo, ajudando a PSC e família a encontrar um novo equilíbrio e a superar os desafios que surgem ao longo destas transições.

2. CONTEXTO CLÍNICO

No âmbito deste percurso, tivemos a oportunidade de realizar três estágios que enriqueceram significativamente a nossa prática clínica e o nosso desenvolvimento profissional. De acordo com Costa (2012), o processo de aprendizagem em contexto clínico é reconhecido como um dos principais focos de investigação na área da enfermagem. Este processo destaca-se pelo seu papel essencial enquanto mediador na construção da identidade profissional e no desenvolvimento de competências específicas em enfermagem.

Neste capítulo apresentamos a caracterização detalhada dos contextos clínicos onde se desenvolveram os três estágios, nomeadamente o Serviço de Urgência Geral (SUG), que decorreu de 27 de maio de 2024 a 19 de julho de 2024; na Unidade de Transplantes (UT), de 16 de setembro de 2024 a 15 de novembro de 2024 e, em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), de 18 de novembro a 31 de janeiro de 2025, num total de 540 horas de contacto.

Incluímos ainda uma análise reflexiva sobre as motivações que fundamentaram a escolha dos locais de estágio, destacando a sua relevância para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais essenciais à prática do EEEMCPSC.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O primeiro Estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi realizado num Serviço de Urgência Geral (SUG) da Área Metropolitana de Lisboa e compreendeu 180 horas de contacto.

Segundo o *site* institucional (*website* oficial, acedido a 22/02/2025), a missão deste Hospital visa melhorar a saúde e o bem-estar das comunidades que serve, fornecendo cuidados de saúde de qualidade, baseados na proximidade, respeito e dignidade. O SUG tem como missão prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes a todas as pessoas, em conformidade com as definições de Urgência Médico-Cirúrgica. Funciona em estreita articulação com os cuidados de saúde primários e com os restantes hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde.

Os valores que norteiam esta instituição, de acordo com a fonte supracitada, incluem a proximidade, estando física e emocionalmente próximo da pessoa, família e comunidades, priorizando relações de confiança. O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um compromisso, independentemente da origem, género, idade ou condição económica das pessoas. A investigação científica e formação são incentivadas, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo. A

responsabilidade social é também um valor fundamental, contribuindo para o bem-estar e literacia em saúde das comunidades.

A PSC, quando possível, designa no processo de admissão o familiar de referência que o poderá acompanhar no SU, conforme estabelecido pela Lei n.º 33/2009. Quando a PSC se encontra internada em UICD/SO, as visitas ocorrem em dois períodos, às 12h00 e às 19h00, com duração de 1 hora. É permitida apenas uma visita, mediante agendamento, que deve ser realizado presencialmente no próprio dia, 30 minutos antes do início da visita.

A preferência por o SUG de um hospital na Área Metropolitana de Lisboa, para o primeiro estágio do Mestrado em Enfermagem, foi uma decisão cuidadosamente ponderada, fundamentada em vários aspetos que se alinham com os objetivos formativos e profissionais. O SUG está inserido numa comunidade de cerca de 600 mil habitantes e, sendo uma referência na qualidade dos cuidados prestados, proporciona uma maior diversidade de casos clínicos, o que se torna numa excelente oportunidade para aplicar e aprofundar conhecimentos em contextos práticos que nos permitiram o contacto com a PSC e sua família e, conseqüentemente a oportunidade de adquirir as competências pretendidas no âmbito deste Mestrado.

2.1.1. Recursos Físicos e Materiais

O SUG está dividido em três áreas, cada uma com funções distintas: Triagem, Ambulatório e a Área de internamento.

De acordo com a Norma nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (DGS), a triagem tem como objetivo identificar, o mais precocemente, a pessoa que necessita de atendimento urgente, permitindo integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos (DGS, 2018). A triagem de Manchester, implementada em Portugal desde o ano 2000, tem como principal objetivo identificar a prioridade clínica, permitindo, assim, a alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada. É relevante destacar que a triagem não se destina a estabelecer diagnósticos.

Ainda de acordo com a DGS (2018, p. 9),

“(…) o método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min). “

A área de observação do ambulatório dispõe de 23 boxes, organizadas em duas zonas de enfermagem, incluindo boxes com monitorização contínua e uma destinada a isolamento. A área médica apresenta boxes para atendimento e uma sala de inalatórios. O gabinete 24 é dedicado ao atendimento psiquiátrico. Existe também uma sala comum para Ortopedia e Cirurgia, e duas salas de pequena cirurgia (Gabinetes 25 e 26).

O SUG conta ainda com uma sala de reanimação, de fácil acesso ao exterior e com capacidade para abordagem simultânea a dois doentes críticos. Serve ainda como apoio à área ambulatória e à Unidade de Internamento de Curta Duração/Sala de Observação (UICD/SO).

A área de internamento inclui a UICD/SO cujo objetivo é estabilizar a pessoa proveniente das Áreas de Ambulatório e Reanimação, por um período de tempo que não deverá ultrapassar as 48 horas. Passado este período, a pessoa que não possa ter alta para o domicílio deverá ser encaminhada para os serviços de internamento da especialidade correspondente.

A UICD dispõe de uma capacidade total de 55 vagas, frequentemente acima da sua lotação ideal. As camas estão organizadas em três salas, cada uma com seis camas, totalizando 18 camas. Existe ainda uma sala com nove camas e dois quartos de isolamento, o que acrescenta mais duas camas ao total. O internamento dos restantes utentes é realizado em maca. Todas as camas estão dotadas de monitorização eletrocardiográfica e têm acesso a gases medicinais, como oxigénio, ar comprimido e vácuo.

O SUG dispõe de três salas de Raio-X, que funcionam 24 horas por dia, localizadas no corredor da área de acesso à área cirúrgica. Têm disponível também o laboratório de urgência, serviço de imagiologia, urgência de otorrinolaringologia e oftalmologia.

Neste serviço já é notável a preocupação com a família da PSC. Existe uma sala destinada à transmissão de informações e notícias à família. Este espaço foi concebido para garantir um ambiente reservado, confortável e acolhedor, permitindo que a comunicação entre a equipa médica e/ou de enfermagem e os familiares seja feita de forma clara, empática e respeitosa. O horário de transmissão de informação clínica é efetuado na visita das 12h, onde tivemos oportunidade de constatar que são partilhadas atualizações sobre o estado clínico e informação sobre procedimentos, com o objetivo principal de assegurar um diálogo transparente e humanizado, proporcionando apoio emocional e o esclarecimento necessários aos familiares.

2.1.2. Recursos Humanos

A equipa de Enfermagem do SUG é composta por um Enfermeiro Chefe, e 157 enfermeiros organizados em cinco equipas. A gestão do SUG é permanentemente assegurada pelo Enfermeiro

Chefe e pelos Enfermeiros chefes de equipa. No turno da noite, a gestão é garantida pelo Enfermeiro Chefe de Equipa, que também assegura a resolução de situações pontuais durante os fins-de-semana.

Os horários de trabalho contemplam três períodos rotativos: período da manhã, tarde e noite. O regime é de tempo completo, com duração de 36 horas semanais. Em relação à dotação de Enfermeiros, nos turnos de manhã/tarde são 21 e no turno da noite são 19 enfermeiros, distribuídos pelos diferentes postos de trabalho.

No âmbito deste contexto clínico, foram delineados vários objetivos específicos, entre os quais destacamos os seguintes: Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento do SUG e das equipas multidisciplinares; conhecer o plano de emergência e catástrofe do SUG; desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializada à PSC e sua família, em contexto de SUG; aprofundar conhecimentos sobre as Vias Verdes presentes no SUG; e, conhecer o plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, de modo a responder às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica.

2.2. UNIDADE DE TRANSPLANTES

O segundo estágio foi realizado na Unidade de Transplantes (UT) e compreendeu 180 horas de contacto. Pertencente a um hospital da Área Metropolitana de Lisboa que é reconhecido como um dos principais centros de excelência do Serviço Nacional de Saúde, destacando-se em áreas como transplantes de órgãos, doenças hepáticas, infecciosas e medicina tropical.

Segundo o *site* institucional (*website* oficial, acessado a 11/03/2025), a sua missão é prestar cuidados de saúde de alta qualidade, centrados na pessoa, promovendo a segurança, a humanização e a eficiência dos serviços fornecidos. É também um centro de investigação e formação de referência, contribuindo para o avanço do conhecimento médico e científico no país.

De acordo com a fonte supracitada, a sua visão é ser reconhecido como um centro de excelência e inovação, tanto a nível nacional como internacional, especialmente na área de transplantes de órgãos, doenças hepáticas e infecciosas. A utilização de tecnologia avançada, práticas baseadas na evidência científica e, a promoção de cuidados de saúde personalizados e humanizados são pilares primordiais para este hospital.

Os valores incluem a excelência, com procura constante pela qualidade nos cuidados prestados; a humanização, com foco na dignidade e bem-estar da pessoa e sua família; a inovação a ética e transparência, com compromisso com a integridade e responsabilidade; e o trabalho em equipa.

A UT é uma das mais importantes de Portugal e pioneira em diversos tipos de transplantes, como fígado, rim e pâncreas. Entre as suas principais atividades destacam-se o transplante renal e hepático,

sendo um dos maiores centros de transplante em Portugal, com resultados de excelência; o transplante renal, incluindo transplantes de dador vivo e, o transplante combinado, integrando procedimentos complexos como transplante simultâneo de rim e pâncreas.

Aqui, encontramos PSC no pós-operatório imediato de transplante renal, pós-operatório de transplante hepático e reno-pancreático e ainda, pelas diversas patologias, que têm por base o transplante.

As visitas da família são diárias, no período compreendido entre as 14h00 e as 20h00, sendo permitidas duas visitas por dia, com uma duração máxima de 60 minutos por visita. São previamente definidas pela pessoa internada ou pelo familiar de referência, sendo imposto que as mesmas duas pessoas permaneçam como visitantes fixos durante todo o período de internamento. Esta medida visa limitar a circulação de pessoas na unidade, reduzindo o risco de exposição a agentes externos e promovendo um ambiente controlado e seguro, que devido à imunossupressão, está mais ameaçado.

Para assegurar uma gestão eficiente das visitas, é necessário que o horário seja programado com antecedência para o dia seguinte, junto da Secretária da Unidade. Este planeamento permite que a equipa de saúde possa gerir adequadamente os fluxos de circulação e garantir que o ambiente da unidade permaneça tranquilo. A colaboração da família no cumprimento rigoroso dos horários e das regras e sinalética estabelecidas é essencial para o bom funcionamento da unidade e para a proteção dos seus familiares internados neste serviço.

A escolha da UT como local de estágio resultou de uma reflexão bastante cuidadosa sobre os objetivos de desenvolvimento profissional e pessoal que pretendíamos alcançar enquanto futuras Enfermeiras Especialistas.

Os 12 anos de experiência profissional no contexto de Diálise, aliados ao profundo desejo de compreender todo o percurso vivido pela pessoa com doença renal e pela sua família, motivaram desde o primeiro minuto, a escolha deste contexto clínico. A determinação de entender as intervenções de enfermagem especializada necessárias nas diferentes fases deste processo transicional - desde o tratamento de diálise até ao período pós-transplante – determinou a concretização do estágio neste contexto clínico.

Segundo o Instituto Português de Sangue e Transplantação (2024), em 2023 foram transplantados 963 órgãos, mais 128 do que em 2022. O aumento significativo no número de transplantes em Portugal reforça a nossa convicção em adquirir competências especializadas nesta área e, representa uma oportunidade de desenvolvimento profissional, como também representa uma responsabilidade perante a crescente necessidade de cuidados especializados a esta pessoa e família.

Neste contexto, a família desenvolve um papel preponderante. Conviver com o processo de transplante é uma experiência singular e bastante desafiante, não só para a pessoa que necessita de transplante, mas também para a sua família. A relação familiar é então fundamental e, cabe ao Enfermeiro Especialista orientá-la e reconhecê-la como coparticipante nos cuidados. Ao capacitar a família, o enfermeiro estabelece uma rede de apoio que se estende além do ambiente hospitalar. Ao potenciar a recuperação e o bem-estar da pessoa submetida a transplante, promove os melhores resultados clínicos e qualidade de vida a longo prazo (Coscia et al., 2016; Pio et al., 2016).

O estágio na UT revelou-se um contexto particularmente enriquecedor onde foi possível constatar a complexidade dos cuidados prestados à PSC submetida a transplante, durante todo o processo e à sua família. Esta experiência permitiu observar a necessidade de cuidados especializados desde a preparação pré-transplante, passando pelo período perioperatório imediato, até à fase de recuperação e adaptação pós-transplante, passando também pelas complicações pós-transplante, onde situações críticas podem surgir a qualquer momento.

A especificidade desta unidade demonstrou claramente que a prestação de cuidados à PSC e sua família ultrapassa os limites pré-estabelecidos das unidades tradicionalmente mais voltadas para a PSC, exigindo assim do Enfermeiro Especialista a capacidade de adaptação e um corpo de conhecimentos altamente diferenciado para responder às necessidades específicas deste núcleo familiar, neste contexto.

2.2.1. Recursos Físicos e Materiais

A UT é composta por uma infraestrutura cuidadosamente planeada para garantir a máxima eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados. A unidade dispõe de um total de nove quartos, dos quais quatro são destinados a isolamento, num total de 20 camas.

A organização do espaço físico reflete uma preocupação evidente com a funcionalidade e a segurança, apresentando uma estrutura definida e bem delineada das áreas e fluxos de circulação da pessoa internada, dos profissionais de saúde e circulação de lixos. Esta organização permite uma separação entre os diferentes circuitos de circulação que foram desenhados para assegurar que os materiais limpos e sujos sejam transportados de forma independente, respeitando as normas de segurança e higiene hospitalar. Conta ainda com uma zona de sujos devidamente isolada da área limpa, um aspeto fundamental para garantir a manutenção de elevados padrões de higiene e controlo de infeção. Este cuidado é essencial neste contexto, uma vez que, devido ao uso de medicação imunossupressora, a PSC apresenta uma maior vulnerabilidade imunológica.

A UT conta ainda com outras salas, entre elas uma sala de preparação de terapêutica onde se encontra acondicionada a medicação em *stock*, frigoríficos e cofre para o controlo de estupefacientes. Diariamente, a medicação é separada em unidose, pela farmácia do hospital. Apresenta salas de arrumos utilizadas para o acondicionamento de materiais e equipamentos, uma sala de enfermagem, onde são registadas as informações clínicas e, onde é realizada a passagem de turno. A sala de exames, onde são realizados procedimentos como a biópsia renal, permite que intervenções diagnósticas e terapêuticas sejam realizadas sem a necessidade de deslocar a pessoa internada para outras áreas do hospital, demonstrando a constante preocupação com o risco aumentado de infeção presente nestas pessoas.

2.2.2. Recursos Humanos

A UT é composta por um total de 21 enfermeiros e 12 assistentes operacionais, 1 Enfermeira Chefe, 1 Enfermeira com funções de apoio à gestão e 1 Secretária de Unidade. A equipa médica está presente diariamente no serviço, durante o turno da manhã, ficando de prevenção durante o turno da tarde e noite.

Os horários de trabalho contemplam três períodos rotativos: período da manhã, tarde e da noite sendo o regime de tempo completo, com duração de 35 horas semanais.

A distribuição, ao longo dos turnos é cuidadosamente planeada para garantir as dotações seguras de forma a responder às necessidades específicas e garantir a continuidade dos cuidados. Durante o turno da manhã, a unidade conta com a presença de quatro enfermeiros e quatro assistentes operacionais. No turno da tarde, a equipa é composta por três enfermeiros e dois assistentes operacionais. Durante o turno da noite, a equipa conta com dois enfermeiros e um assistente operacional.

Para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEEMCPSC, neste contexto clínico foram estabelecidos vários objetivos específicos entre os quais se destacam os seguintes: Prestar cuidados de enfermagem especializados, respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da PSC submetida a transplante, e sua família; conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento da UT e das equipas multidisciplinares; desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializada à PSC submetida a transplante, e sua família; aprofundar competências relacionais e técnicas de comunicação com a família da PSC submetida a transplante; desenvolver competências avançadas na avaliação e monitorização da PSC submetida a transplante; conhecer o plano de

prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos, de modo a responder às necessidades do contexto de cuidados.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O terceiro e último estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), e compreendeu 180 horas de contacto.

A UCIP pertence a uma instituição privada de saúde da região metropolitana de Lisboa. De acordo com o *site* institucional (*website* oficial, acedido a 15/03/2025), a missão desta unidade consiste em promover a prestação de cuidados de saúde pautados pelos mais elevados padrões de qualidade e excelência, sustentados no respeito pelo valor intrínseco da vida e no compromisso com a preservação do ambiente. A instituição adota o modelo de cuidados centrado na pessoa, reconhecendo e respeitando todas as dimensões que o definem, incluindo as vertentes física, psicológica, emocional, espiritual, social, económica e familiar, assegurando uma abordagem humanizada no cuidado prestado.

A escolha da UCIP para a realização deste estágio foi cuidadosamente ponderada, sendo fundamentada por diversos fatores que consideramos essenciais para o desenvolvimento profissional, académico e pessoal. Este hospital é amplamente reconhecido pela excelência dos seus serviços, pela inovação e pela qualidade dos cuidados prestados. A UCIP em particular, destaca-se como uma unidade de referência, onde o rigor técnico e científico se alia a uma abordagem centrada na pessoa e na humanização dos cuidados. A UCIP oferece uma oportunidade única para o contacto com casos clínicos complexos e diversificados no âmbito da PSC, o que contribuiu para o aprimoramento do conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento de competências que outrora não tivemos oportunidade de desenvolver, uma vez que nunca foi o nosso contexto profissional. Permitiu-nos assim, consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem sendo que, foi o culminar de um percurso prático que se revelou muito enriquecedor e transformador, permitindo-nos evoluir tanto no plano técnico como humano.

2.3.1. Recursos Físicos e Materiais

A UCIP está localizada num edifício hospitalar com infraestruturas modernas, amplas e funcionais. Situada no piso 1, encontra-se rodeada por serviços complementares, como o Bloco Operatório, a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, o serviço de Exames Especiais e Angiografia.

A UCIP dispõe de 14 camas de nível III, distribuídas por 10 quartos individuais e um *openspace* com quatro camas. Dois dos quartos individuais possuem características específicas de isolamento, incluindo antecâmara e pressão negativa. Os quartos individuais estão delimitados por divisórias e portas translúcidas equipadas com persianas, permitindo a privacidade quando necessário. As camas situadas na zona aberta são separadas por cortinas, garantindo algum grau de individualidade no espaço comum.

Os quartos apresentam áreas específicas para resíduos e lavatório, localizados junto às saídas, otimizando a prestação de cuidados e o controlo de infeção. Cada unidade está equipada com dois braços telescópicos que integram dispositivos essenciais, como sistemas de monitorização, ventilação, perfusão e calhas técnicas.

A UCIP conta com três postos de vigilância de enfermagem estrategicamente localizados, permitindo uma visualização permanente da pessoa internada. Existe ainda uma sala de trabalho de enfermagem dedicada à preparação de terapêutica, localizada numa área central separada por divisórias de vidro. Neste espaço encontra-se também a máquina para realização de gasimetrias.

A organização da UCIP é clara e definida, com áreas e fluxos de circulação bem estruturados, garantindo a separação entre os circuitos das pessoas internadas, profissionais, visitas e materiais limpos e sujos.

O acesso dos profissionais de saúde é feito através dos vestiários, após o seu fardamento, enquanto as visitas, após colocação dos equipamentos de proteção individual adequados, utilizam um outro acesso para entrar na unidade.

Em articulação com a UCIP, encontra-se no piso 2 uma Unidade de Vigilância Intensiva, com capacidade para seis camas de nível II, composta por dois quartos individuais e dois quartos duplos. Esta unidade desempenha um papel crucial na redução do número de pessoas que necessitam de internamento em cuidados intensivos de nível III, especialmente em situações de pós-operatório, recuperação após técnicas invasivas e no período pós-anestésico.

As visitas à pessoa internada, podem ser realizadas diariamente, mediante agendamento, que é realizado no período da manhã, durante o contacto com o enfermeiro de referência. A visita é permitida a um familiar de referência, durante 1 hora, no período das 12h00 às 19h00.

2.3.2. Recursos Humanos

A equipa da UCIP inclui médicos intensivistas, presentes 24 horas por dia, fisioterapeutas disponíveis nos dias úteis, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos, assistentes operacionais e enfermeiros.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro gestor e um enfermeiro com funções de apoio à gestão, 42 enfermeiros dedicados à prestação direta de cuidados, dos quais cinco são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e cinco em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O rácio enfermeiro/doente é de 1:2 ou 1:1, dependendo da complexidade dos cuidados e da disponibilidade de recursos humanos. O enfermeiro chefe de equipa, sem doentes atribuídos, é responsável pela gestão, organização e supervisão dos cuidados. A documentação do processo clínico é realizada através do sistema *Patient Care UCI* da *BSimple*[®], que integra dados clínicos, resultados laboratoriais e informações provenientes de dispositivos médicos interligados.

Como objetivos específicos para este contexto delineamos, entre outros: Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento da UCIP e da equipa multidisciplinar; desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializada à PSC e sua família, na UCIP; aprofundar competências relacionais e técnicas de comunicação com a família da PSC, na UCIP; desenvolver competências avançadas na avaliação e monitorização da PSC na UCIP; e, conhecer o plano de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos na UCIP, de modo a responder às necessidades do contexto de cuidados.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro Especialista é reconhecido como o profissional "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados" (Regulamento nº 140/2019, p.4744). Para atingir este patamar de excelência, é imprescindível uma reflexão crítica que possibilite a integração de diversos paradigmas e o conhecimento sistematizado proveniente do contexto prático (Meleis, 2012).

Neste capítulo, procedemos a uma análise reflexiva do desenvolvimento e da aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEMCPSC e das competências que fundamentam o grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com o definido pela OE e pelos Descritores de Dublin, respetivamente.

A aprendizagem experiencial assume um papel fundamental neste percurso, permitindo a fusão do conhecimento teórico com a vivência clínica e a reflexão contínua, essenciais para responder a situações complexas (Benner, 2001). Nesta perspetiva, a experiência revela-se como uma fonte perfeita de aprendizagens, promovendo a aquisição de novos conhecimentos e competências que se traduzem na qualidade dos cuidados prestados.

Soares (2023, p.25) define a competência do enfermeiro como " a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real.", enquanto Castro (2019) enfatiza que as competências dos enfermeiros englobam o saber-fazer, o saber-estar e o saber-saber. A integração dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação académica com a prática profissional, sobretudo nos estágios, permitiu-nos desenvolver um conhecimento aprofundado e evolutivo.

A definição de Enfermeiro Especialista, conforme apresentada pela OE (2010) e já anteriormente referida, evidencia a necessidade de um conhecimento aprofundado num domínio específico, aliado a elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduz em intervenções especializadas e ajustadas às necessidades da PSC.

Segundo Benner (2001), a investigação e a sistematização do saber-fazer enriquecem a vivência clínica, contribuindo para a evolução contínua da disciplina. A aquisição e desenvolvimento de competências, associado à prática clínica do enfermeiro, é descrito pelo modelo de Dreyfus, desenvolvido também por Benner e contempla cinco níveis - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Este modelo ilustra a trajetória do profissional até à especialização, permitindo-lhe não só atingir a mestria na sua área de interesse, mas também contribuir para a evolução da prática e do conhecimento em enfermagem.

Alves (2012) ressalta a importância dos níveis de formação avançada, como o segundo ciclo com especialização, na promoção de um crescimento profissional sustentado. Segundo o *site* institucional da Egas Moniz School of Health & Science (*website* oficial, acessado a 23/04/2015),

“(...) os cuidados de Enfermagem assumem extrema importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade. Os enfermeiros são chamados a intervir em cuidados especializados em Enfermagem à PSC, contribuindo para a saúde das populações e melhorando a sua qualidade de vida.”

No âmbito do Processo de Bolonha, os Descritores de Dublin para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem, estabelecem que as competências a desenvolver incidem em cinco dimensões fundamentais: conhecimento científico, capacidade de compreensão, juízo profissional e tomada de decisão, capacidade de comunicação e autoaprendizagem (Despacho n°13755/2009, de 15 de junho). A concretização do Curso de Mestrado em Enfermagem não só confere o título de Enfermeiro Especialista, mas também o grau académico de Mestre, sendo que este percurso formativo está suportado pelo Regulamento n° 140/2019 e pelo Despacho n°13755/2009, de 15 de junho, que regula os graus académicos no Ensino Superior. Neste mesmo despacho definem-se as seguintes competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, segundo os Descritores de Dublin:

- a) “Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos a nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

(Despacho n°13755/2009, de 15 de junho, p.23505)

Deste modo, a aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, associado ao desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEEMCPSC, culminam na certificação de competências pela OE (OE, 2010). Este percurso pretende refletir o compromisso com a excelência na prestação de cuidados, promovendo um crescimento profissional contínuo e contribui decisivamente para o avanço da prática e da disciplina de enfermagem.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são “competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas” sendo “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Os domínios das competências comuns são quatro, a saber:

- A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B. Domínio da Melhoria da Qualidade;
- C. Domínio da gestão dos cuidados;
- D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

(Regulamento nº140/2019)

As competências, como já referido anteriormente, são partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas e são desenvolvidas no contexto da respetiva área de especialização (Regulamento nº140/2019).

Procedemos, seguidamente à exposição do processo de desenvolvimento e aquisição das competências mencionadas, utilizando uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

(Regulamento nº140/2019, p.4746)

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre “c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.” (Despacho n.º 13755/2009, p. 23505).

A integração dos princípios éticos, deontológicos e legais no exercício da enfermagem, em contextos de elevada complexidade como o UCI e SU estrutura-se numa tríade indissociável de normativas legais, reflexão crítica e adaptação prática. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) estabelece como imperativo a adoção de uma atitude responsável e ética, diretriz que se materializa na prática clínica através do respeito pela autonomia, dignidade humana e privacidade (OE, 2015). Em UCI, 95% das PSC apresentam limitações cognitivas ou alterações de consciência (Giacomini et al., 2009), onde a aplicação do princípio da autonomia exige estratégias para a sua adaptação. A consulta de diretrizes antecipadas de vontade, quando existentes, e a implementação de protocolos para a comunicação segura, revelaram-se mecanismos essenciais no cuidado à PSC e sua família.

A privacidade e confidencialidade, consagradas no Artigo 106º do CDE (OE, 2015), enfrentam desafios nestes contextos. A privacidade da PSC em contexto de SUG, tendo em conta o espaço físico, representa um maior desafio comparativamente a unidades que possuem apenas quartos individuais. No SUG, onde a lotação e a circulação de pessoas são frequentes, podemos constatar que as equipas recorrem a soluções como o fecho rápido de cortinas da sala de reanimação ou a realocação temporária de utentes, para garantir a privacidade. A proteção de dados clínicos em sistemas informáticos, através do encerramento rigoroso de sessões após registos, e a restrição de informação a familiares de referência ilustram a operacionalização do dever de sigilo profissional.

Em todos os locais de estágio pudemos constatar que a informação é fornecida exclusivamente ao familiar de referência, devidamente identificado no momento da admissão. Na UCIP, para facilitar a confirmação da identidade deste familiar, existe um documento de consulta rápida no balcão de Enfermagem, garantindo que apenas este recebe informações relevantes sobre a PSC. Aquando da receção de chamadas telefónicas de outros familiares, explicamos de forma clara e adequada os motivos éticos, legais e deontológicos pelos quais não podemos partilhar informações.

Paralelamente, a humanização dos cuidados em ambientes de cuidados críticos e tecnologicamente complexos, como os locais de estágio a que nos propusemos, exigem equilíbrio entre competência técnica e sensibilidade ética, conforme destacado no Artigo 103º do CDE (OE, 2015). A multiculturalidade, experienciada nestes contextos exigiu adaptação a práticas culturais específicas. Num exemplo concreto, na religião muçulmana, a adaptação da dieta específica e a compreensão do

papel da mulher no seio familiar, foram essenciais para estabelecer relações de confiança, com a PSC e sua família.

A formação contínua e a participação em eventos como o 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo VI), onde temas como "Projeto HU-CI - Humanizando os Cuidados Intensivos e "Projeto HURGENCIAS - Humanizando as Urgências" reforçaram a importância da reflexão ética em contextos de cuidados à PSC. A aplicação do Projeto HU-CI, que considera a humanização dos cuidados à PSC, família e profissionais na UCI, foi lançado em Espanha em 2014 e tem o aval de 15 Sociedades Científicas de Medicina Intensiva (Grupo de trabalho de certificação do Projeto HU-CI, 2019), tendo sido aplicado em várias UCI de todo o mundo. O Projeto HURGENCIAS foi desenvolvido com a dinamização do Projeto HU-CI e em 2020 um grupo multidisciplinar desenvolveu o Manual de boas práticas, para a humanização dos SU. (Grupo de Trabalho sobre Humanização dos Serviços de Urgência Hospitalar, 2020).

A redação deste relatório, isenta de identificadores pessoais ou institucionais, respeitou escrupulosamente o Artigo 106º do CDE (OE, 2015), que impede a divulgação não autorizada de informações clínicas.

Considerando o percurso realizado, consideramos ter desenvolvido e consolidado competências fundamentais no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como a competência inerente ao grau de Mestre em Enfermagem anteriormente mencionada.

B. Domínio da Melhoria da Qualidade

"B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro"

(Regulamento nº140/2019, p.4746)

Às competências acima mencionadas, foi ainda incluída a alinha a) dos Descritores de Dublin para evidenciar a aquisição de competências do grau de mestre, nomeadamente: "Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos a nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação." (Despacho n.º 13755/2009, p. 23505).

A qualidade dos cuidados de enfermagem é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde, sendo essencial que os profissionais reflitam continuamente sobre a sua prática, definindo estratégias e objetivos que promovam a excelência dos cuidados prestados. De acordo com os Padrões de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2001), a melhoria contínua dos cuidados traduz-se na necessidade de compreender e respeitar diferentes perspetivas culturais, abster-se de juízos de valor e tomar decisões fundamentadas na prática baseada na evidência. Estes padrões são sustentados pelos quatro metaparadigmas que norteiam a enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Estes elementos permitem categorizar os cuidados em áreas essenciais como a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem, assegurando que a qualidade dos cuidados prestados é consistente e alinhada com as melhores práticas (OE, 2001).

A definição de qualidade em saúde, segundo o Ministério da Saúde, presente no Despacho nº 5613/2015, baseia-se na prestação de cuidados acessíveis, equitativos e ajustados às necessidades e expectativas dos cidadãos, tendo em conta os recursos disponíveis e promovendo a adesão e satisfação dos utentes. Este conceito é complementado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a qualidade dos cuidados como a capacidade de atingir o nível de saúde desejado pela pessoa, família e comunidade, assente numa prática baseada na evidência (OMS, 2020). Para que sejam considerados de qualidade, os cuidados de saúde devem cumprir critérios como efetividade, segurança, centralidade na pessoa, oportunidade, equidade, integração e eficiência. Estes critérios permitem medir a qualidade em saúde e orientar políticas e estratégias globais, como é o caso de Portugal, que implementou o Plano Nacional para a Segurança do Doente, assente no princípio de que, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é medida pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação e que só serão significativos se houver uma melhoria da segurança da pessoa (Despacho n.º 9390/2021).

A complexidade dos cuidados em contextos como a UCI exige um nível elevado de especialização e a implementação de protocolos baseados na evidência. Marshall et al. (2017) sublinham que a UCI tem um ambiente caracterizado pela elevada complexidade dos cuidados devido ao carácter emergente e altamente tecnológico das intervenções diagnósticas e terapêuticas realizadas. Nos contextos clínicos, foi prioritário familiarizar-nos com os protocolos implementados, conhecer as especificidades dos equipamentos utilizados, como monitores, ventiladores, bombas infusoras e dispositivos de terapia de substituição renal e investir na pesquisa contínua para assegurar uma prática segura dos cuidados. A colaboração com os enfermeiros orientadores e, simultaneamente com a equipa multidisciplinar, revelou-se também essencial para compreender a gestão dos recursos e as estratégias de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC e família.

A prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde foram igualmente prioritários. A participação em auditorias clínicas aos "feixes de intervenção" para prevenção de

infecções relacionadas com a intubação, cateteres urinários e cateteres venosos centrais, em colaboração com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), possibilitou a identificação de lacunas e a implementação de melhorias (DGS, 2017a; DGS, 2022a).

A comunicação eficaz, baseada na técnica *ISBAR*, que observámos nos contextos clínicos, foi uma ferramenta essencial para assegurar a transferência segura de cuidados e a continuidade da informação entre profissionais (DGS, 2017b).

Durante o estágio, refletimos sobre a presença e integração da família da PSC em SUG e UT. Neste âmbito realizámos a proposta do Guia de Acolhimento à família, no Serviço de Urgência Geral (Apêndice E) e a proposta do Guia de Acolhimento à Família, na Unidade de Transplantes (Apêndice F), com informações sobre visitas e organização do serviço, contribuindo para um ambiente terapêutico mais seguro e acolhedor. Acreditamos que este trabalho permitiu reforçar a centralidade da família nos cuidados prestados, reconhecendo a importância da satisfação das suas necessidades e da sua grandiosa importância no processo de recuperação da PSC.

Também a aplicação de escalas como a de *Braden*, demonstrou a preocupação em adotar práticas baseadas na evidência, promovendo a segurança e o bem-estar da PSC. A escala de *Braden*, amplamente utilizada e recomendada pela DGS (DGS, 2011), permite avaliar o risco de úlceras de pressão com base em parâmetros como perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/forças de deslizamento.

A administração segura de medicamentos foi garantida através do cumprimento rigoroso das regras do medicamento seguro certificando-nos que o armazenamento e identificação do medicamento é correta, garantindo que o medicamento certo é administrado à pessoa certa, na dose, via e hora certa e com o registo certo. Nos locais de estágio (com exceção do SUG), foi utilizado o sistema de Unidose, preparado pelos serviços farmacêuticos. Também a verificação do carro de urgência, no SUG 1 vez por turno, ou após cada utilização, e na UT e UCI 1 vez por mês, assegurou a sua operacionalidade em situações de maior urgência.

A qualidade em saúde, a segurança e a prática profissional dos enfermeiros, especialmente no âmbito dos cuidados especializados, assumem uma importância incontornável. Neste contexto, a OE, elaborou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE,2017), destacando o papel essencial do Enfermeiro Especialista. Este reconhecimento decorre da crescente diversificação e da complexidade das problemáticas em saúde, bem como da exigência de padrões de qualidade cada vez mais elevados nos cuidados prestados. Para garantir uma prática especializada orientada por cuidados de elevada qualidade, foi necessária uma leitura e reflexão aprofundada do documento em questão,

de forma a assegurar a sua pertinência face aos desafios atuais. A qualidade dos cuidados é, por sua vez, inseparável da segurança, constituindo esta um alicerce fundamental para o desenvolvimento das competências exigidas aos Enfermeiros Especialistas. Assim, a prática de cuidados especializados deve ser pautada por um rigor técnico e científico, mas também por uma abordagem que valorize a dignidade e o bem-estar da PSC e sua família, sempre norteados dos princípios éticos e profissionais que sustentam a prática de enfermagem (OE,2017). As experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas durante os estágios, permitiram a aquisição de competências centradas na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, alinhadas com os Padrões de Qualidade definidos pela OE.

A participação no evento “1º Encontro Científico do Serviço de Urgência – HSLE- A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados (Anexo IV), com a mesa- “Pilar da Comunicação na Segurança dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família” veio reforçar a importância da comunicação clara com PSC e família, como um elemento central na promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados, especialmente em cenários de cuidados críticos.

Na procura da evidencia científica mais atualizada, elaborámos uma revisão *Scoping*, com o título: “*Cuidar a família da Pessoa em Situação Crítica- Intervenções de Enfermagem Especializada*” (Apêndice A), que permitiu mapear e conhecer a evidência científica disponível acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista no cuidado à família da PSC. Com base nesses contributos desenvolvemos intervenções no sentido de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família da PSC.

Durante o estágio no SUG, elaborámos uma proposta de “*Guia de Acolhimento à Família, no Serviço de Urgência Geral*” (Apêndice E), com aspetos referentes à visita e a informações, a ser entregue à família no momento da admissão da PSC. Elaborámos também uma “*Proposta de Procedimento: Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral*” (Apêndice G), com o objetivo de uniformizar a qualidade dos cuidados prestados, bem como assegurar que as necessidades da família e da PSC são atendidas de forma mais adequada e humanizada, neste contexto.

Durante o estágio na UT, realizámos uma proposta de “*Guia de Acolhimento à Família, na Unidade de Transplantes*” (Apêndice F) e uma proposta de “*Instrução de Trabalho: Acolhimento à Família da Pessoa Submetida a Transplante*” (Apêndice H). Foram elaborados com o intuito de estruturar e sistematizar o processo de acolhimento à família na UT, visando proporcionar suporte e garantir que a experiência de acolhimento seja conduzida de forma coesa, informativa e empática.

Em ambos os contextos, o Guia de Acolhimento à Família teve como principal foco fornecer informação clara sobre o funcionamento do serviço, bem como destacar a importância do papel da família no apoio ao seu ente querido. Procurou também fomentar um ambiente de confiança e

segurança, onde a família da PSC se sentisse acolhida e apoiada, diminuindo o *stress* e a ansiedade associados ao internamento do seu familiar, valorizando as necessidades individuais de cada família.

A elaboração das propostas de Procedimento e Instrução de Trabalho tiveram o intuito de estruturar e sistematizar todo o processo de acolhimento à família da PSC.

Durante os estágios também foram realizados três jornais de aprendizagem, com os seguintes temas: “*Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral*” (Apêndice B); “*Cuidar a Família da Pessoa Submetida a Transplante Renal, em Unidade de Transplantes*” (Apêndice C); e “*Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*” (Apêndice D). A realização destas atividades exigiu uma reflexão aprofundada sobre as diversas situações vivenciadas e promoveu o treino do pensamento crítico que contribuiu significativamente para fundamentar o nosso desempenho nos cuidados à PSC e também melhorar a abordagem à família nestes contextos.

A concretização dos três estágios, em diferentes contextos de atuação, permitiu-nos compreender diversas formas de abordagem à PSC, nomeadamente no que respeita à prevenção de lesões por pressão, à gestão da dor e ao controlo e prevenção de infeções. Possibilitou-nos também integrar a família nos cuidados prestados, fortalecendo a aquisição de competências que se constituem como pilares fundamentais para o exercício da nossa Profissão.

Consideramos assim, que as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas, fomentaram uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, segura e centrada na PSC, permitindo assim, a aquisição de competências neste domínio.

C. Domínio da gestão dos cuidados

“C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados.”

(Regulamento nº140/2019, p.4746)

Neste domínio de competências é incluída também a competência de mestre “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.” (Despacho nº 13755/2009, p.23505)

A experiência de gestão de cuidados e organização de equipas durante os estágios, embora não tenha sido uma intervenção inicialmente planeada, revelou-se uma componente significativa do processo de aprendizagem. Durante o estágio no SUG, tivemos a oportunidade privilegiada de acompanhar de perto a enfermeira orientadora, que desempenhava funções de chefe de equipa, permitindo uma observação e participação ativa nas diversas dimensões da gestão. Esta experiência proporcionou uma compreensão sobre a dinâmica de liderança, incluindo os processos de tomada de decisão fundamentados na evidência científica, a gestão da comunicação com a família e o seu envolvimento nos cuidados, bem como a aplicação das dotações seguras nos diferentes setores do serviço. A coordenação eficiente do serviço, além de ser bastante desafiante, também ficou explanado que é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados prestados à PSC e sua família.

Em contextos especializados como os que experienciamos durante os estágios, a gestão eficiente de recursos materiais e humanos exigem uma aprendizagem contínua e adaptação constante às diferentes situações. Desenvolvemos competências específicas na gestão de situações complexas, como a mobilização de pessoas com infeções por bactérias multirresistentes, garantindo o isolamento adequado e a utilização correta dos equipamentos de proteção individual, conforme o tipo de isolamento necessário. No contexto do SUG, na sala de reanimação, observámos também uma clara estrutura de liderança, geralmente assumida pelos Enfermeiros Especialistas mais experientes, que ficavam distribuídos nesse setor. Na UT, a enfermeira orientadora, tinha um papel de referência, e era consultada frequentemente pelos seus pares para decisões importantes, e procedimentos mais complexos. Na UCIP, a enfermeira orientadora também assumia o papel de chefe de turno, acumulando a prestação de cuidados diretos com responsabilidades de liderança.

Apesar da gestão e otimização de equipas multiprofissionais não se encontrar prevista como intervenção no âmbito do estágio, não obstante a experiência prévia na gestão de equipas de enfermagem no nosso contexto profissional, direcionámos o desenvolvimento das competências no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem para a prestação de cuidados diretos à PSC e à sua família. Neste contexto, aprimorámos a nossa capacidade de delegar e supervisionar a execução de cuidados, assegurando simultaneamente a manutenção dos padrões de segurança e qualidade dos mesmos, bem como uma gestão eficiente dos recursos materiais e humanos disponíveis.

Este percurso promoveu o desenvolvimento de competências primordiais no domínio da gestão de cuidados, essenciais tanto para as competências comuns do Enfermeiro Especialista como para a competência de Mestre em Enfermagem.

Diante do explanado, consideramos que desenvolvemos as unidades de competências relativas à gestão e liderança.

D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

(Regulamento nº140/2019, p.4746)

No âmbito deste domínio, as seguintes alíneas dos Descritores de Dublin evidenciam a aquisição de competências conducentes ao grau de mestre “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”; d) – “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”; e) “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”. (Despacho n.º 13755/2009, p. 23505)

A formação profissional desempenha um papel fundamental no reforço da capacidade de resposta do Enfermeiro Especialista aos desafios emergentes e promove uma prática baseada na evidência.

O compromisso com a formação contínua encontra-se igualmente consagrado no CDE, nomeadamente nos artigos 100º e 109º, que estabelecem o dever de atualização permanente dos conhecimentos e a procura pela excelência do exercício profissional. A frequência do Curso de Mestrado revelou-se uma jornada enriquecedora que permitiu aprofundar tanto os conhecimentos teóricos e práticos, como desenvolver uma visão mais abrangente sobre a complexidade dos cuidados prestados à PSC e ao seu núcleo familiar. Proporcionou também momentos únicos de aprendizagem, onde o pensamento crítico e a capacidade de análise foram constantemente estimulados.

Ao longo dos três estágios realizados, foi possível prestar cuidados à PSC e sua família aplicando conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares lecionadas ao longo dos dois anos de período letivo de Curso de Mestrado, e refletir sobre a prática, sempre com base na melhor e mais recente evidência científica. Esta experiência foi documentada através dos jornais de aprendizagem, já referidos anteriormente, que realizámos e permitiram uma análise aprofundada das situações vivenciadas (Apêndice B, Apêndice C e Apêndice D).

Um contributo significativo para o desenvolvimento destas competências também foi a elaboração da *Scoping Review "Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica- Intervenções de Enfermagem Especializada: Revisão Scoping"* (Apêndice A). Concluímos que a atuação do Enfermeiro

Especialista, com intervenções que incluem o suporte emocional, a comunicação clara, a promoção da segurança, conforto e o envolvimento da família no plano dos cuidados, são fundamentais no cuidado à família, e que proporcionam uma compreensão mais profunda desde núcleo familiar.

A participação em eventos científicos constituiu igualmente uma oportunidade de aquisição e partilha de conhecimentos. Destacam-se a apresentação dos trabalhos científicos apresentados em formato de poster com os temas: "*Família da Pessoa em Situação Crítica como cenário formal de Cuidados: Intervenções de Enfermagem Especializada: a Scoping Review*" (Apêndice I) e "*VIA VERDE SEPSIS*" (Apêndice J) elaborado em co-autoria, ambos apresentados nas III Jornadas de Enfermagem - *ONE HEALTH: Conquistas e Desafios* (Anexo I), que permitiram a divulgação do conhecimento produzido e a partilha de experiências com outros profissionais.

O conhecimento foi ainda complementado com a participação em diversos eventos científicos, como já referenciados anteriormente. Salientamos também a participação na "*Reunião do Núcleo de Acessos Vasculares e Transplantação da SPACV*" (Anexo V). A especificidade da área da transplantação, caracterizada por procedimentos altamente diferenciados e pela necessidade de uma monitorização rigorosa, exige dos profissionais de saúde, especialmente dos Enfermeiros Especialistas, um domínio aprofundado das técnicas e protocolos mais recentes. A partilha de experiências e conhecimentos entre profissionais de diferentes centros de transplantação, é significativamente importante para a uniformização de práticas e para a implementação de protocolos baseados na mais recente evidência científica. Podemos também destacar a frequência do "*Workshop - Técnicas de Substituição da Função Renal no Doente Crítico*" (Anexo VII), no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico, que contribuiu para consolidar o conhecimento técnico e científico, promovendo a capacitação e atualização sobre as melhores práticas.

A participação nos *Webinars* "*Centro de Hemodiálise em contexto hospitalar*" (Anexo VIII), "*A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção*" (Anexo IX) e "*Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência*" (Anexo X) reforçou a importância da atualização contínua dos conhecimentos e competências, coadjuvando o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a prevenção de complicações associadas.

Considerando todo o percurso explanado, e tendo em conta os contributos da prática clínica, da experiência profissional e do desenvolvimento pessoal, é possível afirmar que foram adquiridas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as competências do grau de Mestre em Enfermagem inerentes à mesma.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O EEEMCPSC tem como alvo de cuidados a PSC, caracteristicamente em ambiente de SU ou UCI, contudo sabemos que as situações críticas podem ocorrer mesmo em contexto de internamento em enfermaria.

Em conformidade com o disposto no Regulamento n.º 429/2018, encontram-se estabelecidas as competências específicas inerentes ao exercício profissional do EEEMCPSC, que são:

- a) “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

(Regulamento n.º 429/2018 p. 19359).

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, nas atividades planeadas e desenvolvidas, tivemos como referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017) emanados pela OE e considerámos as competências de Mestre inerentes, nomeadamente: "b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e-multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades." (Despacho n.º 13755/2009, p. 23505).

Competência específica 1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Durante o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, os conteúdos programáticos que foram abordados privilegiaram, sobretudo, temáticas relacionadas com a área da enfermagem médico-cirúrgica, incidindo especificamente na prestação de cuidados à PSC.

O primeiro e mais profundo contato com a área da PSC, surgiu-nos quando há alguns anos frequentámos uma pós-graduação em intervenção à PSC. A procura incessante de melhorar os conhecimentos teóricos à luz da mais recente evidência científica, trouxe-nos até este percurso. Os conteúdos programáticos das Unidades Curriculares do Curso de Mestrado, alicerçados às experiências vividas durante os diferentes contextos de estágio realizados em SUG, UT e UCIP, possibilitaram-nos adquirir e desenvolver esta primeira competência.

Desta forma, torna-se imprescindível que o enfermeiro desenvolva competências específicas que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem com uma abordagem holística, respondendo de forma atempada e eficaz às necessidades identificadas tanto da PSC como da sua família, fomentando o cuidado também centrado na família, considerando- a "(..) como objeto de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente" (Sá et al., 2015, p. 43). A situação crítica em que a pessoa se pode encontrar, caracteriza-se por uma elevada complexidade, não só pela condição clínica da própria pessoa, mas também pelo impacto emocional e social que esta situação provoca junto da sua família.

O SUG, frequentemente caracterizado pela imprevisibilidade e pela necessidade de resposta rápida, proporcionou neste contexto, uma experiência enriquecedora e desafiadora. A sua natureza substancialmente distinta da nossa realidade profissional, acentuou a complexidade do desafio enfrentado. Durante o estágio, foi possível observar e participar ativamente em situações de grande complexidade, como admissões por enfarte agudo do miocárdio, que requereram a ativação da Via Verde Coronária e o cumprimento rigoroso dos protocolos de transferência para a sala de hemodinâmica, garantindo que o tempo padronizado fosse respeitado. Este processo envolveu a estabilização inicial da PSC, a realização de exames complementares de diagnóstico, sempre com o objetivo de assegurar a continuidade e segurança dos cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018,

" (...) os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Este princípio norteou a nossa prática clínica durante o estágio no SUG. Tivemos também a possibilidade de realizar turnos na triagem, que se caracteriza por ser a porta de entrada dos utentes no Serviço Nacional de Saúde, e percebemos a extrema importância de a realizar com rigor e a sua implicação no adequado encaminhamento de todas as pessoas, em particular da PSC. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, com uma janela temporal de avaliação de apenas três minutos, exige

uma abordagem focada e dirigida, sendo que, o verdadeiro desafio foi gerir a necessidade de partilha de informação por parte da pessoa/família, enquanto se priorizava a urgência do atendimento. Gerir o tempo e redirecionar o foco para o motivo principal da vinda à urgência nem sempre era bem interpretado pela pessoa, o que exigiu uma comunicação clara e assertiva. Para uma comunicação eficaz é necessário empatia, conhecimento e competência. Para que a comunicação seja eficiente e se torne uma ferramenta indispensável, é necessário que esta seja dotada de competência, que também pode ser adquirida e aprimorada continuamente (DGS, 2017b).

A experiência na sala de reanimação proporcionou um contacto direto com situações de elevada instabilidade clínica, como eventos neurológicos, como o AVC, permitindo a aplicação prática de protocolos estruturados, como a Via Verde AVC, destacando a relevância de uma abordagem célere, organizada e sistematizada na prestação de cuidados à PSC. A existência e o conhecimento de protocolos de atuação na sala de reanimação, permitiu uma resposta eficiente, minimizando o erro terapêutico, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Também vivenciámos a oportunidade de participar ativamente em manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV), com a abordagem à PSC em paragem cardiorrespiratória, com presença de ritmos desfibrilháveis. Tendo em conta as diretrizes de 2020 para ressuscitação cardiopulmonar, da *American Heart Association (2020)* sabemos que o reconhecimento rápido do ritmo cardíaco e a decisão imediata de desfibrilhar é essencial para aumentar as probabilidades de reversão da paragem cardiorrespiratória, e de recuperação da PSC. Em situações de ritmos não desfibrilháveis, como a assistolia ou a atividade elétrica sem pulso, a abordagem focou-se na realização de compressões torácicas de alta qualidade no seguimento do algoritmo de SAV. Tivemos a oportunidade da aplicação do dispositivo de compressões mecânicas LUCAS®, com o qual contactámos pela primeira vez.

Nos cuidados pós-paragem cardiorrespiratória, eram discutidos os possíveis fatores que despoletaram a situação crítica, permitindo a mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares lecionadas durante o Curso de Mestrado. Estes episódios reforçaram a importância de uma resposta rápida, bem como a grande importância do trabalho em equipa em situações de emergência. A sala de reanimação, onde realizámos o maior número de turnos no SUG, revelou-se um espaço essencial para o treino e o desenvolvimento de competências, como a antecipação de riscos e a identificação precoce de sinais de agravamento clínico da PSC.

O direito ao acompanhamento da PSC no SU consagrado pela Lei n.º 33/2009, apresenta desafios relevantes na sua concretização, em particular devido à sua configuração estrutural, especialmente em contextos de sobrelotação do serviço. Atendendo às limitações do espaço físico, foi-nos possível observar que, sempre foram realizados todos os esforços para a propiciar a presença da família. Constatámos a existência de uma cultura que favorece a presença do familiar no SUG, frequentemente permitindo que

a pessoa de referência permaneça junto do seu ente querido, pelo maior tempo possível, integrando-a, sempre que adequado, nos cuidados prestados, e tornando-a também, inevitavelmente, alvo de cuidados.

O suporte emocional e a comunicação clara e eficaz com a família são fatores cruciais que, quando incorporados na prática de enfermagem, fortalecem os laços entre os profissionais de saúde e os familiares, criando assim um ambiente de cuidado mais humanizado e empático (Mitchell, 2019). Apesar da efemeridade do momento em contexto de urgência, a inclusão da família no processo de cuidados foi sempre considerada. Destacamos uma situação vivenciada, de uma pessoa de 43 anos, sexo masculino, admitido na Sala de Reanimação por queimadura da via aérea por choque elétrico e, lesões nos membros superiores, na sequência de um acidente de trabalho. À chegada apresentava sinais visíveis de queimadura da via aérea, com dispneia e uso de músculos acessórios. Apresentava hipotensão, taquicardia sinusal, polipneia e hipoxemia, com baixa saturação de oxigénio. Encontrava-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa e estava acompanhado pela filha e pela esposa, que a tinham transportado para o SUG. Face à queimadura evidente, foi decidido iniciar ventilação mecânica invasiva para proteção da via aérea e garantir uma ventilação adequada, prevenindo possíveis complicações devido ao edema.

Após estabilização da situação e avaliação das vagas disponíveis no serviço de queimados, foi necessário realizar a transferência inter-hospitalar por helitransporte. A família apresentava-se muito apreensiva com a situação, mas foi prontamente informada sobre todos os procedimentos, tendo sido esclarecida e envolvida. Foi também prestado apoio emocional e fornecida toda a informação pertinente sobre a transferência inter-hospitalar. Consideramos que as intervenções prestadas foram cruciais para a família desta PSC conseguir lidar com o *stress* e a incerteza desta situação, sentindo-se envolvida e informada.

Pudemos constatar que o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde contactado pelas famílias no SU e neste período de crise familiar, assume adicionalmente, a função de ouvinte ativo perante as preocupações e sofrimento da pessoa e família, estabelecendo laços através da sua presença física (Sá, 2023). A informação transmitida à família, pela equipa de enfermagem, centrava-se essencialmente em aspetos relacionados com avaliações de enfermagem, como a autonomia da PSC, o processo de recuperação, o plano de cuidados, a clarificação de informação clínica de forma sucinta, bem como sobre questões de funcionamento do serviço. Em situações de prognóstico reservado, a transmissão da informação à família foi sempre cuidadosamente assegurada pelo médico e enfermeiro, salvaguardando o apoio necessário aos familiares.

Também o estágio realizado em contexto de UT, revelou ser uma experiência profundamente enriquecedora e transformadora, tanto a nível profissional como pessoal, uma vez que é a nossa área

profissional desde há 12 anos. Proporcionou um ambiente de aprendizagem que foi determinante para o desenvolvimento desta primeira competência. Sendo um contexto clínico caracterizado pela complexidade e especificidade dos cuidados prestados, permitiu consolidar conhecimentos e adquirir novas competências nesta área.

A UT acolhe pessoas que atravessam momentos de grande vulnerabilidade física e emocional, sendo muitas vezes o transplante a sua última esperança de ter alguma qualidade de vida. Este cenário exige do Enfermeiro Especialista, não só competências técnicas e científicas, mas também de relação, comunicação e gestão emocional que permitam oferecer um cuidado centrado na pessoa e na sua família.

A PSC submetida a transplante proporcionou-nos uma visão ampla sobre o processo dos cuidados, desde o período pré-transplante, passando pela intervenção cirúrgica, até ao acompanhamento pós-transplante. O envolvimento em cada uma destas fases foi crucial para o nosso desenvolvimento e compreensão de todas as etapas. Durante a nossa experiência na UT, surgiu a oportunidade de assistir a uma cirurgia de transplante renal, onde ficou evidente a importância do trabalho em equipa e da coordenação entre as diversas especialidades envolvidas. Acompanhámos a realização dos cuidados imediatos pré-transplante (entrega do consentimento informado, realização de colheitas de sangue, administração de imunossuppressores, jejum, banho pré-operatório com antisséptico, tricotomia, apoio emocional e psicológico à pessoa e família). O período pós-transplante imediato é marcado pela vigilância rigorosa de parâmetros vitais, débito urinário, sinais de rejeição do enxerto, infeção e outras complicações, exigindo uma monitorização contínua e uma intervenção rápida por parte da equipa multidisciplinar. Esta fase é particularmente desafiante, dado que a pessoa está sob medicação imunossupressora, o que aumenta o risco de infeções e requer um equilíbrio entre a prevenção da rejeição e a preservação da imunidade (Costa & Galato, 2023).

Durante a nossa experiência, foi evidente o impacto emocional e psicológico que o transplante renal tem tanto na pessoa como na sua família. A família desempenha um papel central em todo o processo, desde o apoio emocional até à colaboração na adesão ao regime terapêutico. Vários estudos afirmam que o envolvimento familiar é um dos fatores determinantes para o sucesso do transplante, contribuindo para a redução do *stress* emocional da pessoa e para a melhoria da qualidade de vida deste núcleo (Berlezi et al., 2018). Na prática, observámos como a presença de familiares próximos, durante o período de hospitalização, ajudou a reforçar a confiança no processo e promoveu uma recuperação mais tranquila, sendo essenciais na preparação para a alta e na gestão do regime terapêutico.

A nossa intervenção junto da família incluiu o fornecimento de informação clara e adequada, o apoio emocional e a promoção de um ambiente de confiança, proporcionando o seu envolvimento no processo de cuidados. Esta experiência permitiu-nos compreender a importância de incluir a família

como parte integrante da prestação de cuidados à PSC, respeitando as suas necessidades e expectativas.

O acolhimento da família foi um elemento central neste contexto. A capacidade de adaptar os cuidados às necessidades específicas da família e a oportunidade de conduzirmos os ensinamentos tanto à pessoa como à sua família, foram aspetos que enriqueceram significativamente esta experiência. O processo de avaliação das necessidades num cenário tão específico como o pós-transplante renal revelou ser um desafio que nos permitiu desenvolver novas competências e aprofundar a compreensão sobre a importância da abordagem centrada na família. Esta situação também veio reforçar o nosso compromisso com a formação contínua e sobre a importância de consolidar as competências de comunicação.

Na UCIP, o estágio final representou o culminar de todo o percurso formativo, permitindo um aprofundamento das competências adquiridas. Neste contexto, a prestação de cuidados à PSC incluiu a gestão de terapias avançadas, como a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, suporte hemodinâmico e monitorização neurológica. A vigilância contínua e a identificação precoce de complicações foram competências amplamente desenvolvidas, sempre sob a supervisão atenta da Enfermeira Orientadora.

A inclusão da família no plano de cuidados foi constante, sendo promovida a sua participação ativa através do incentivo à prestação de cuidados de conforto, do esclarecimento de dúvidas, do incentivo ao toque e à comunicação com a PSC, mesmo em situações de sedação ou ventilação mecânica. A família foi valorizada como um recurso essencial para o cuidado, contribuindo para a recuperação da pessoa e para a criação de um ambiente de confiança e segurança. Este envolvimento, além de beneficiar a pessoa, demonstrou ser um fator determinante para o bem-estar emocional dos familiares, que se sentiram incluídos e apoiados em todas as etapas do processo de cuidado.

A experiência ao longo dos estágios, aliada ao conhecimento teórico adquirido durante o Curso de Mestrado, permitiu o desenvolvimento de competências especializadas, baseadas na evidência científica e orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A integração da pessoa e da sua família no centro do processo de cuidados, bem como a valorização da comunicação e da humanização, foram pilares fundamentais para a aquisição desta primeira competência de EEEMCPSC, refletindo um compromisso com a excelência.

De acordo com Castro (2019), a comunicação integra competências e habilidades essenciais à prática profissional dos enfermeiros, sendo que o sucesso das suas intervenções depende, em grande parte, da qualidade da comunicação estabelecida com a pessoa alvo de cuidados. Nos vários contextos clínicos que tivemos oportunidade de realizar estágio, a comunicação adquire contornos de maior complexidade, particularmente em situações onde a PSC se encontra ventilada. Esta realidade exige do

enfermeiro a adoção de estratégias de comunicação não verbal, como o recurso a papel e caneta, tablets ou outros dispositivos, com o objetivo de facilitar a interação entre a pessoa, a equipa multidisciplinar e, igualmente, a sua família. Estas estratégias tornaram-se indispensáveis para promover um cuidado centrado na pessoa e atenuar o impacto emocional decorrente da sua condição.

No que respeita à comunicação no seio da equipa de enfermagem, a sua eficácia é determinante para assegurar a continuidade dos cuidados prestados, bem como para garantir a sua segurança. A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem depende, em grande medida, na transmissão de informação clara, estruturada e precisa entre os profissionais. Um aspeto particularmente relevante, e para nós inovador, foi a abordagem inerente à transição de cuidados. Tanto na UT como na UCIP, os enfermeiros recorrem à técnica ISBAR que, conforme descrito na Norma nº 001/2017 da DGS, consiste numa mnemónica que organiza a informação fundamental a ser transmitida durante a transição de cuidados. Este modelo estruturado revelou-se uma ferramenta essencial para a transmissão de informação clara e concisa, promovendo a segurança e a continuidade dos cuidados.

No SUG não foi identificado um modelo padronizado ou a aplicação sistemática da técnica ISBAR na transferência de informação entre os enfermeiros. A transmissão de informação ocorre junto à PSC, sendo frequentemente breve, sistematizando a informação mais relevante e, é dependente da exigência da situação clínica.

Relativamente ao processo de final de vida e situações terminais, uma família devidamente informada e preparada para um processo de final de vida do seu ente querido, demonstra uma maior capacidade de envolvimento neste momento tão delicado. Na transmissão de más notícias, embora não estivesse instituído um protocolo na UCIP, a Enfermeira Orientadora demonstrava sempre preocupação em seguir um protocolo de transmissão de más notícias, nomeadamente o Protocolo SPIKES. Trata-se de uma mnemónica, que reúne seis etapas que torna a comunicação entre os profissionais de saúde, a PSC e sua família, mais simples, clara e humanizada (Baile et al., 2000). Ferreira et al., (2018, p.9) corrobora que este protocolo é “uma sequência racional e fácil de incorporar na prática clínica”. No contexto de estágio, esta abordagem revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento de competências nesta área, permitindo uma abordagem mais humanizada e sensível no cuidado à PSC e à sua família.

Para consolidar ainda mais os conhecimentos para o desenvolvimento da competência em questão, assistimos ao 1º Encontro Científico do Serviço de Urgência - HSLE A Pessoa Em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados (Anexo IV), onde foi abordado como tema: “*O Pilar da Comunicação na Segurança dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família*” Este evento contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências nesta área.

É praticamente impossível abordar o tema da PSC sem mencionar a dor, um sinal vital omnipresente nos contextos onde realizámos os estágios. A dor e o desconforto configuram uma constante desta realidade e, quando não controlada ou inadequadamente gerida, pode gerar instabilidade hemodinâmica (Figueira et al., 2022). Adicionalmente, a presença de dor não controlada pode exacerbar estados de confusão mental, *delirium* e agitação psicomotora, que por sua vez, também podem contribuir para a instabilidade hemodinâmica. Este ciclo evidencia a importância do controlo eficaz da dor, não apenas para aliviar o sofrimento, mas também para prevenir complicações clínicas que possam comprometer a recuperação da PSC (Figueira et al., 2022).

A DGS, na Circular Normativa n.º 9 de 2003, reconhece a dor como o 5.º sinal vital, sublinhando que "o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde" (DGS, 2003, p. 1). Esta perspetiva reflete a necessidade de integrar o controlo da dor como um elemento central nos cuidados de saúde, principalmente no universo dos contextos de cuidados críticos, onde a dor é frequentemente uma realidade quotidiana.

Dentro da mesma linha de pensamento, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica reforçam que, é responsabilidade do EEEMCPSC assegurar uma gestão eficaz e diferenciada da dor. Para tal, este deve implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor, utilizando instrumentos específicos para a sua avaliação e protocolos terapêuticos destinados ao seu alívio (OE, 2017).

Ao longo do estágio final, a dor foi uma preocupação constante, sendo a sua avaliação frequentemente um desafio, sobretudo devido às alterações do estado de consciência decorrentes da sedoanalgesia e da ventilação mecânica invasiva. A escala da dor utilizada tanto no SUG, como em UT ou mesmo na UCIP variava consoante a situação da PSC, recorrendo à escala visual analógica ou escala numérica quando a pessoa se encontra capacitada para comunicar, consciente e colaborante. Se a PSC se encontrasse incapacitada para comunicar, inconsciente e/ou sob ventilação mecânica invasiva, recorríamos à *Behavioral Pain Scale*. É uma escala numérica observacional que analisa três domínios comportamentais: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. Cada um desses indicadores é categorizado em quatro descrições comportamentais, sendo que cada item recebe uma pontuação específica. Adquirir conhecimentos através da procura da melhor evidência científica e a aplicação destas escalas revelou-se fundamental para a monitorização da dor, principalmente em contexto de UCI. A avaliação da dor é realizada de forma sistemática e registada de hora em hora, na realidade da UCIP.

Sempre que se identificava dor, eram implementadas medidas não farmacológicas, como a alteração do posicionamento ou a realização de massagem, bem como medidas farmacológicas, através

da administração de terapêutica analgésica prescrita. Estas intervenções eram cuidadosamente registadas e monitorizadas, permitindo avaliar a sua eficácia e determinar a necessidade de novas ações, sempre com o objetivo de garantir o bem-estar da PSC.

Para aprofundar e consolidar os conhecimentos sobre a temática da dor, destaca-se a participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo VI), que apresentou uma mesa com o tema "*Cuidar o Invisível*", destacando a relevância de uma abordagem sensível e humanizada com a adequação de estratégias na gestão da dor.

Todos os locais de estágio ofereceram perspetivas e contributos para o desenvolvimento desta primeira competência, mas tendo em consideração que a nossa prática profissional diária figura em contexto completamente díspar, esta etapa do Curso de Mestrado em Enfermagem configurou-se num enorme desafio.

Competência específica 2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Contextualizando, e segundo o Regulamento nº 429/2018, uma situação de emergência é definida como resultante "(...) da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida" (Regulamento nº 429/2018, p. 19362).

Uma situação de exceção caracteriza-se por um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação orientada e criteriosa na gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento nº 429/2018).

A catástrofe, conforme definido pela Lei de Bases da Proteção Civil, corresponde a "(...) um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (Decreto-Lei n.º 27/2006, p.3).

Durante o percurso formativo e a permanência nos três locais de estágio, não foi possível vivenciar diretamente situações de catástrofe ou de emergência multivítimas. Esta ausência de experiência prática limitou a oportunidade de participar em planos estratégicos ou de emergência. No entanto, esta limitação foi colmatada através de uma abordagem proativa, que incluiu a consulta detalhada dos Planos de Emergência Interna, Planos de Atuação em Situações de Exceção e Planos de Evacuação, disponíveis nos respetivos portais internos das instituições. A leitura, análise crítica e

comparação desses documentos com os conteúdos teóricos lecionados na unidade curricular Situação de Emergência, Exceção e Catástrofe, bem como a partilha e discussão dos documentos com os Enfermeiros Orientadores, permitiram desenvolver esta competência nesta área tão específica. Todos os documentos estavam atualizados à data, o que facilitou a sua análise e compreensão.

A análise dos diferentes planos de emergência revelou-se fundamental para compreender os diversos contextos de atuação. A gestão do risco e a criação de um ambiente seguro para os cuidados de enfermagem são basilares para salvaguardar a segurança dos profissionais e a da PSC.

Assim, consideramos que foi possível adquirir competências nesta área específica, mesmo sem ter experienciado diretamente situações de exceção ou catástrofe, através do estudo das intervenções propostas em cada local de estágio e da reflexão crítica sobre os conteúdos teóricos e práticos.

A participação no 1º Encontro Científico do Serviço e Urgência - A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados (Anexo IV) abordou um tema pertinente sobre a “Preparação para a Catástrofe: Missão e Desafios - À Conversa com o Perito” onde foi abordada e partilhada a experiência dos profissionais do Hospital de Ponta Delgada, que vivenciaram um incêndio em 2024 que obrigou à evacuação do mesmo.

Também a participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo VI) com o tema “The Best of... Trauma” e a mesa “Catástrofe e Eventos de Exceção” trouxe contributos essenciais, aprofundando conhecimentos e permitindo a partilha de experiências com outros profissionais.

Consideramos assim, que a ausência de experiência em situações de exceção ou catástrofe durante os estágios, não foi um fator inibidor da aquisição de competências. A nossa participação ativa em contextos de emergência, associada à colaboração com os Enfermeiros Orientadores e outros profissionais, foi essencial para a consolidação deste processo de aprendizagem.

Competência específica 3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida pela DGS como uma infeção adquirida pela pessoa em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde que lhes são prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde no exercício da sua atividade. Este fenómeno constitui, a nível mundial, um dos maiores desafios, sendo considerado um problema de saúde pública devido aos elevados custos associados, ao aumento do tempo de internamento, à

elevada morbidade e mortalidade, bem como ao aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2017a; WHO,2022). Segundo a OMS, até 70% das IACS podem ser prevenidas com a implementação de medidas adequadas de prevenção e controlo de infeção (WHO, 2022).

Sabemos que a esperança média de vida da população tem vindo a aumentar, o que aliado aos avanços técnico-científicos, à utilização frequente de antibioterapia e terapêutica imunossupressora e à crescente complexidade dos cuidados prestados, contribuem para um maior risco de infeção. Segundo o *site do European Centre for Disease Prevention and Control* (*website* oficial, acedido a 20/03/2025) “(...) estima-se que até 50% das infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis. A utilização de medidas de prevenção e controlo de infeções em contextos de cuidados de saúde é essencial para evitar as IACS”. Este dado reforça a necessidade de um compromisso contínuo e sistemático dos profissionais de saúde no acolhimento de práticas seguras e na promoção de uma cultura de segurança, tal como é preconizado no Pilar 5 do Plano Nacional de Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021).

O PPCIRA, criado em Portugal em 2013, tem como objetivos a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013). Este programa, ao promover a adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e a implementação de feixes de intervenções (*bundles*), tem contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a segurança da PSC (DGS, 2022a).

No âmbito do estágio realizado no SUG, foi possível compreender a importância do papel do elemento dinamizador do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA. A observação e análise da periodicidade das auditorias realizadas, bem como a identificação de lacunas na higienização das mãos, permitiram a realização de uma auditoria direcionada a esta prática. A rotatividade de pessoas no SUG aumenta a probabilidade de infeções cruzadas, tornando a correta higienização das mãos imperativa.

No contexto da UT e UCIP destacou-se a atitude proativa do elemento dinamizador do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA que realizava ordinariamente a monitorização de dispositivos invasivos. Esta prática permitia avaliar a evolução das taxas de infeção associadas aos dispositivos, identificando necessidades formativas e promovendo mudanças nas práticas de prestação dos cuidados.

Durante o estágio, foi dada especial atenção à aplicação das normas da DGS, nomeadamente a Norma n.º 029/2012 (DGS, 2013), que define os dez aspetos fundamentais das PBCI, e as normas n.º 021/2015 (DGS, 2022b) e norma n.º 022/2015 (DGS, 2022c), relacionadas com a prevenção de pneumonia associada à intubação e infeção relacionada com cateter venoso central, respetivamente. A implementação de intervenções baseadas nestas normas, como a técnica asséptica na colocação de

cateter venoso central, a manutenção da cabeceira a 30° e a avaliação diária da necessidade de dispositivos invasivos, contribuiu para a redução do risco de infeção e para a melhoria da segurança da PSC.

A presença no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo VI) e a participação no *Webinar* “A ameaça das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção” (Anexo IX) contribuíram para colmatar possíveis lacunas na prestação de cuidados, contribuindo com estratégias eficazes de prevenção e controlo de infeção.

A higienização das mãos foi reiteradamente promovida como um pilar essencial na prevenção de infeções. A disponibilização de lavatórios e desinfetantes em todas as unidades da PSC, bem como a presença de cartazes elucidativos, reforça a importância desta prática. Procurou-se envolver as famílias na prevenção e controlo de infeção, através do ensino da correta lavagem das mãos e do uso adequado de equipamentos de proteção individual, sempre que visitavam o seu familiar. Constatámos esta prática em todos os locais de estágio, principalmente em contexto de UT, pela vulnerabilidade imunológica inerente, e também na UCIP.

A gestão de antimicrobianos foi outra área de destaque neste nosso percurso, que apresentava protocolos muito estruturados, implementados e cumpridos em colaboração com a equipa multidisciplinar. Durante os ensinamentos clínicos, foi assegurada a administração atempada de antibioterapia e a colheita asséptica de hemoculturas, confirmando uma abordagem segura.

A atuação do EEEMCPSC deve pautar-se então, pela liderança e pelo exemplo, promovendo boas práticas, atualizando conhecimentos e sensibilizando a equipa para a importância da prevenção e controlo de infeção, tal como descrito pela OE (OE, 2017).

Concluimos que, a prevenção e controlo das IACS salvam vidas, reduzem custos e promovem uma prática de enfermagem segura e de excelência. Diante do explanado, consideramos ter desenvolvido esta competência, cientes de que o EEEMCPSC é fundamental para garantir a segurança da PSC, liderando esforços na adesão das PBCI e promover uma cultura baseada na melhoria contínua.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Relatório de Estágio pretende refletir o percurso académico e profissional enquanto futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ao longo deste caminho, foram diversas as etapas que contribuíram para a aquisição de competências fundamentais, não só ligadas ao domínio técnico, mas também competências ligadas ao desenvolvimento pessoal e emocional que, sem dúvida, aprimoraram a qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua Família.

Ser Enfermeiro Especialista exige que, na sua prática esteja inerente a reflexão crítica, que é sempre sustentada por uma abordagem baseada na evidência. A prática clínica exige que os enfermeiros sejam providos de um leque vasto de conhecimentos, habilidades e competências, especialmente em contextos onde a complexidade dos cuidados está em constante mutação e por isso consideramos que a especialização e o mestrado são basilares para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da Enfermagem enquanto Profissão.

A presença e o envolvimento da Família no plano de cuidados beneficiam não só a PSC, como também facilitam a sua adaptação e promovem o seu bem-estar. Diversos estudos indicam que a inclusão da família nos cuidados pode reduzir o *stress* e a ansiedade, melhorar a comunicação e promover uma melhor compreensão da situação crítica vivenciada. O Enfermeiro Especialista deve, portanto, desenvolver estratégias que garantam a satisfação das necessidades deste núcleo familiar, adotando uma comunicação clara e eficaz, essencial para estabelecer uma relação terapêutica empática capaz de apoiar a família durante o período de transição e incerteza.

A experiência adquirida ao longo dos diversos contextos clínicos, todos eles com elevada complexidade, o Serviço de Urgência Geral, a Unidade de Transplantes e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, intensificou a relevância da especialização e da intervenção do Enfermeiro Especialista na melhoria dos *outcomes* da PSC e sua Família. Por se tratar de contextos tão distintos, permitiram compreender a importância da abordagem personalizada e holística a cada pessoa e sua família, face a cenários de transição que se mostram tão desafiadores.

A realização da *Scoping Review*, não só ampliou o conhecimento sobre a temática, como permitiu adquirir e consolidar mais conhecimentos e desenvolver competências, sublinhando a importância da investigação no aprimoramento da prática.

Embora o percurso não tenha sido linear, os desafios enfrentados, em particular a gestão do tempo entre as responsabilidades profissionais e académicas, foram superados com resiliência e determinação.

Acreditamos ter alcançado os objetivos propostos, tanto nos estágios, como neste Relatório e estamos convictas de que o conhecimento adquirido e as competências desenvolvidas permitem uma abordagem mais holística e competente na satisfação das necessidades da PSC e sua família.

Assim, chegamos ao término de mais um capítulo da nossa trajetória académica e profissional, certas de que o percurso realizado, repleto de valiosas aprendizagens e experiências enriquecedoras, nos proporcione um renovado ímpeto para enfrentar os desafios que se apresentem no futuro.

Acreditamos que o esforço despendido foi recompensador e nutrimos a esperança de que novas oportunidades se apresentarão, possibilitando-nos dar continuidade à nossa evolução enquanto Enfermeiras Especialistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, N. (2012). *Cuidados de Enfermagem Especializados à criança em estado crítico e aos pais*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- American Heart Association. (2020). *AHA guidelines for CPR and ECC*. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
- Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Mirmohammadkhani, M., Vaismoradi, M., Snelgrove, S. (2015). Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *Journal of Research in Nursing*, 20(5), 401-422.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª Edição, Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company.
- Benner, Patrícia (2001) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-x.
- Berlezi, G. D., Zanesco, C., Ribeiro, M. V. G., de Paula, A., & de Resende, D. T. (2018). Apoio familiar no processo de transplante renal. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(3), 424-431.
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.
- Botes, M., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1-7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>.
- Campos, S. (2014). Necessidades da família em cuidados intensivos- Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. U.Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/77954>.
- Castro, C. (2019). Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral.
- Coscia, C., Saxton, E., & Dickinson, S. (2016). Postoperative care of a liver transplant recipient using a classification system type A (stable) versus type B (unstable). *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 252–266. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000119>.
- Costa LM & Galato D. (2023). Identificação dos fatores associados com a adesão à medicação em pacientes transplantados renais: uma revisão da literatura integrativa. *BJT*. 2023.26 (01): e0123. https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.484_PORT.
- Decreto-Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I série, n.º 126. <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>.
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II série, n.º 229. <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>.
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República*: II série, n.º 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>.
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República*: II série, n.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>.
- Despacho n.º 13755/2009. (15 de junho de 2009). *Diário da República*, 2ª série - n.º 113, pp. 23504 - 23511.
- Direção Geral de Saúde. (2018). Norma DGS n.º 002/2018: *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Portugal. 2018. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp>

content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-
imediate.pdf.

- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) nº 17/2011 de 19 de maio (2011). <https://pt.scribd.com/document/58966314/Escala-de-Braden-Normativa-DGS>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções básicas do Controlo da infeção (PBCI). Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013 DQS/DGS. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%AAncia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf).
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). INFEÇÕES E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS. RELATÓRIO DO PROGRAMA PRIORITÁRIO PPCIRA 2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infeco-es-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma n.º 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Portugal. 2022. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrige_da_marco_2023.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma n.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Portugal. 2022. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf.
- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 124-143.
- Egas Moniz School of Health & Science (2025). Mestrados. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. <https://www.egasmoniz.com.pt/estudar/mestrados/enfermagem-medico-cirurgica-area-enfermagem-pessoa-em-situacao-critica>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en>.
- Ferreira, S.R., Araújo, A.I. & Madeira, N. (2018). Psicologia na Medicina. (pp.527-538). LIDEL: Edições Técnicas
- Figueira, A. I., Amaral, G. M. M. D. S., & Carmo, T. I. G. D. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1).
- Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559.
- Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global journal of health science*, 7(2), 8–19. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>.
- Giacomini, M., Cook, D., & DeJean, D. (2009). *Life support decision making in critical care: Identifying and appraising the qualitative research evidence*. *Critical care medicine*, 37(4), 1475–1482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819d6495>.
- Gomes, L. F. (2019). *Cuidar especializado à pessoa em situação crítica: um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca*. Funchal.
- Grupo de trabalho de certificação do Projeto HU-Cl. (2019). *Manual de boas práticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva*. Madrid: Projeto HU-Cl. <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>.

- Grupo de trabalho de Humanização dos Serviços de Urgências Hospitalares. (2020). *Manual de boas práticas de humanização nos Serviços de Urgências Hospitalares*. Projeto HU-CI. <https://proyectourgencias.com/manual-de-buenas-practicas>
- <https://hff.min-saude.pt/hospital/institucional/>.
- <https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-referencia/centro-hepato-bilio-pancreatico-2-2/>.
- <https://www.cuf.pt/hospitais-e-clinicas/hospital-cuf-tejo>.
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections?etrans=pt>, consultado em abril 2025.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2024). *Comunicação. Notícias*. Disponível em <https://www.ipst.pt/index.php/pt/comunicacao/destaques-ipst-ip/49-ipst-newsletter/907-em-2023-portugal-registou-resultados-notaveis-na-atividade-de-doacao-e-transplantacao-de-orgaos-tecidos-e-celulas>.
- Lei Constitucional n.º 1/2005. (12 de agosto de 2005). D.R. I Série A. 155 de 2005-08-12. 4642-4686. Constituição da República Portuguesa, sétima revisão constitucional. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>.
- Lei n.º 33/2009. (14 de julho de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 134. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- Lusquiños, A., Mendes A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685-1694. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CLAIQ2019/article/view/2400>.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.
- Meleis, A. (2021). *Situations Specific Theories: Development, Utilization and Evaluation in Nursing*. (E.-O. Im & A. Meleis, Eds.). Springer.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5 th. ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer / LippincottWilliams & Wilkins.
- Meleis, A.; Sawyer, L.M.; Im, E.O.; Messias, D.K.H;Schumacher, K. (2000). Experience Transitions: an emerging middle-range theory. *Nursing Science*, Volume 23, nº11.
- Mendes, A. (2020). Uncertainty in critical illness and the unexpected: important mediators in the process of nurse-family communication. *Anna Nery School Journal of Nursing/Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 24(1). Disponível em: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056.
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>.
- Mitchell, M. L. (2019). Patient and family-centred care in the intensive care unit: a challenge for all members of the multidisciplinary team. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2091-2093.
- Ocak, U., & Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328-335.
- Oliveira, S. (2020). *A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/72119>.
- Ordem do Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). *Diário de República*, 1.ª série N.º 181, 1, 12.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem. *Obtido em*, 12, 1-10.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2. Lusodidacta. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) – Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Quality of Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
- Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Silva, B. R. D., & Silva, M. J. P. D. (2015). Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 60-65.
- Pio, F., Azevedo, L., Marques, L., & Santiago, L. (2016). Nursing care in heart transplantation: Integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, pp. 1857–1865. DOI:10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201635.
- Rabiais, I. C. M. (2016). *A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Académicas.
- Ramos, R. M., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S. & Oliveira, J. P. P. C. (2018). *Vivências da Família do Doente Crítico: Um Estudo Qualitativo*. *Cadernos de Saúde*, 10, 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>.
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019) Diário da República: II série, nº26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.ª Edição.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>.
- Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de, & Henriques, Helga Marília da Silva Rafael. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. Epub 31 de dezembro de 2021. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>.
- Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29982/1/Diogo%20Saraiva%208324.PSC.pdf>.
- Silva, A. G. da. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos- vivências da família*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1200>.
- Soares, H. (2023). *Reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. Porto.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5 ed.). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2022) - Global report on infection prevention and control Executive summary Global report on infection prevention and control: executive summary. (2022). <http://apps.who.int/bookorders>.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Protocolo de Scoping Review



EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

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

**CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA-
*A Scoping Review***

Discente:

Verónica da Silva Pereira, n.º 118563

Docentes:

Prof.^a Doutora Cidália Castro

Prof.^a Mestre Célia Vaz

**Almada
Outubro 2024**

Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica- Intervenções de Enfermagem Especializada: a Scoping Review

Caring for the Person in a Critical Situation's family: Specialized Nursing Interventions - a Scoping Review

Verónica Pereira^{1,2,3}, Cidália Castro^{2,3}, Célia Vaz^{2,3}

1. *Enfermeira de Diálise, NephroCare Alverca, 2625-384 Forte da Casa, Portugal;*

2. *Nurs* Lab, Monte da Caparica, 2829-511 Almada, Portugal;*

3. *Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (IIEM), EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE, Monte da Caparica, 2829-511 Almada, Portugal.*

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência científica acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista no cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica.

Introdução: A Pessoa em Situação Crítica não pode ser considerada de forma isolada, uma vez que está inserida numa dinâmica familiar. No cenário de doença crítica, a presença do Enfermeiro Especialista torna-se indispensável pela sua capacidade de reconhecer e atender não só às necessidades da Pessoa em Situação Crítica, mas também do núcleo familiar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que nas suas competências contempla a assistência à família da pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da condição do seu familiar (Regulamento n.º 429/2018), é também preponderante na promoção de intervenções autónomas de enfermagem, com o propósito de sensibilizar a restante equipa para esta problemática. Intervir junto da família assume cada vez mais uma importância primordial, porque além de ajudar a família na adaptação da transição saúde-doença, o Enfermeiro Especialista capacita a família para assumir um papel ativo na recuperação do seu ente querido.

Metodologia: A presente *Scoping Review* baseia-se na proposta metodológica do *The Joanna Briggs Institute* (JBI), utilizando o acrónimo PCC para responder à questão de investigação: “Quais são as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da Família da Pessoa em Situação Crítica?”. A pesquisa efetuada foi realizada no mês de janeiro de 2024, através das bases de dados da CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina (EBSCOhost); Science Direct e RCAAP, no espaço temporal de 2014 a 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis em texto integral. A informação foi organizada segundo a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Resultados: Foram incluídos 10 artigos, com os quais foi possível mapear a evidência disponível acerca das intervenções de enfermagem, que atendem às necessidades de cuidado da família da Pessoa em

Situação Crítica. Utilizando o processo de análise indutiva, as intervenções de enfermagem foram agrupadas em cinco categorias com base nas dimensões das necessidades de cuidado da família, nomeadamente, a informação, a segurança, a proximidade, o suporte e o conforto.

Conclusão: As principais conclusões destacam a importância de uma abordagem holística, onde se considera, não apenas a pessoa em situação crítica, mas também o seu contexto familiar, contribuindo significativamente para a melhoria da experiência em momentos de grande adversidade. O mapeamento das intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da família da pessoa em situação crítica, permitirá aos Enfermeiros Especialistas redefinir estratégias, de modo a otimizar os cuidados prestados a este núcleo familiar.

Palavras-Chave: Família; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem Especializada.

ABSTRACT

Objective: To map the scientific evidence on the interventions of the Specialist Nurse in caring for the family of the Person in a Critical Situation.

Introduction: The Person in a Critical Situation cannot be considered in isolation, as they are part of a family dynamic. In the setting of critical illness, the presence of the Specialist Nurse becomes indispensable due to their ability to recognize and meet not only the needs of the Person in a Critical Situation, but also those of the family unit. The Nurse Specialist in Critical Care Nursing, whose competences include assisting the person's family with the emotional disturbances resulting from their relative's condition (Regulation 429/2018), is also key in promoting autonomous nursing interventions, with the aim of sensitizing the rest of the team to this problem. Intervening with the family is becoming increasingly important, because in addition to helping the family adapt to the health-disease transition, the Nurse Specialist empowers the family to take an active role in their loved one's recovery.

Methodology: This Scoping Review is based on the methodological proposal of The Joanna Briggs Institute (JBI), using the acronym PCC to answer the research question: 'What are the nursing interventions that meet the care needs of the Person in a Critical Situation's family?'. The search was carried out in January 2024, using the CINAHL Complete, MEDLINE Complete and MedicLatina (EBSCOhost) databases; Science Direct and RCAAP, in the time frame 2014 to 2024, in Portuguese,

English and Spanish, available in full text. The information was organized according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Results: Ten articles were included, making it possible to map the available evidence on nursing interventions that meet the care needs of the person in a critical situation's family. Using the inductive analysis process, the nursing interventions were grouped into five categories based on the dimensions of the family's care needs, namely information, safety, proximity, support, and comfort.

Conclusion: The main conclusions emphasize the importance of a holistic approach, where not only the Person in a Critical Situation is considered, but also their family context, contributing significantly to improving the experience in times of great adversity. The mapping of nursing interventions that meet the care needs of the Person in a Critical Situation will allow Specialist Nurses to redefine strategies to optimize the care provided to this family unit.

Keywords: Family; Person in a Critical Situation; Specialized Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) no âmbito dos cuidados de saúde, não pode ser considerada de forma isolada, uma vez que está inserida numa dinâmica familiar (Silva, 2012). Diversos estudos enumeram vantagens em manter a presença da família durante a abordagem e tratamento da PSC. Estes benefícios compreendem a possibilidade de as famílias entenderem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar; sentirem-se úteis ao participar nos cuidados; colaborarem com a equipa ao partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido; preservarem as relações familiares e, facilitar o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de 2018, define que PSC é “(...) *aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.*” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). O regulamento supracitado defende igualmente a importância do cuidado de enfermagem à família/cuidador da PSC.

A família pode ser interpretada de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)[®] como um “*Grupo ou unidade funcional todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.115). É relevante destacar que a definição consensual de família abrange as pessoas significativas, isto é, aquelas que não possuindo laços consanguíneos, estabelecem vínculos de "afinidade".

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que nas suas competências contempla a assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da condição do seu familiar (Regulamento n.º 429/2018), deverá promover intervenções autónomas de enfermagem, e sensibilizar a equipa para esta problemática. Os cuidados deverão também ser centrados na família, considerando-a assim “*como objeto de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente*” (Sá, et al., 2015, p. 43). Os cuidados de enfermagem devem responder às presentes necessidades da pessoa, família e comunidade, que se encontram em constante interação e transformação.

Conforme preconizado por Meleis (2010), os enfermeiros têm uma elevada importância na partilha da experiência de transição com a pessoa e família, quando estas estão relacionadas com saúde, bem-estar e autocuidado. Segundo a mesma autora, os enfermeiros lidam com ambientes que podem apoiar ou dificultar as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais. Existem diversas definições de transição, sendo que a mais utilizada por Meleis (2010) refere-se à passagem de um estado (local ou condição) estável para outro estado estável, requerendo por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do comportamento e mudança na definição de si mesmas através de processos

e/ou resultados. Neste contexto, a situação crítica vivida pela pessoa enquanto evento habitualmente inesperado, corresponde a uma transição saúde/doença que poderá desencadear uma transição situacional vivida pela família, implicando uma redefinição de papéis e alteração do comportamento de cada um dos elementos (Meleis, 2010). Tanto a PSC como a sua família, ao vivenciarem tal processo, tornam-se mais vulneráveis a riscos que, por si só, pode afetar o seu estado de completo bem-estar (Meleis et al., 2000).

O vivenciar de uma situação limite, associada ao risco de fim de vida do seu ente querido é entendido de maneira singular pela família. Isso ocorre, muitas vezes, porque a própria pessoa está inconsciente, e só consegue apreender a transição que vivencia e a gravidade da mesma, já numa fase de recuperação. Neste contexto, a família experiencia de forma intensa e emocional todos os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu familiar em situação crítica (Sá et al., 2015). Torna-se evidente a grande importância do cuidado à família da PSC, justificando a pertinência do tema escolhido para a *Scoping Review*.

Ao aliar o cuidado de enfermagem à PSC ao cuidado à família, os enfermeiros não só facilitam do processo de recuperação da pessoa, mas também contribuem para a construção de relações de confiança e empatia com a família, ajudando a ultrapassar os desafios que esta transição acarreta.

O Enfermeiro Especialista encontra-se então numa posição privilegiada que permite antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo o nível máximo de autonomia e bem-estar desta família. (Meleis, 2010).

Objetivo: Mapear a evidência científica acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista no cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica.

2. METODOLOGIA

A *Scoping Review* será conduzida de acordo as recomendações do JBI (2020), seguindo todas as etapas para a sua elaboração.

A questão de investigação foi definida seguindo a mnemónica PCC - População (*Population*), Conceito (*Concept*) e Contexto (*Context*), resultando a seguinte questão de investigação – “Quais são as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da Família da Pessoa em Situação Crítica?”.

Seguidamente, serão apresentados os critérios de inclusão e exclusão definidos, a estratégia de pesquisa, as fontes de informação, a seleção de estudos, extração e síntese de dados, os resultados onde se encontra o fluxograma de seleção de artigos, o formulário de Extração e Síntese de dados, a discussão e, por fim a conclusão.

2.1. Critério de Inclusão/Exclusão

A elaboração de uma estratégia bem planeada para orientar a pesquisa e a definição de critérios de inclusão e exclusão são essenciais para garantir a validade e a precisão de uma revisão da literatura. Foram definidos como critérios de inclusão: idioma (português, inglês e espanhol), ano (2014-2024), disponibilidade do texto integral com acesso livre ou via direta pelo autor; com base na mnemónica PCC (A **População** é constituída pelo Enfermeiros que prestam cuidados à Família da Pessoa em Situação Crítica; o **Conceito** sendo as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da família da pessoa em situação crítica e, o **Contexto** Serviços Hospitalares de Cuidados Críticos).

Como critérios de exclusão definimos que seriam todos os artigos que não cumpram os critérios de inclusão.

2.2. Estratégia de pesquisa

Com base na temática escolhida, foram selecionados os seguintes descritores: *Family, Extended Family; Filiation; Relatives; Needs Assessment; Nurs** e *Critical Care*. Foram previamente validados através da Plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH).

Foi formulada a equação booleana de pesquisa: [(*family*) OR (*extended family*) OR (*filiation*) OR (*relatives*)] AND (*nurs**) AND (*needs assessment*) AND (*critical care*).

2.3. Fontes de informação

A pesquisa foi efetuada no mês de Janeiro de 2024, em bases de dados acessíveis através da plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina), ScienceDirect e RCAAP. Como limitadores para a seleção de artigos científicos, o período de publicação ficou definido entre 2014 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol e disponibilidade em texto integral. Em termos de abordagem metodológica foram incluídos estudos observacionais; transversais descritivos e prospetivos; estudos qualitativos e estudos quantitativos descritivos.

2.4. Seleção de estudos

A amostra foi selecionada através da leitura do título, resumo, leitura do texto integral, sendo primeiramente submetida a uma análise, através da utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos selecionados nesta fase foram guardados e organizados no software Rayyan[®].

O processo de pesquisa, seleção e extração dos dados, foi realizado de forma independente. Após a eliminação dos artigos duplicados, foi realizado um processo seletivo que envolveu três fases. Na primeira fase, foi realizada uma triagem dos títulos, seguidamente a análise dos resumos. Por fim,

obteve-se o texto completo dos artigos relevantes para o tema e, foi interpretado minuciosamente. Este processo permitiu verificar a relevância e adequação dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e a questão de investigação.

2.5. Extração e Síntese de Dados

Foi desenvolvido um formulário de Extração e Síntese de dados para orientar a sua extração.

Este instrumento permitiu a extração dos seguintes dados: ano de publicação; país de origem; autor(es); título do estudo; objetivo; metodologia e principais resultados (Tabela 1).

3. RESULTADOS

Foram identificados: 346 artigos, dos quais 64 se encontravam repetidos, 159 foram excluídos pelo título, 111 excluídos pelo resumo. A exclusão dos artigos deve-se ao facto de não se encontrarem dentro dos critérios de inclusão definidos. Após leitura integral, foram excluídos 2 artigos por não corresponder ao contexto de doença crítica, sendo que foram incluídos no corpus do estudo, 10 artigos, encontrando-se o processo de seleção exposto na Figura 1, sob o *Fluoxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Tricco et al, 2016).

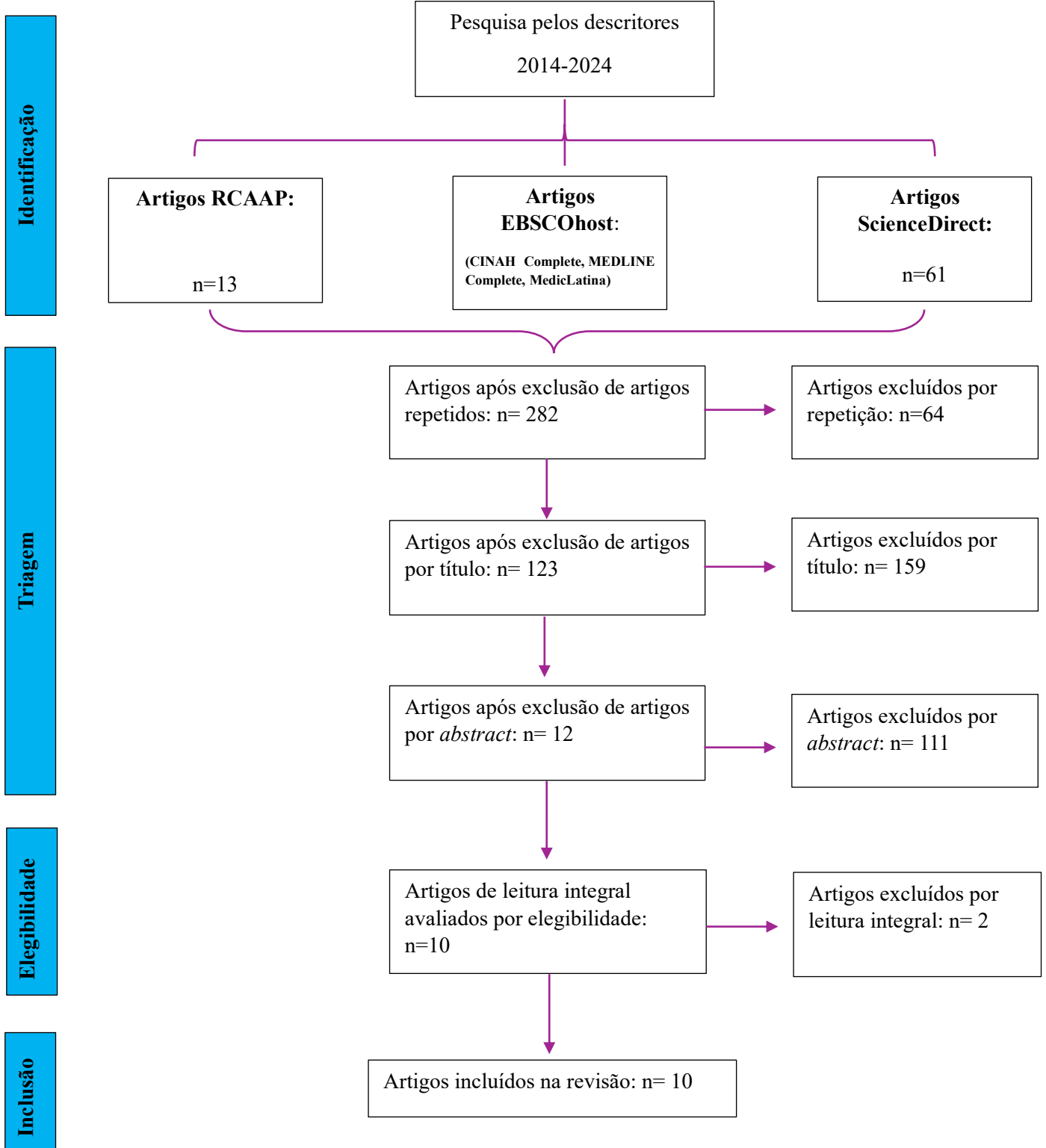


Figura 1: PRISMA ((Tricco et al, 2016)

5. CONCLUSÃO

A presente *Scoping Review* centrou-se no mapeamento da evidência científica acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista no cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica. Através de uma análise minuciosa da literatura relevante, foi possível identificar as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da família da PSC, que acompanha o seu familiar nos serviços de cuidados críticos.

A atuação do Enfermeiro Especialista revela-se imprescindível, compreendendo uma visão alargada de intervenções que incluem o suporte emocional, a comunicação clara e fidedigna, a promoção da segurança, conforto e o envolvimento da família no plano dos cuidados. Estas intervenções mostram-se fundamentais no cuidado à família, proporcionando uma compreensão mais profunda desde núcleo familiar. As principais conclusões destacam a importância de uma abordagem holística pelo Enfermeiro Especialista que consideram, não apenas a pessoa em condição crítica, mas também o seu contexto familiar, contribuindo significativamente para a melhoria da experiência em momentos de grande adversidade.

A evidência científica analisada salienta o impacto da cultura nas dinâmicas familiares e nas suas necessidades. Sendo Portugal um país de grande diversidade cultural, é crucial reconhecer e incorporar nos cuidados prestados, tendo assim uma intervenção personalizada. Deste modo é fundamental a formação contínua dos profissionais de saúde no sentido de reforçar a relação terapêutica com a família.

Aos olhos da evidência científica, torna-se imperativo adotar uma abordagem mais humanizada que contemple tanto a necessidade informativa como emocional da família. A clareza na comunicação, o suporte emocional, a inclusão da família na dinâmica de cuidados, a formulação de relações sólidas e de confiança, são determinantes para responder aos padrões de elevada qualidade dos cuidados que a nossa profissão exige neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Mirmohammadkhani, M., Vaismoradi, M., Snelgrove, S. (2015). Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *Journal of Research in Nursing*, 20(5), 401-422.
- Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1-7.
- Braun, Virgínia; Clarke, Vitória; Hayfield, Nikki e Terry, Gareth (2019). Análise Temática. Em Pranee Liamputtong (ed.), *Manual de Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais da Saúde*. Springer Cingapura. pp. 843-860.
- Campos, S. (2014). Necessidades da família em cuidados intensivos- Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. U.Porto. <https://hdl.handle.net/10216/77954>.
- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 124-143.
- Fulbrook P, Latour J, Albarran J, Graaf de W, Lynch F, Devictor D, Norekvål T; The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation Working Group (2007). *The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement*. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 5 (4), 86- 88. https://www.researchgate.net/publication/5514784_The_presence_of_family_members_during_cardiopulmonary_resuscitation.
- Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global journal of health science*, 7(2), 8–19. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>.
- Lederman, Z. (2016). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Evidence based guidelines? *Resuscitation*, 105,e5e6.<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.04.026>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

- Meleis, A.; Sawyer, L.M.; Im, E.O.; Messias, D.K:H;Schumacher, K. (2000). Experience Transitions: an emerging middle-range theory. *Nursing Science*, Volume 23, nº11.
- Mendes, A., Henriques, E., Alves, C., Guerreiro, R., Silva, S., Leal, F., Bernardo, F., & Bento, M. (2023). A família da pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: desafios à comunicação e ao registo da informação pelos enfermeiros. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Sup), 91–92. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.623>.
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families’ experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>.
- Mitchell, M. L. (2019). Patient and family-centred care in the intensive care unit: a challenge for all members of the multidisciplinary team. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2091-2093.
- Ocak, U., & Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328-335.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2. Lusodidacta. Lisboa.
- Padilla-Fortunatti, C., Munro, CL, & Gattamorta, K. (2023). Sofrimento psicológico, apoio social e satisfação familiar entre familiares de pacientes em cuidados intensivos não- COVID-19: um estudo transversal. *Jornal de bolsa de enfermagem*, 55 (1), 33-44.
- Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Silva, B. R. D., & Silva, M. J. P. D. (2015). Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 60-65.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.(2020). <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

- Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidararte*, 7(2), 1297-1309.
- Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.^a Edição.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. *Pensar Enfermagem*, 19, 31– 46.
<http://hdl.handle.net/10400.26/23757>.
- Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29982/1/Diogo%20Saraiva%208324.PSC.pdf>.
- Silva, A. G. da. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos- vivências da família*. (Dissertação de Mestrado).
<http://hdl.handle.net/20.500.11960/1200>
- Tricco AC, Lillie E., Zarin W., O'Brien K., Colquhoun H., Kastner M. (2016). Uma revisão de escopo sobre a condução e o relato das revisões de escopo. **Método BMC Med Res** . 2016 ;16:15. [PMID: [26857112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26857112/)] doi: [10.1186/s12874-016-0116-4](https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4).

**APÊNDICE B- Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa em
Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral”**

Egas Moniz School of Health & Science

II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

1º Ano/2º Semestre

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: Jornal de Aprendizagem

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista Andreia Almeida

Almada

Julho 2024

Egás Moniz School of Health & Science
II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA,
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL:
Jornal de Aprendizagem

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular
Opção I- Estágio e Relatório

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista Andreia Almeida

ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	4
<i>1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS</i>	5
1.1. DESCRIÇÃO	5
1.2. SENTIMENTOS	6
1.3. AVALIAÇÃO	7
1.4. ANÁLISE	10
1.5. CONCLUSÃO	12
1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO	14
<i>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	16
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	18

INTRODUÇÃO

Com o intuito de aprofundar e consolidar conhecimentos e competências na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, foi proposto elaborar um Jornal de Aprendizagem, no âmbito da Unidade Curricular Opção I- Estágio e Relatório. Tem como principal foco a aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs (2013) e todas as etapas que o constituem, devidamente fundamentadas, a uma situação vivenciada em contexto de Estágio em Serviço de Urgência, permitindo o desenvolvimento de competências de avaliação e reflexão e da capacidade de transpor essa aprendizagem para contextos similares, melhorando assim, a tomada de decisão.

Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, sendo o tema escolhido para abordar na Tese de Mestrado, revela ser um tema de extrema importância e relevância neste contexto de Estágio.

Um evento crítico e inesperado na vida de uma pessoa pode fomentar efeitos catastróficos na rotina familiar, e este pode resultar em significativas alterações na vida da família e até, alteração dos papéis de cada elemento deste núcleo. Diversos estudos indicam vantagens em manter a presença da família durante a abordagem e tratamento da Pessoa em Situação Crítica. Estes benefícios abrangem a possibilidade de as famílias compreenderem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar; sentirem-se úteis ao participar nos cuidados ao seu familiar; colaborarem com a equipa ao partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido; preservarem as relações familiares e, facilitarem o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019).

Através da aplicação do Ciclo de Gibbs foi possível a reflexão crítica fundamentada na evidência científica, a reflexão conjunta com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Tutora, e, a aplicação dos respetivos conteúdos das Unidades Curriculares e trabalhos desenvolvidos durante o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024.

Para uma melhor organização, o trabalho foi estruturado em duas partes fundamentais, sendo que a primeira parte aborda o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs que se encontra estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação. As considerações finais, presente no segundo capítulo, encerram o trabalho com uma reflexão conclusiva, através de uma análise e síntese dos conteúdos abordados.

Este documento encontra-se redigido com o novo acordo ortográfico português, cumprindo o Guia de Elaboração de trabalhos escritos da EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE e segundo a norma de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7^a edição.

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs (2013), baseia-se na aprendizagem com ponto de partida na reflexão sobre experiências vivenciadas, estruturada em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

A análise criteriosa dos sentimentos e ações envolvidos propicia uma nova compreensão e valorização da prática de enfermagem, viabilizando a sua modificação e adaptação em conformidade com os novos conhecimentos adquiridos.

1.1. DESCRIÇÃO

A primeira etapa corresponde à descrição da situação. Esta deve ser apresentada de forma clara, simples, onde não devem estar presentes juízos de valor e que responda à questão: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

A situação que vou refletir refere-se ao dia 30 de junho 2024, no turno da tarde. Eu, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, a Enf.^a Especialista A.A, encontrávamo-nos distribuídas na Sala de Reanimação neste turno e, às 19h50min dá entrada, vinda da triagem, a Sr.^a D.^a A.N., de 84 anos, com Dispneia, totalmente dependente e acamada há 3 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de síndrome demencial. A utente vem ao Serviço de Urgência com os Bombeiros e acompanhada pelos dois filhos, por dispneia e prostração com agravamento progressivo, apresentando febre (Temperatura timpânica de 40 °C) e episódio de engasgamento durante a alimentação. À chegada à Sala de Reanimação, a Sr.^a D.^a A.N. encontrava-se prostrada, polipneica com cerca de 28 rpm, com SatO2 periférica de 90% com Máscara de Alto débito. A respiração era predominantemente abdominal superficial ruidosa, sem uso de músculos acessórios. Apresentava Taquicardia com frequência cardíaca de 150 bpm. O abdómen não apresentava dor à palpação. Apresentava afasia, dirigia o olhar, tinha sinais de pé equino e apresentava-se marmoreada. Visivelmente muito emagrecida e de aparência frágil, enquanto transferíamos a Sr.^a D.^a A.N. da maca dos Bombeiros para a maca da Sala de Reanimação, a Enfermeira Orientadora A.A. rapidamente avaliou a situação da pessoa que estava à nossa frente. Apressadamente, a Enf.^a A.A. verbaliza que a Sr.^a D.^a A.N. necessitava de preservação de dignidade e cuidados de conforto.

A equipa médica que se encontrava presente na Sala de Reanimação, que inicialmente estariam a defender uma estratégia terapêutica mais invasiva e dos passos seguintes a tomar, rapidamente abandonaram esse propósito e concordaram com a Enf.^a A.A. Dada a dependência, e a fragilidade da Sr.^a D.^a A.N., foram aplicados cuidados de conforto, colocando-se a Sr.^a D.^a A.N., com Máscara Facial Simples com aporte de oxigénio a 4L/min e colocado um acesso subcutâneo abdominal (hipodermóclise) à esquerda para perfusão de morfina (50mg/50ml a 5ml/h). Não havia indicação para monitorização contínua. A SatO₂ manteve-se nos 90% na última avaliação.

A família entrou na Sala de Reanimação e eu e a Enf.^a Orientadora A.A., conjuntamente com a Médica presente, elucidámos a família sobre a condição crítica da Sr.^a D.^a A.N., adequando as expectativas desta família. Foi criado espaço para a família expressar os seus sentimentos, dúvidas e angústias. A família, após o esclarecimento de todas as suas questões, partilhou da mesma opinião da equipa multidisciplinar, ao qual participou na decisão da adoção de medidas de conforto, em vez da obstinação terapêutica, da sua ente querida.

Posteriormente a Sr.^a D.^a A.N., ficou em SO/UICD. Feito o acolhimento à família e entregue documento de contactos do SO/UICD.

1.2. SENTIMENTOS

Na segunda etapa do ciclo de Gibbs pretende-se realizar a descrição dos sentimentos experienciados durante o evento, contudo, estes não devem ser analisados. Procura-se a resposta à questão: quais foram as minhas reações / sentimentos? (Gibbs, 2013).

Durante a ocorrência desta situação, várias emoções e reações foram experienciadas. Ao ver a Sr.^a D.^a A.N. de 84 anos, a entrar na sala de reanimação acompanhada pelos Bombeiros, senti um misto de preocupação e alguma urgência e pressão para atuar rapidamente, pela instabilidade da situação. A sua condição visivelmente debilitada, a dispneia marcada e a febre fazia antever uma situação crítica, o que me fez sentir uma grande responsabilidade no seu cuidado. No entanto, a fragilidade que apresentava e com os antecedentes de doença conhecidos, tornou-se cada vez mais perceptível que o caminho não seria esse. Até que a Enfermeira Orientadora A.A. rapidamente avaliou a situação e verbalizou sobre a necessidade da preservação de dignidade e prestar cuidados de conforto à Sr.^a D.^a A.N. Senti verdadeiramente um grande alívio ao perceber que a nossa prioridade seria proporcionar-lhe conforto em vez de prolongar o sofrimento com medidas invasivas. Não fui capaz de verbalizar o que estaria a sentir, uma vez que sou um elemento em contexto formativo e não tomei a

liberdade para expressar a minha avaliação e, ao perceber que o meu pensamento estava de encontro com a avaliação da minha Enf.^a Orientadora, fiquei mais tranquila. Esta abordagem ressoou com os meus ideais na validação em respeitar a dignidade da pessoa e sua família.

A equipa médica presente, inicialmente considerou uma estratégia de tratamento mais invasiva, mas após a avaliação da enfermeira de A.A., rapidamente concordou em preservar a dignidade e prestar cuidados de conforto.

O encontro com a família da Sr.^a D.^a A.N. foi um momento emocionalmente difícil. Partilhámos com a família a gravidade da situação e a nossa avaliação, de forma clara e sensata. A reação da família, que concordou com a nossa abordagem, trouxe-me uma sensação de conforto e satisfação profissional.

Esta experiência foi recheada de emoções complexas que influenciaram a forma como abordámos a situação e reforçam a importância de uma abordagem humanizada e digna na prestação de cuidados.

1.3. AVALIAÇÃO

A etapa seguinte no ciclo reflexivo de Gibbs (2013) é a de avaliação, que procura identificar tanto os aspetos positivos como negativos da experiência vivenciada, fornecendo uma análise crítica que permita uma compreensão mais profunda da situação. Pretende-se nesta etapa responder à seguinte questão: o que foi bom e mau na experiência?

A experiência vivenciada no dia 30 de junho de 2024, no turno da tarde, proporcionou um conjunto significativo de aprendizagens que englobam aspetos positivos e outros menos positivos. A análise crítica desta situação permitiu uma compreensão mais profunda dos eventos e das decisões tomadas, bem como as suas implicações.

Um dos aspetos mais positivos desta experiência foi a rápida e eficaz avaliação da situação pela Enfermeira Orientadora A.A. A sua capacidade de identificar imediatamente a necessidade de preservação de dignidade e cuidados de conforto à Sr.^a D.^a A.N., demonstrou um elevado nível de competência clínica e humanização nos cuidados. Esta abordagem centrada tanto na pessoa como na família da pessoa em situação crítica é de importância crucial.

Outro ponto positivo foi a cooperação entre a equipa multidisciplinar. Inicialmente, a equipa médica considerou uma outra estratégia terapêutica, mas ao constatarem a avaliação da enfermeira especialista, ajustaram prontamente o plano terapêutico. Este facto é um indicador claro de que toda a equipa está focada no cuidado centrado na pessoa e na sua família sendo o

objetivo primordial a prestação de cuidados de excelência. A colaboração entre os diferentes profissionais de saúde, a comunicação eficaz e a partilha de conhecimentos e experiências contribuem para um ambiente de trabalho coeso e eficiente. Esta abordagem multidisciplinar garante que as necessidades da pessoa e sua família são atendidas de forma holística, promovendo os melhores *outcomes* em saúde.

A comunicação com a família, na minha opinião foi um dos elementos positivos mais importantes desta situação. A abordagem conjunta com a Enf.^a A.A. e com a Médica presente, para elucidar sobre situação e alinhar as expectativas da família, foi realizada de forma clara e sensível. Foi permitido que a família estivesse na Sala de Reanimação; foi dado espaço, tempo e abertura à família para expressar os seus sentimentos, dúvidas, angústias e necessidades, o que demonstrou os altos padrões de qualidade deste SUG.

A transmissão de más notícias é um processo complexo tanto para os profissionais de saúde, como para a família. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial na adaptação da família à nova situação, bem como na obtenção do reequilíbrio, através de uma preparação meticulosa, da adequada transmissão da informação e do apoio contínuo ao longo de todo o processo (Porta, 2016). Existem várias estratégias de comunicação eficazes para a transmissão de más notícias. Entre elas, destacam-se: a identificação das necessidades da pessoa e sua família; o envolvimento da equipa de saúde; a transmissão gradual da informação; o uso de um discurso claro e honesto, utilização do toque como forma de demonstrar empatia; a concessão de espaço e tempo para a expressão de sentimentos e emoções e a garantia de um apoio contínuo (Porta, 2016). Compreender as expectativas e preferências da família é essencial para uma comunicação eficaz. A equipa multidisciplinar deve estar envolvida e alinhada, proporcionando um suporte coeso e consistente. A informação deve ser apresentada de forma progressiva e gradual. Ao implementar estas estratégias, os enfermeiros podem minimizar o impacto negativo da transmissão de más notícias, promovendo uma comunicação mais humanizada e eficaz, que respeite e apoie família em momentos de grande vulnerabilidade (Porta, 2016).

A envolvência da família no plano de cuidados mostrou-se fundamental nesta situação, uma vez que garantiu que as suas expectativas e desejos fossem respeitados.

Os cuidados de enfermagem exigem do Enfermeiro Especialista a capacidade de gerir “...a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento

n.º 429/2018, p. 19363). Isto envolve a necessidade de abordar questões delicadas, como a gravidade da situação e as incertezas em relação à recuperação e ao prognóstico futuro.

Apesar dos aspetos positivos, houve também elementos menos positivos que merecem reflexão. Um dos principais pontos que decidi refletir foi a minha incapacidade de verbalizar a avaliação que tinha realizado e a dificuldade em expressar os meus sentimentos. Como elemento em formação senti alguma resistência em expressar a minha avaliação, o que pode ter limitado a minha contribuição para a discussão e tomada de decisão.

É crucial que todos os membros da equipa se sintam à vontade para partilhar as suas perspetivas, contribuindo assim para uma tomada de decisão mais informada e equilibrada.

1.4. ANÁLISE

Na etapa de análise, procura-se atribuir significado à situação vivenciada, através da integração de ideias e pensamentos com a experiência. A questão central nesta etapa é: Qual é o sentido que podemos identificar nesta situação? (Gibbs, 2013).

Num enfoque holístico, persiste a intencionalidade de promover um cuidado centrado na família, considerando-a "(..) como objeto de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente" (Sá, et al., 2015, p. 43). Vieira (2009) sustenta que os cuidados de enfermagem devem responder às necessidades presentes da pessoa e sua família, que se encontram em constante interação e transformação.

Nesta situação específica, a decisão da equipa multidisciplinar em privilegiar a preservação de dignidade e prestação de cuidados de conforto à pessoa, em detrimento de obstinação terapêutica, está em completo acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, mais precisamente com o artigo 110º da Humanização dos Cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este artigo realça o dever do enfermeiro em considerar a pessoa como um todo, inserida num contexto familiar. Na situação descrita, a decisão conjunta demonstra respeito pela individualidade da pessoa e família, e consideração pela sua história de vida, valores e determinações expressas pela família, evitando um tratamento desproporcional à situação em questão. Também presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que respeita à satisfação do cliente (Regulamento n.º 361/2015, p. 17241)

“(..), o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência Orgânica. São elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica, relacionada com os cuidados de

enfermagem especializados, entre outros: A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/ família; A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/ família, em situação Crítica”.

Destaca-se a importância da gestão do impacto emocional e da relação terapêutica com a pessoa e família. A comunicação clara e a inclusão da família na tomada de decisão, em concordância com a equipa multidisciplinar, refletem a aplicação prática deste regulamento.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, que nas suas competências contempla a assistência à família do doente nas perturbações emocionais decorrentes da condição do seu familiar (Regulamento n.º 429/2018), tem uma função preponderante na promoção de intervenções autónomas de enfermagem, com o propósito de sensibilizar a equipa para esta problemática. De ressaltar, o papel ativo da Enfermeira Especialista A.A., na avaliação rápida e assertiva da situação da Sr.ª D.ª A.N., na comunicação com a família e na promoção da preservação de dignidade e cuidados de conforto, que se encontra em plena concordância com o explanado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente com a competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais ” e com “ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde ” (Regulamento n.º 140/2019, p. 47459).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363), enfatiza que

“(.) cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.”

A ação proativa da Enfermeira Especialista demonstra a aplicação prática destas competências, nomeadamente ao liderar a avaliação, promover a satisfação das necessidades daquela família e adequar e alinhar a sua atuação à situação da pessoa em situação crítica, defendendo a dignidade da pessoa e da sua família.

O enfermeiro figura, comumente, como o primeiro profissional de saúde contactado pelas famílias no Serviço de Urgência. Neste período de crise familiar, assume, adicionalmente,

a função de ouvinte ativo perante as preocupações e sofrimento da pessoa e família, estabelecendo laços através da sua presença física (Sá, 2023).

Para uma comunicação eficaz é necessário empatia, conhecimento e competência. Para que a comunicação seja eficiente e se torne uma ferramenta indispensável, é necessário que esta seja dotada de competência, a qual pode ser adquirida e aprimorada continuamente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Com esta situação consegui refletir sobre a minha atuação e, identificar os pontos a melhorar, nomeadamente no que concerne à necessidade de desenvolver uma maior confiança e assertividade. Evidenciou a grandiosa importância da aplicação prática dos princípios éticos e deontológicos, nomeadamente no que concerne à humanização dos cuidados, à tomada de decisão compartilhada, à comunicação eficaz e à inclusão e respeito pela autonomia da pessoa e da família.

1.5. CONCLUSÃO

Após efetuada a análise da situação, segue-se a apresentação da conclusão a que se chega, respondendo à questão: O que posso concluir? (Gibbs, 2013).

A situação vivenciada no dia 30 de junho, proporcionou um mergulho profundo na complexidade do Serviço de Urgência, e permitiu-me entender a grande diversidade de situações que contempla este serviço de saúde.

A experiência reforçou a importância da humanização dos cuidados como eixo central de todos os cuidados. A rapidez com que a Enfermeira Orientadora A.A. reconheceu a necessidade de priorizar a preservação de dignidade e prestação de cuidados de conforto, em detrimento de medidas mais invasivas, demonstra a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família. A Sr.^a D.^a A.N. de 84 anos encontrava-se numa situação de extrema fragilidade. A decisão em optar por cuidados de conforto, proporcionando-lhe alívio em vez de prolongar o sofrimento com procedimentos desnecessários, demonstrou uma profunda empatia e respeito pela sua história de vida e condição atual.

A comunicação clara e objetiva entre a equipa médica, a equipa de enfermagem e a família foi crucial para o desfecho da situação. Observou-se uma dinâmica muito organizada da equipa multidisciplinar, em que a avaliação da Enfermeira Orientadora A.A., pautada pela sua experiência e conhecimento, foi acolhida e valorizada pela restante equipa multidisciplinar, que prontamente adaptou a estratégia terapêutica. A comunicação transparente com a família,

explanando a situação de forma sensível e compreensível, acolhendo as suas emoções e integrando-as na tomada de decisão, demonstrou o respeito pela sua autonomia e o reconhecimento do seu papel fundamental no processo.

A análise crítica da situação permitiu identificar não só os aspetos positivos, mas também áreas a serem melhoradas.

A humanização dos cuidados assume um papel primordial na minha prática profissional, pelo que procuro atuar com empatia, respeito e compaixão, colocando as necessidades e os desejos da pessoa e família cuidada, no centro de todas as decisões. Considero fundamental a comunicação assertiva e transparente, comprometendo-me a comunicar de forma clara, confiante e respeitosa com a equipa multidisciplinar, a pessoa em situação crítica e a sua família, expressando a minha avaliação e contribuindo ativamente para o processo de tomada de decisão.

Está compreendido nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, a aquisição, gestão, adaptação e demonstração de competências relacionais através da comunicação. E que a transparência e clareza na comunicação são essenciais para assegurar que a pessoa e a família compreendam a situação clínica, os procedimentos realizados e o plano de cuidados (Pelazza et al., 2015). Informação clara, completa e atualizada sobre o prognóstico é fundamental para atender às necessidades de informação da família (Botes & Langley, 2016), incluindo explicar mudanças no estado de saúde. A comunicação transparente e sensível possibilita a construção de uma relação de confiança e compreensão (Duque-Ortiz & Arias-Valencia, 2021).

Reconheço o inestimável valor da orientação que me foi proporcionada pela Enf.^a Especialista A.A. A sua vasta experiência tem sido, é e continuará a ser fundamental para o meu crescimento profissional. A forma como tem partilhado o seu conhecimento é verdadeiramente enriquecedora.

A experiência vivenciada reforçou a minha paixão pela enfermagem e o meu compromisso em prestar cuidados de saúde humanizados, seguros e de excelência.

1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO

A última etapa do ciclo de Gibbs, visa projetar o que aconteceria numa situação similar futura, estimulando a reflexão sobre o que se fez e o que se faria de forma diferente, respondendo à pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Esta experiência marcante foi, pela sua natureza, promotora do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiu-me avaliar as ações tomadas e avaliar o que faria de diferente numa situação semelhante. Foi possível refletir sobre a minha própria prática e identificar áreas para melhoria, como a necessidade de desenvolver uma maior confiança e assertividade na comunicação com a equipa multidisciplinar e gerir emoções com a família.

Como futura enfermeira especialista, pretendo ser capaz de proporcionar cuidados de saúde de excelência, centrados na pessoa e na sua família. Tenciono ser uma profissional de saúde que se preocupa em entender as necessidades tanto da pessoa como da sua família, e que trabalha em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar.

Assim sendo, em situações semelhantes, pretendo ser voz ativa na avaliação e tomada de decisão, sem receios de julgamento, contribuindo assim para uma tomada de decisão mais informada e equilibrada. Nesta situação em específico, teria oportunidade de expressar a minha avaliação aquando da pessoa entra na sala de reanimação, prestando cuidados preservando a dignidade e conforto da pessoa. Esta barreira que me impediu expressar a minha avaliação e os meus sentimentos destaca então a necessidade de desenvolver uma maior confiança e assertividade, mesmo como elemento novo na equipa. Reconheço que, em momentos de alguma tensão, a insegurança pode levar à passividade, impedindo-me de contribuir ativamente com a minha avaliação e conhecimentos. É fundamental transformar este desafio em oportunidade de crescimento, procurando fortalecer a minha voz e a minha participação nas tomadas de decisão.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada no dia 30 de junho de 2024 proporcionou uma oportunidade valiosa para refletir sobre a prática de enfermagem em situações de alta complexidade e vulnerabilidade. Através da aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs, foi possível realizar uma análise crítica e profunda das ações, emoções vivenciadas e das aprendizagens adquiridas.

A situação descrita evidenciou a importância de uma abordagem humanizada e centrada na pessoa e na sua família, onde o respeito pela dignidade, valores e desejo da pessoa e dos seus familiares se torna primordial. A decisão de priorizar a preservação de dignidade e cuidados de conforto, em detrimento de intervenções invasivas que apenas prolongariam o sofrimento, demonstrou um elevado nível de empatia e sensibilidade por parte da equipa multidisciplinar. Este exemplo de prática clínica sublinha a relevância de uma comunicação clara e transparente entre todos os membros da equipa e com a família, promovendo um ambiente de confiança e cooperação.

A comunicação eficaz, como evidenciado nesta situação, é um pilar fundamental na prestação de cuidados de excelência. A capacidade de transmitir informação de forma clara e sensível, de ouvir ativamente as preocupações e sentimentos da família, e de integrar estas perspetivas na tomada de decisão, são competências essenciais que devem ser continuamente desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Esta experiência reforçou a necessidade de aprimorar esta competência, não só para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também para garantir que a pessoa e a sua família se sintam compreendidas, respeitadas e apoiadas durante todo o processo.

A reflexão crítica sobre esta experiência também destacou a importância do trabalho em equipa, da colaboração multidisciplinar e, da importância de cuidar a família da pessoa em situação crítica. A avaliação do caso por toda a equipa multidisciplinar, e a forma como a família foi envolvida na decisão, são exemplos claros de como a cooperação e a comunicação eficaz podem levar aos melhores *outcomes* para a pessoa em situação crítica. Esta abordagem não só melhora a qualidade dos cuidados, mas também fortalece o espírito de equipa e promove um ambiente de trabalho mais harmonioso e eficiente. Ao reconhecer a importância da família como parte integrante dos cuidados, o Enfermeiro Especialista assume-se como agente crucial na promoção de um ambiente terapêutico abrangente. Este cuidado à família não apenas alivia o impacto emocional associado a situações críticas, mas também contribui para a tomada de decisão partilhada, promovendo assim uma abordagem mais holística e personalizada à prestação de cuidados de saúde (Sá, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botes, M., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1-7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>.
- Direção-Geral da Saúde (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.
- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2021). Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias De La Salud*, 19(1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>.
- Gibbs, G. (2013). Learning by Doing. In *Oxford Brookes University* (First Edit). Oxford Centre for Staff and Learning Development. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01110-X>.
- Ordem do Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). *Diário de República*, 1.ª série N.º 181, 1, 12.
- Pelazza, B., Simoni, R., Freitas, E., Silva, B., & Silva, M. (2015). Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 60-65. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>.
- Porta, PLC (2016). *Transmissão de mais notícias* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa (Portugal)).
- Regulamento n.º 361/2015. (26 de julho 2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 123. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>.
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.ª Edição.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. Pensar Enfermagem, 19, 31– 46. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>.
- Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29982/1/Diogo%20Saraiva%208324.PSC.pdf>.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. (2ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora, p. 158. ISBN: 978-972-54-0195-8.

**APÊNDICE C- Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa submetida
a Transplante, em Unidade de Transplantes”**

Egás Moniz School of Health & Science
II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
2º Ano/1º Semestre

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE
RENAL, EM UNIDADE DE TRANSPLANTES:
Jornal de Aprendizagem

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista Carla Anjos

Almada

Outubro 2024

Egás Moniz School of Health & Science
II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A TRAN
SPLANTE RENAL, EM UNIDADE DE TRANSPLANTES:
Jornal de Aprendizagem

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular
Opção I- Estágio e Relatório

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista Carla Anjos

ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	4
<i>1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS</i>	6
<i>1.1. DESCRIÇÃO</i>	6
<i>1.2. SENTIMENTOS</i>	8
<i>1.3. AVALIAÇÃO</i>	9
<i>1.4. ANÁLISE</i>	10
<i>1.5. CONCLUSÃO</i>	13
<i>1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO</i>	14
<i>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	16
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	17

INTRODUÇÃO

Com o intuito de aprofundar e consolidar conhecimentos e competências na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, foi proposto elaborar um Jornal de Aprendizagem, no âmbito da Unidade Curricular Opção I- Estágio e Relatório. Tem como principal foco a aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs (2013) e todas as etapas que o constituem, devidamente fundamentadas, a uma situação vivenciada em contexto de Estágio, que neste momento se situa na Unidade de Transplantes. Irá permitir o desenvolvimento de competências de avaliação e reflexão, de modo a transpor essa aprendizagem para contextos similares, melhorando assim, a tomada de decisão.

Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica, sendo o tema escolhido para abordar na Tese de Mestrado, revela ser uma temática de extrema importância e relevância neste contexto de Estágio.

Um evento crítico na vida de uma pessoa pode incitar a efeitos catastróficos na rotina familiar, e este pode resultar em significativas alterações na vida da família e até, alteração dos papéis de cada elemento deste núcleo. No contexto de Unidade de Transplantes, a família desenvolve um papel preponderante. Conviver com o processo de transplante é uma experiência singular e bastante desafiante, não só para a pessoa que necessita de transplante, mas também para a sua família. A relação familiar é então fundamental e, cabe ao enfermeiro especialista orientá-la e reconhecê-la como coparticipante nos cuidados, mas também reconhecê-la com necessidades de cuidados. Ao capacitar a família, o enfermeiro estabelece uma rede de apoio que se estende além do ambiente hospitalar. Ao potenciar a recuperação e o bem-estar da pessoa submetida a transplante, promove os melhores resultados clínicos e qualidade de vida a longo prazo (Coscia et al., 2016; Pio et al., 2016). Estes benefícios abrangem a possibilidade de as famílias compreenderem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar; sentirem-se úteis ao participar nos cuidados ao seu familiar; colaborarem com a equipa ao partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido; preservarem as relações familiares e, facilitarem o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019).

Através da aplicação do Ciclo de Gibbs foi possível a reflexão crítica fundamentada na evidência científica, a reflexão conjunta com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Tutora, e, a aplicação dos respetivos conteúdos das Unidades Curriculares e trabalhos desenvolvidos durante o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024.

Para uma melhor organização, o trabalho foi estruturado em duas partes fundamentais, sendo que a primeira parte aborda o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs que se encontra estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação. As considerações finais, presente no segundo capítulo, encerram o trabalho com uma reflexão conclusiva, através de uma análise e síntese dos conteúdos abordados.

Este documento encontra-se redigido com o novo acordo ortográfico português, cumprindo o Guia de Elaboração de trabalhos escritos da EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE e segundo a norma de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs (2013), baseia-se na aprendizagem com ponto de partida na reflexão sobre experiências vivenciadas, estruturada em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

A análise criteriosa dos sentimentos e ações envolvidos propicia uma nova compreensão e valorização da prática de enfermagem, viabilizando a sua modificação e adaptação em conformidade com os novos conhecimentos adquiridos.

1.1. DESCRIÇÃO

A primeira etapa corresponde à descrição da situação. Esta deve ser apresentada de forma clara, simples, onde não devem estar presentes juízos de valor e que responda à questão: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

A situação que irei expor neste jornal de aprendizagem aconteceu no dia 7 de Outubro de 2024, correspondendo ao seu quinto dia de internamento de uma senhora de 57 anos, natural de Angola, residente em Portugal desde os nove de idade, que foi admitida na Unidade de Transplantes, para ser submetida a transplante renal.

A Sr.^a D.^a M.C.N apresenta um historial clínico complexo, que inclui doença renal crónica em estadio terminal de etiologia indeterminada, hipertensão arterial de difícil controlo, anemia multifatorial e obesidade. Início de diálise a 6 de Setembro de 2016, por Cateter de Longa Duração na Veia Jugular Interna Direita, por grave retenção azotada, Hipertensão arterial e oligúria. Apresenta uma Fístula Arteriovenosa Braquiobraquial direita construída em 2017, aneurismática já submetida a aneurismectomia. No presente, apresenta-se funcionante, com frémio e sopro presentes.

Foi submetida a transplante renal no dia 3 de Outubro de 2024, com um rim proveniente de um dador em morte cerebral.

O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências significativas, tendo sido realizada a implantação do rim esquerdo na fossa ilíaca direita. O protocolo de indução

imunossupressora incluiu timoglobulina e imunoglobulina endovenosa, dada a presença de anticorpos anti-HLA pré-formados.

Nos dias subsequentes ao transplante, a evolução clínica foi cuidadosamente monitorizada pela equipa multidisciplinar. Observou-se função inicial do enxerto satisfatória, com diurese adequada e melhoria progressiva dos parâmetros analíticos renais.

Tive oportunidade de contactar com a família da Sr.^a D.^a M.C.N., nos vários dias de internamento. A filha, a Sr.^a D.^a S.M. manifestou interesse e preocupação em participar nos cuidados à sua mãe, participar na gestão terapêutica, e adquirir conhecimentos na identificação dos sinais e sintomas de alerta.

No quinto dia de internamento, correspondente a 7 de Outubro de 2024, a equipa multidisciplinar considerou que a Sr.^a D.^a M.C.N. reunia as condições necessárias para iniciar a preparação para a alta. Nesse mesmo dia, A filha realizou um contacto telefónico para a Unidade de Transplantes a informar que não poderia comparecer à visita no horário previamente estabelecido, por compromissos pessoais inadiáveis. A situação teve de ser exposta à chefia de turno, e foi permitida a permanência do familiar fora do horário de visitas pré-estabelecido.

Em conversa e reflexão com a Enf.^a Orientadora C.A., consideramos que seria um excelente momento para poder proceder à entrega do livro de alta que contempla informações cruciais sobre os cuidados pós-transplante, avaliar as necessidades da família e, iniciar os ensinamentos sobre a gestão da nova condição no domicílio, incluindo educação terapêutica sobre terapêutica medicamentosa (horários, função e gestão de eventos adversos), com preparação por parte da pessoa e/ou família; utilização de glucómetro, lancetas, registo em livro e gestão da insulina; cuidados pós alta relativos à prevenção da infeção, cuidados com alimentação, cuidados com a exposição solar, informação para a primeira consulta e análises; vigilância em ambulatório relativa aos sinais e sintomas de infeção e/ou rejeição e, eventos que justifiquem a necessidade de contacto com Unidade de Transplantes (urgência). Posteriormente, nos dias subsequentes, até à alta (12/10/2024), foram reforçados os ensinamentos tanto à Sr.^a D.^a M.C.N. como à sua família, adequando às suas necessidades.

1.2. SENTIMENTOS

Na segunda etapa do ciclo de Gibbs pretende-se realizar a descrição dos sentimentos experienciados durante o evento, contudo, estes não devem ser analisados. Procura-se a resposta à questão: quais foram as minhas reações / sentimentos? (Gibbs, 2013).

No dia 7 de outubro de 2024, correspondente ao quinto dia de internamento da Sr.^a D.^a M.C.N., uma série de sentimentos e emoções surgiram face à situação vivenciada. A complexidade do caso clínico da Sr.^a D.^a M.C.N., aliada ao muito recente transplante renal, suscitou em mim um misto de sentimentos. Primeiramente, senti uma profunda responsabilidade perante o caso da Sr.^a D.^a M.C.N. O seu historial clínico complexo e a recente intervenção cirúrgica, requeria cuidados de enfermagem de alta complexidade. Esta consciência gerou-me um estado de alerta constante, aliado à preocupação pela evolução do seu estado de saúde.

O interesse manifestado pela Sr.^a D.^a S.M. filha da Sr.^a D.^a M.C.N. em participar ativamente nos cuidados, fez-me reconhecer nesta atitude uma oportunidade valiosa para identificar as necessidades desta família e fortalecer o apoio familiar tão crucial no processo de recuperação e adaptação pós-transplante.

Quando a filha da Sr.^a D.^a M.C.N. contactou a Unidade de Transplantes para informar que não poderia comparecer no horário de visitas estabelecido, senti inicialmente uma leve preocupação. Contudo, a pronta flexibilidade demonstrada pela chefia de turno em permitir a visita fora do horário habitual provocou em mim um sentimento de alívio pela compreensão institucional face às necessidades da família. Fez-me sentir que, independentemente das circunstâncias, os cuidados estão centrados na pessoa e família.

A reflexão conjunta com a Enfermeira Orientadora C.A. sobre a oportunidade de iniciar os ensinamentos e entregar o livro de alta neste momento específico, não posso negar que a recebi com grande entusiasmo. Senti que estávamos perante a ocasião oportuna para implementar cuidados de enfermagem especializados, não apenas à Sr.^a D.^a M.C.N., mas também à família, conseguindo assim identificar as suas necessidades.

Ao proceder à entrega do livro de alta e iniciar os ensinamentos sobre a gestão da nova condição de saúde, experienciei um sentimento de grande responsabilidade. A consciência da importância destas informações para o sucesso do pós-transplante intensificou o meu compromisso em assegurar que tanto a Sr.^a D.^a M.C.N. como a sua família compreendessem plenamente todos os aspetos abordados. O medo de omitir informações importantes levou-me a ser meticulosa, por vezes até excessivamente detalhada. Observei atentamente a reação da Sr.^a D.^a M.C.N. e da sua filha, procurando sinais de confusão ou sobrecarga de informação. No final, quando observei o alívio e a gratidão nos olhos da Sr.^a D.^a M.C.N. e da sua filha, senti-me bastante realizada.

Nos dias subsequentes, até à alta da Sr.^a D.^a M.C.N., o reforço dos ensinamentos trouxe-me um sentimento de confiança. Observar a evolução na compreensão e autonomia da Sr.^a D.^a M.C.N. e da sua família relativamente aos cuidados pós-transplante foi extremamente gratificante.

1.3. AVALIAÇÃO

A etapa seguinte no ciclo reflexivo de Gibbs (2013) é a de avaliação, que procura identificar tanto os aspetos positivos como negativos da experiência vivenciada, fornecendo uma análise crítica que permita uma compreensão mais profunda da situação. Pretende-se nesta etapa responder à seguinte questão: o que foi bom e mau na experiência?

Ao refletir sobre a experiência vivenciada ressaltaram aspetos positivos e aspetos negativos. O interesse manifestado pela filha da Sr.^a D.^a M.C.N. em participar ativamente nos cuidados à sua mãe é, sem dúvida, um aspeto positivo a apontar e, revelou-se um fator crucial para o sucesso do processo de recuperação e adaptação pós-transplante tanto da pessoa como da família. O interesse sobre a gestão terapêutica e a identificação de sinais e sintomas de alerta demonstra um compromisso com o bem-estar da Sr.^a D.^a M.C.N, mas também com todo o núcleo familiar.

A flexibilidade demonstrada pela chefia de turno, ao permitir a visita da filha fora do horário estabelecido revelou uma abordagem centrada na pessoa e na família, reconhecendo a importância do apoio familiar no processo de recuperação e, também o reconhecimento da família como recetores de cuidados.

A oportunidade de iniciar a educação terapêutica e entregar o livro de alta neste momento específico foi, sem dúvida, uma mais-valia. Permitiu uma abordagem atempada e personalizada às necessidades da Sr.^a D.^a M.C.N. e da sua filha Sr.^a D.^a S.M., facilitando a transição de cuidados. A oportunidade de conduzir os ensinamentos enquanto enfermeira especialista em formação, exigiu não só um conhecimento aprofundado sobre os cuidados pós-transplante, mas também a capacidade de transmitir essa informação de forma clara, empática e adaptada às necessidades específicas deste núcleo familiar.

Esta experiência permitiu-me colocar em prática competências de comunicação essenciais a um enfermeiro especialista, adaptando a linguagem técnica a um discurso compreensível, assegurando que tanto a Sr.^a D.^a M.C.N. como a sua filha, compreendiam plenamente as informações sobre a gestão da medicação imunossupressora, a monitorização de sinais vitais e a identificação de sinais e sintomas de alerta.

Contudo, é importante reconhecer que nem todos os aspetos foram inteiramente positivos. O historial clínico complexo da Sr.^a D.^a M.C.N., incluindo a hipertensão arterial de difícil controlo, anemia multifatorial e obesidade, apresentam-se como um desafio considerável na gestão dos cuidados pós-transplante tanto para a pessoa como para a sua família, o que pode

ser considerado um aspeto desafiante desta experiência e ser um fator que dificulta a gestão dos cuidados pela pessoa e pela família.

O facto de realizar os ensinamentos numa situação não planeada exigiu uma rápida adaptação. Embora tenha conseguido gerir a situação, senti momentos de ansiedade, questionando-me se estaria a transmitir todas as informações necessárias e de forma adequada.

Esta experiência reforçou a confiança como futura enfermeira especialista, e alertou-me para a necessidade constante de evolução.

1.4. ANÁLISE

Na etapa de análise, procura-se atribuir significado à situação vivenciada, através da integração de ideias e pensamentos com a experiência. A questão central nesta etapa é: Qual é o sentido que podemos identificar nesta situação? (Gibbs, 2013).

Ao refletir sobre a situação, encontro um profundo sentido e significado que transcende o mero cumprimento das minhas funções como enfermeira especialista em formação. Esta situação revelou-se uma oportunidade para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aquando do pedido da filha para realizar a visita fora do horário estabelecido, confesso que inicialmente senti uma certa apreensão, pelo facto de poder não ser possível atender ao pedido. No entanto, a prontidão com que a chefe de turno acedeu ao pedido fez-me refletir sobre a cada vez maior importância da flexibilidade e adaptabilidade dos serviços. Este gesto simples, mas significativo, reforçou a minha convicção de que a humanização dos cuidados passa muitas vezes por saber adaptar os protocolos às necessidades individuais da pessoa e da sua família, tanto quanto é possível.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a atuação da chefia de turno demonstrou um claro alinhamento com o Código Deontológico dos Enfermeiros. A flexibilidade demonstrada ao permitir a visita da filha fora do horário estabelecido reflete o respeito pelos direitos humanos e a consideração pela dignidade da pessoa, princípios fundamentais consagrados no Artigo 99º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta decisão também se alinha com o dever de informação previsto no Artigo 105º, ao facilitar a comunicação e educação terapêutica da pessoa e família.

A abordagem adotada na preparação para a alta hospitalar demonstra uma prática baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua da qualidade, um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). A entrega do

livro de alta e a realização de ensinamentos sobre os cuidados pós-transplante refletem uma preocupação com a continuidade dos cuidados e a segurança da pessoa, estando em concordância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A grande responsabilidade em transmitir informações que têm um impacto direto na qualidade de vida da Sr.^a D.^a M.C.N. e da sua família, fez-me questionar se estaria a ser suficientemente clara na minha abordagem. Compreendi que o processo de aprendizagem é contínuo e será por todo o meu percurso profissional. Procurei também criar um espaço onde a filha da Sr.^a D.^a M.C.N. se sentisse confortável para expressar os seus receios e dúvidas. Apercebi-me de que, para além da informação sobre a medicação e os sinais e sintomas de alerta, a família necessitava de compreender se teria apoio mesmo após a alta hospitalar.

A identificação destas necessidades fez-me questionar a minha prática anterior. Quantas vezes, no passado, terei focado excessivamente nos aspetos técnicos, negligenciando inadvertidamente as necessidades emocionais da família? Compreendi que cada família é única, com as suas próprias dinâmicas, recursos e desafios. Esta constatação fez-me refletir sobre a importância de personalizar o plano de cuidados não apenas para a pessoa, mas para toda a unidade familiar. Ao longo da nossa interação, fui gradualmente compreendendo que o meu papel como futura enfermeira especialista vai muito além da transmissão de conhecimentos técnicos e envolve ser facilitadora, fonte de apoio e, por vezes, uma ponte entre a família e os recursos disponíveis na comunidade.

A ênfase dada à prevenção e controlo de infeção nos ensinamentos realizados alinha-se também com a competência específica de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018). Esta abordagem é particularmente relevante no contexto da pessoa submetida a transplante, considerando o estado de imunossupressão induzido.

Os cuidados deverão também ser centrados na família, considerando-a assim "*como objeto de cuidados e não apenas como o contexto da pessoa doente*" (Sá, et al., 2015, p. 43). Os cuidados de enfermagem devem responder às presentes necessidades da pessoa e família, que se encontram em constante interação e transformação.

Também presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que respeita à satisfação do cliente (Regulamento n.º 361/2015, p. 17241)

“(…), o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência Orgânica. São elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica, relacionada com os cuidados de enfermagem especializados, entre outros: A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação Crítica”.

Destaca-se a importância da gestão do impacto emocional e da relação terapêutica com a pessoa e família. A comunicação clara e a inclusão da família nos cuidados refletem a aplicação prática deste regulamento.

Também O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363), enfatiza que

“(.) cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.”

A nossa atuação demonstra a aplicação prática destas competências, nomeadamente ao promover a satisfação das necessidades da família e adequar e alinhar a sua atuação à situação da pessoa em situação crítica.

Para uma comunicação eficaz é necessário empatia, conhecimento e competência. Para que a comunicação seja eficiente e se torne uma ferramenta indispensável, é necessário que esta seja dotada de competência, a qual pode ser adquirida e aprimorada continuamente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Esta experiência reforçou a minha compreensão sobre o papel fundamental da família no processo de recuperação. Vi na dedicação da filha da Sr.ª D.ª M.C.N. um reflexo do impacto positivo que o apoio familiar pode ter no sucesso do tratamento. Isto fez-me questionar como podemos, enquanto enfermeiros, fomentar e apoiar de forma mais eficaz o envolvimento familiar nos cuidados e avaliar as suas necessidades. A identificação cuidadosa e empática das necessidades familiares é um pilar fundamental dos cuidados de enfermagem especializados. Compreendi que, ao atender estas necessidades, não estamos apenas a melhorar a qualidade de vida da pessoa e sua família, mas também a contribuir para o sucesso a longo prazo do tratamento.

1.5. CONCLUSÃO

Após efetuada a análise da situação, segue-se a apresentação da conclusão a que se chega, respondendo à questão: O que posso concluir? (Gibbs, 2013).

A experiência vivenciada no cuidado à Sr.^a D.^a M.C.N. e à sua família durante o período pós-transplante renal revelou-se uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Esta situação permitiu-me aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, e desafiou a expandir as minhas competências numa área específica da enfermagem especializada.

A complexidade do caso clínico, aliada à necessidade de preparar adequadamente a pessoa e a sua família para a alta, exigiu uma abordagem holística e centrada tanto na pessoa como na sua família. Embora já tivesse experiência na realização de ensinamentos, esta nova dimensão da minha prática proporcionou-me uma nova perspetiva mais profunda sobre a avaliação das necessidades tanto da pessoa submetida a transplante, como da sua família.

A flexibilidade demonstrada pela equipa, a capacidade de adaptar os cuidados às necessidades específicas da família, e a oportunidade de conduzir estes ensinamentos, foram aspetos que enriqueceram significativamente esta experiência. O processo de avaliação das necessidades num cenário tão específico como o pós-transplante renal revelou-se um desafio que me permitiu desenvolver novas competências e aprofundar a minha compreensão sobre a importância da abordagem centrada na família. Esta situação também veio reforçar o meu compromisso com a formação contínua e sobre a importância de consolidar as competências de comunicação.

Ser enfermeiro especialista requer uma constante adaptação e aprendizagem, mesmo em áreas onde já possuímos experiência prévia. Esta situação enriqueceu a minha prática profissional e reafirmou o meu desejo de continuar a crescer e a evoluir como futura enfermeira especialista.

1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO

A última etapa do ciclo de Gibbs, visa projetar o que aconteceria numa situação similar futura, estimulando a reflexão sobre o que se fez e o que se faria de forma diferente, respondendo à pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

A reflexão sobre esta experiência permitiu-me consolidar a convicção de que a situação foi bem conduzida por toda a equipa multidisciplinar. Numa situação futura semelhante, poderia manter essencialmente a mesma atuação, reconhecendo a eficácia das estratégias

implementadas. No entanto, esta reflexão crítica proporcionou *insights* importantes de modo a melhorar a minha prática.

Reconhecendo a flexibilidade institucional demonstrada, pretendo continuar a defender e promover esta abordagem centrada na família. A manutenção de um protocolo de visitas mais flexível, especialmente para a família que manifeste interesse em participar nos cuidados, será uma prioridade. No âmbito da educação terapêutica, embora a abordagem tenha sido eficaz, considero que o desenvolvimento de um instrumento de avaliação inicial mais estruturado poderá complementar a prática atual, permitindo uma identificação ainda mais precisa das necessidades específicas de cada família.

A entrega do livro de alta e do Guia de Acolhimento à família da Pessoa submetida a Transplante que pretendo desenvolver, penso que poderá reforçar a compreensão da informação e a consolidação da mesma. Adicionalmente, a aplicação da Instrução de Trabalho da entrega do Guia de Acolhimento à Família da Pessoa Submetida a Transplante, reforçará a preparação eficaz da pessoa e família para o regresso a casa.

O apoio familiar prestado foi adequado, mas reconheço o potencial para melhorar. A criação de momentos específicos para avaliação das necessidades emocionais da família, poderá complementar o suporte.

Adicionalmente, manterei o compromisso com a atualização constante sobre a evidência científica mais recente. A participação em formações específicas em comunicação em saúde e educação terapêutica continuará a ser uma prioridade, assim como a promoção da partilha e reflexão de experiências com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Tutora.

Olhando para o futuro, esta reflexão motiva-me a procurar constantemente formas de melhorar a minha prática, especialmente no que diz respeito à avaliação das necessidades da pessoa e família. Pretendo aprofundar os meus conhecimentos nesta área específica, explorando estratégias de avaliação das necessidades da família, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar para integrar ainda mais eficazmente as suas necessidades no plano de cuidados.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada proporcionou uma oportunidade valiosa para refletir sobre a prática de enfermagem em situações de alta complexidade e vulnerabilidade. Através da aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs, foi possível realizar uma reflexão crítica e profunda das ações, emoções vivenciadas e das aprendizagens adquiridas.

A situação descrita evidenciou a importância de uma abordagem humanizada e centrada na pessoa e na sua família, onde o respeito pelas necessidades da pessoa e dos seus familiares, e a sua integração no plano de cuidados, se torna primordial. Ao permitir uma maior adaptabilidade nos horários das visitas, são reconhecidas as diferentes realidades e necessidades de cada família, considerando as suas rotinas laborais, distância geográfica e dinâmicas familiares específicas. Esta abordagem personalizada contribui significativamente para reduzir o *stress* e a ansiedade promovendo um ambiente mais acolhedor e terapêutico tanto à pessoa como à sua família. A flexibilidade na política de visitas também potencia o envolvimento ativo da família nos cuidados, permitindo que os familiares participem no processo terapêutico: sessões de educação terapêutica, a administração de medicação e/ou cuidados de conforto. Este envolvimento é particularmente relevante na preparação para a alta hospitalar, onde a família muitas vezes assume um papel fundamental na continuidade dos cuidados.

A comunicação eficaz, como evidenciado nesta situação, é um pilar fundamental na prestação de cuidados de excelência. A capacidade de transmitir informação de forma clara e sensível, de ouvir ativamente as preocupações e sentimentos da família, e de integrar estas perspetivas na tomada de decisão, são competências essenciais que devem ser continuamente desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Esta experiência reforçou a necessidade de aprimorar esta competência, não só para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também para garantir que a pessoa e a sua família se sintam compreendidas, respeitadas e apoiadas durante todo o processo.

Ao reconhecer a importância da família como parte integrante dos cuidados, o Enfermeiro Especialista é determinante na promoção de um ambiente terapêutico mais abrangente. Este cuidado à família alivia o impacto emocional associado a situações críticas, e contribui para a tomada de decisão partilhada, promovendo assim uma abordagem mais holística e personalizada à prestação de cuidados de saúde (Sá, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coscia, C., Saxton, E., & Dickinson, S. (2016). Postoperative care of a liver transplant recipient using a classification system type A (stable) versus type B (unstable). *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 252–266. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000119>.
- Direção-Geral da Saúde (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Gibbs, G. (2013). Learning by Doing. In *Oxford Brookes University* (First Edit). Oxford Centre for Staff and Learning Development. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01110-X>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). *Diário de República*, 1.ª série N.º 181, 1, 12.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, II Série, N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Lisboa. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Pio, F., Azevedo, L., Marques, L., & Santiago, L. (2016). Nursing care in heart transplantation: Integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, pp. 1857–1865. DOI:10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201635
- Regulamento n.º 361/2015. (26 de julho 2015). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 123. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>.
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. Pensar Enfermagem, 19, 31–46. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>.
- Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.ª Edição.
- Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29982/1/Diogo%20Saraiva%208324.PSC.pdf>.

**APÊNDICE D - Jornal de Aprendizagem: “Cuidar a Família da Pessoa em
Situação Crítica, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente”**

Egas Moniz School of Health & Science
II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
2º Ano/1º Semestre

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS:
Jornal de Aprendizagem

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista Cláudia Barbedo

Almada

Dezembro 2024

Egás Moniz School of Health & Science
II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CUIDAR A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS:
Jornal de Aprendizagem

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular
Opção I- Estágio e Relatório

Discente:

Verónica Pereira nº 118563

Docente:

Professora Mestre Célia Vaz

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Cláudia Barbedo

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA- American Psychological Association

Creat- Creatitina

HCO₃- Bicarbonato

Hg- Hemoglobina

K⁺- Potássio

Lac- Lactatos;

O₂- Oxigénio

pCO₂- Pressão parcial de dióxido de carbono

PCR- Proteina C-reativa

pH- Potencial Hidrogeniónico

pO₂- Pressão Parcial de Oxigénio

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SO₂- Saturação de Oxigénio;

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

***INTRODUÇÃO* 5**

***1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS* 7**

1.1. DESCRIÇÃO7

1.2. SENTIMENTOS.....9

1.3. AVALIAÇÃO10

1.4. ANÁLISE11

1.5. CONCLUSÃO14

1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO15

***2. CONSIDERAÇÕES FINAIS* 17**

***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS* 18**

INTRODUÇÃO

Com o intuito de aprofundar e consolidar conhecimentos e competências na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, foi proposto elaborar um Jornal de Aprendizagem, no âmbito da Unidade Curricular Opção I- Estágio e Relatório. Tem como principal foco a aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs (2013) e todas as etapas que o constituem, devidamente fundamentadas, a uma situação vivenciada em contexto de Estágio, que neste momento se situa em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Irá permitir o desenvolvimento de competências de avaliação e reflexão, de modo a transpor essa aprendizagem para contextos similares, melhorando assim, a tomada de decisão.

Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica (PSC), sendo o tema escolhido para abordar na Tese de Mestrado, revela ser uma temática de extrema importância e relevância neste contexto de Estágio.

Um evento crítico na vida de uma pessoa pode incitar a efeitos catastróficos na rotina familiar, e este pode resultar em significativas alterações na vida da família e até, alteração dos papéis de cada elemento deste núcleo. No contexto de UCIP, a família desenvolve um papel preponderante. Diversos estudos indicam vantagens em manter a presença da família durante a abordagem e tratamento da PSC. Estes benefícios abrangem a possibilidade de as famílias compreenderem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar; sentirem-se úteis ao participar nos cuidados ao seu familiar; colaborarem com a equipa ao partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido; preservarem as relações familiares e, facilitarem o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019).

A relação familiar é então fundamental e, cabe ao enfermeiro especialista orientá-la e reconhecê-la como coparticipante nos cuidados, mas também reconhecê-la com necessidades de cuidados. Ao capacitar a família, o enfermeiro estabelece uma rede de apoio que se estende além do ambiente hospitalar.

Através da aplicação do Ciclo de Gibbs foi possível a reflexão crítica fundamentada na evidência científica, a reflexão conjunta com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Tutora, e, a aplicação dos respetivos conteúdos das Unidades Curriculares e trabalhos

desenvolvidos durante o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024.

Para uma melhor organização, o trabalho foi estruturado em duas partes fundamentais, sendo que a primeira parte aborda o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs que se encontra estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação. As considerações finais, presente no segundo capítulo, encerram o trabalho com uma reflexão conclusiva, através de uma análise e síntese dos conteúdos abordados.

Este documento encontra-se redigido com o novo acordo ortográfico português, cumprindo o Guia de Elaboração de trabalhos escritos da Egás Moniz School Of Health & Science e segundo a norma de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs (2013), baseia-se na aprendizagem com ponto de partida na reflexão sobre experiências vivenciadas, estruturada em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

A análise criteriosa dos sentimentos e ações envolvidos propicia uma nova compreensão e valorização da prática de enfermagem, viabilizando a sua modificação e adaptação em conformidade com os novos conhecimentos adquiridos.

1.1. DESCRIÇÃO

A primeira etapa corresponde à descrição da situação. Esta deve ser apresentada de forma clara, simples, onde não devem estar presentes juízos de valor e que responda à questão: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

A situação que vou descrever teve lugar no dia 27 de Novembro de 2024, correspondendo ao segundo dia de internamento na UCIP de uma senhora de 80 anos, a Sr.^a D.^a M.J.M., nacionalidade portuguesa e, à qual fiquei, em conjunto com a Enf.^a Orientadora C.B., responsável pela prestação de cuidados durante o turno da tarde.

Contextualizando a situação, a Sr.^a D.^a M.J.M. apresenta como antecedentes pessoais de doença diabetes tipo 2, hipotireoidismo, hipertensão arterial, AVC isquémico, Obesidade grau III com provável Síndrome de Obesidade/ hipopneia, Insuficiência cardíaca crónica de etiologia valvular; Fibrilação auricular; Anemia crónica agudizada. Encontrava-se em quarto de isolamento por urocultura com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases e *E. coli* multisensível; e, apresenta alergia ao ácido acetilsalicílico e metamizol magnésico. Encontra-se internada no Hospital há 21 dias, com o diagnóstico de Infecção crónica da prótese total da anca esquerda, com deiscência de ferida operatória. Foi realizado desbridamento cirúrgico e encerramento primário com penso de pressão negativa.

Foram colhidas duas amostras de exsudado profundo da ferida operatória e duas amostras de tecido profundo de ferida: todas positivas para *Corynebacterium striatum*

No dia 26 de Novembro, apresentou derrame pleural direito extenso condicionando a insuficiência respiratória. Foi realizada toracocentese por médico pneumologista, que drenou 1200cc de líquido seroso, sem grande benefício respiratório. Com alteração do estado geral, com prostração, polipneia e gasimetricamente em acidémia respiratória (Gasimetria :O₂ 4 L/min- pH 7.226; pCO₂ 62.6 mmHg; pO₂ 99.1 mmHg; SO₂ 97.5%; HCO₃ 25.4 mmol/L; Lac 0.6; K⁺ 4.6 mmol/L;) Analiticamente: PCR=2.5// Ureia 167 //Creat=3,2, a Sr.^a D.^a M.J.M. foi transferida para a UCIP às 16h00, com o diagnóstico de Doença Renal Crónica agudizada em provável contexto de nefrotoxicidade (vancomicina), com derrame pleural associado, a descompensar provável síndrome hipopneia/ obesidade.

À entrada na UCIP apresentava abertura ocular espontânea, lenticificada na comunicação verbal, Glasgow 14, negava dor, mas com gemido contínuo; pele e mucosas descoradas (Hg=9,8g/dl) eupneica em repouso, mantendo aporte de O₂ por Óculos Nasais a 2L/mim, com saturação entre 96 e 98%; hipoglicémica à chegada, com glicemia capilar de 28mg/dl, pelo que foram administradas duas fórmulas de glicose hipertónica a 30%. Hemodinamicamente apresentava Fibrilhação Auricular com resposta ventricular rápida, com frequência cardíaca entre 95 e 110 bpm; apirética com temperatura de 36,4 °C timpânica; perfil tensional estável, com Tensão Arterial Média inferior a 70mmHg e Pressão Venosa Central de 16 mmHg. Apresentava cateter venoso periférico à direita; edemas periféricos; penso da coxa esquerda íntegro; foi algaliada com algalia de silicone, nº18, não funcionando, apresentando-se Oligo-anúrica; cateter venoso central na jugular direita de 4 lumens, e Catéter para Hemodálise na veia jugular direita.

Iniciou, na UCIP, Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua, com anticoagulação com Citrato, com Ultrafiltração de 100cc/h.

No segundo dia de internamento na UCIP, dia 27 de Novembro, a Sr.^a D.^a S.M.P., filha da Sr.^a D.^a M.J.M, visitou a sua mãe e apesar de ter conhecimento da situação, ficou bastante apreensiva pelo quadro clínico complexo da sua mãe; pelos sucessivos alarmes dos equipamentos e pelas técnicas de suporte complexas que a sua familiar se encontrava a realizar. A Sr.^a D.^a S.M.P. hesita a entrar no quarto, mas avança, e segura a mão da sua mãe. As lágrimas começam a escorrer pelo seu rosto, refletindo a tristeza e o medo que a invadem. A imagem da sua mãe, tão vulnerável, impactou-a naquele momento. Percebendo a carga emocional da visita, a Enf.^a Orientadora C.B. incentivou-me a cuidar esta família. Em conjunto, abordámos a Sr.^a

D.^a S.M.P. com empatia, explicando e desmistificando os equipamentos presentes no quarto, e o estado clínico da Sr.^a D.^a M.J.M. Falámos calmamente, respondendo a todas as questões e validando os seus sentimentos. No final da visita, a Sr.^a D.^a S.M.P agradeceu a nossa abordagem, e despedindo-se da sua mãe, referiu que esta estava muito bem acompanhada e bem cuidada, e que voltaria no dia seguinte para a visitar.

1.2. SENTIMENTOS

Na segunda etapa do ciclo de Gibbs pretende-se realizar a descrição dos sentimentos experienciados durante o evento, contudo, estes não devem ser analisados. Procura-se a resposta à questão: quais foram as minhas reações / sentimentos? (Gibbs, 2013).

No dia 27 de Novembro de 2024, correspondente ao segundo dia de internamento na UCIP da Sr.^a D.^a M.J.M., variados sentimentos e emoções surgiram face à situação vivenciada. A complexidade do caso clínico da Sr.^a D.^a M.C.J. e a consternação da sua filha a Sr.^a D.^a S.M.P., suscitou em mim um misto de sentimentos. Primeiramente, senti uma profunda responsabilidade perante o caso da Sr.^a D.^a M.J.M. O seu historial clínico complexo, requeria cuidados de enfermagem de alta complexidade. Esta consciência gerou em mim um estado de alerta constante, aliado à preocupação pela evolução do quadro clínico da Sr.^a D.^a M.J.M.

Com a visita da filha, tive oportunidade de vivenciar a complexidade emocional que envolve o cuidado à família da PSC, em contexto de UCI. Ao observar a apreensão da Sr.^a D.^a S.M.P. a entrar no quarto, senti empatia pela situação que a filha estaria a vivenciar. A expressão de medo e tristeza na face da filha é um reflexo da vulnerabilidade humana diante da doença e da incerteza. Ao longo do meu percurso profissional, apesar de já ter presenciado momentos semelhantes, são sempre momentos únicos de aprendizagem. Em cada pessoa e família que cuidamos, existem histórias de vida, laços familiares e emoções intensas e muito particulares. A abordagem que adotámos no contacto com a família foi marcada então, pela calma e pela clareza. Ao elucidar a Sr.^a D.^a S.M.P. sobre os alarmes, os equipamentos e o estado clínico da Sr.^a D.^a M.J.M., senti que estava a fazer mais do que apenas transmitir informações; estava a construir um elo de confiança com a família. O olhar agradecido da Sr.^a D.^a S.M.P. ao receber as informações claras foi um momento de validação. A sensação de estar a fazer a diferença, mesmo que pequena, trouxe-me um profundo sentido de realização.

A despedida da família é um momento tocante. Senti um misto de alívio e satisfação ao ouvir a filha afirmar que a mãe estaria bem acompanhada e cuidada. Este reconhecimento é um testemunho do trabalho diário que os enfermeiros deste hospital realizam diariamente e reforça a nossa motivação para continuar a oferecer cuidados de excelência.

O receio de não transmitir todas as informações relevantes e não ter competências comunicacionais e socioemocionais suficientes para lidar com esta experiência também teve um papel de destaque nesta situação. Durante o meu percurso profissional, pouco contactei com esta especificidade e complexidade de cuidados que a UCIP exige, pelo que o medo inicial de avançar foi enorme. A confiança e o incentivo que a Enf.^a Orientadora C.B. me transmitiu foi determinante para o sucesso da prestação de cuidados a esta família.

1.3. AVALIAÇÃO

A etapa seguinte no ciclo reflexivo de Gibbs (2013) é a de avaliação, que procura identificar tanto os aspetos positivos como negativos da experiência vivenciada, fornecendo uma análise crítica que permita uma compreensão mais profunda da situação. Pretende-se nesta etapa responder à seguinte questão: o que foi bom e mau na experiência?

A experiência vivida no dia 27 de Novembro, durante a visita da Sr.^a D.^a S.M.P. à sua mãe, a Sr.^a D.^a M.J.M., na UCIP foi rica em emoções e reflexões, permitindo uma análise profunda dos aspetos positivos e negativos que surgiram ao longo deste momento.

Um dos aspetos mais positivos desta experiência foi a demonstração de empatia por parte da Enf.^a C.B. Ao perceber a apreensão da filha ao entrar no quarto, a Enf.^a C.B. e eu adotámos uma abordagem sensível e compreensiva. A comunicação clara sobre o estado clínico da Sr.^a D.^a M.J.M. e a explicação dos equipamentos médicos presentes no quarto foram fundamentais para aliviar a ansiedade da filha. Penso que esta interação não se limitou a transmitir informações; foi um ato de cuidado que reconheceu a vulnerabilidade humana. A capacidade de ouvir e validar os sentimentos da Sr.^a D.^a S.M.P. foi crucial, pois permitiu que se sentisse acolhida e compreendida neste momento difícil. O agradecimento sincero da Sr.^a D.^a S.M.P. no final da visita, foi um testemunho da eficácia desta abordagem. A expressão de gratidão e alívio no rosto deste familiar, refletiu a importância de uma comunicação humanizada e se aprofunda nas necessidades emocionais da família. Esta intervenção reforça a relação entre a equipa multidisciplinar e a família

Contudo, a experiência também trouxe desafios significativos que merecem ser analisados. A complexidade do caso clínico da Sr.^a D.^a M.J.M. gerou em mim uma sensação constante de responsabilidade e preocupação. A verdade é que esta experiência me impactou verdadeiramente pois encontrava-me nos primeiros turnos na UCIP, e foi a primeira vez que tive contacto com uma pessoa com um quadro clínico tão complexo. A consciência de que a

pessoa estava em risco de vida provocou em mim um estado de alerta contínuo e medo de não prestar os melhores cuidados, pela complexidade que requeria.

Assim sendo, esta situação veio ressaltar mais uma vez a importância da formação contínua. Momentos como o vivido neste dia, são oportunidades de aprendizagem que enriquecem a minha prática diária. A reflexão sobre a interação com a família e a forma como lidei com as emoções envolvidas, contribuiu para o desenvolvimento de competências que permite uma abordagem ainda mais eficaz no futuro.

Os aspetos positivos, como a empatia e a construção da relação de confiança com a família, são fundamentais para o sucesso do cuidado prestado. Contudo, é igualmente importante reconhecer os desafios e as oportunidades para melhorar a prestação de cuidados. Esta análise crítica não enriquece apenas a prática de enfermagem, mas também contribui para um cuidado mais holístico e centrado na pessoa e família, que é essencial nestes contextos.

1.4. ANÁLISE

Na etapa de análise, procura-se atribuir significado à situação vivenciada, através da integração de ideias e pensamentos com a experiência. A questão central nesta etapa é: Qual é o sentido que podemos identificar nesta situação? (Gibbs, 2013).

Ao refletir sobre a situação, encontro um profundo sentido e significado que transcende o mero cumprimento das minhas funções como enfermeira especialista em formação. Esta situação revelou-se uma oportunidade para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao longo deste meu percurso, pude constatar que a pessoa, no âmbito dos cuidados de saúde, não pode ser considerada de forma isolada, uma vez que está inserida numa dinâmica familiar, que representa o seu núcleo essencial, no qual se desenvolve e socializa (Silva, 2012). Um evento crítico e inesperado na vida pode desencadear efeitos catastróficos na rotina familiar, resultando em significativas alterações na vida dos mesmos. Diversos estudos indicam vantagens em manter a presença da família durante a abordagem e tratamento da pessoa. Estes benefícios abrangem a possibilidade de as famílias perceberem que tudo está a ser feito em prol do seu familiar, sentirem-se úteis ao contribuir para o cuidado da pessoa ao colaborarem com a equipa, partilharem informações relevantes sobre o seu ente querido, preservarem as relações familiares e facilitarem o processo de luto em caso de perda (Saraiva, 2019).

O internamento em UCIP, como o da Sr.^a D.^a M.J.M., representa uma situação inesperada que acarreta repercussões não apenas a nível individual, mas também no seio

familiar (Borges, 2015). É um fator indutor de stress e ansiedade, ameaçando a estrutura familiar e provocando alterações significativas nos domínios familiar, psicológico e económico, entre outros. Diante deste momento de internamento hospitalar, a família confronta-se com situações de adversidade, conflito, dúvidas, angústia e crise (Walsh, 2003). No primeiro contacto, a UCI transmite um ambiente hostil, tanto para a pessoa como para a sua família. Este ambiente caracteriza-se por situações de emergência, em que a pessoa está sujeita a mudanças repentinas no seu estado geral, rodeados por uma multiplicidade de profissionais, atividades constantes, luzes, ruídos, equipamentos e alarmes (Atkinson, 2009). Um estudo levado a cabo por Campos (2014), conclui que as principais necessidades da família agrupam-se em cinco áreas primordiais: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto.

Nesta situação específica, em conjunto com a Enfermeira Orientadora C.B. foi possível liderar a avaliação, promover a satisfação das necessidades da família e adequar e alinhar a nossa atuação à situação da PSC. A relação entre o enfermeiro, a PSC e a sua família está fundamentada em princípios éticos e deontológicos, tais como sigilo, confidencialidade da informação e a necessidade de privacidade, procurando reduzir o medo e a ansiedade e satisfazer as necessidades da PSC e suas famílias (Mendes, 2020).

No Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 110º, da Humanização dos Cuidados refere que:

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Também presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que respeita à satisfação do cliente (Regulamento n.º 361/2015, p.17241):

“(…), o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência Orgânica.

São elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica, relacionada com os cuidados de enfermagem especializados, entre outros: A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação Crítica”

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (Regulamento n.º 429/2018, p.19363), enfatiza que:

“(...)cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.”

Refletindo sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descritas no documento supracitado (p.19359):

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;*
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;*
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil. e adequadas.”*

Perante as competências previamente mencionadas, leitura dos seus descritivos e analisando mais em detalhe as unidades de competência, nomeadamente as que se referem à gestão da comunicação interpessoal que sustenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; à que se refere à gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador; ou mesmo a que se refere à assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, torna-se claro e evidente a importância de Cuidar a Família da PSC. A nossa atuação demonstra a aplicação prática destas competências, nomeadamente ao promover a satisfação das necessidades da família e adequar e alinhar a nossa atuação à situação da PSC.

Esta experiência reforçou a minha compreensão sobre o papel fundamental da família. Fez-me questionar como podemos, enquanto enfermeiros, fomentar e apoiar de forma mais eficaz o envolvimento familiar e avaliar as suas necessidades. A identificação cuidadosa e empática das necessidades familiares é um pilar fundamental dos cuidados de enfermagem especializados. Compreendi que, ao atender estas necessidades, não estamos apenas a melhorar a qualidade de vida da pessoa e sua família, mas também a contribuir para o sucesso a longo prazo do tratamento.

1.5. CONCLUSÃO

Após efetuada a análise da situação, segue-se a apresentação da conclusão a que se chega, respondendo à questão: O que posso concluir? (Gibbs, 2013).

A experiência vivenciada no cuidado à Sr.^a D.^a M.J.M. e à sua família revelou-se uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Esta situação permitiu-me aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, e desafiou a expandir as minhas competências nesta área específica da enfermagem especializada.

A complexidade do caso clínico, e das necessidades da filha da Sr.^a D.^a M.J.M. exigiu uma abordagem holística e centrada tanto na pessoa como na sua família. Embora já tivesse experienciado e cuidado a família da PSC, esta situação proporcionou-me uma perspetiva mais profunda sobre a avaliação das necessidades tanto da pessoa como da sua família, num contexto tão específico como o de UCI.

O processo de avaliação das necessidades neste cenário revelou-se um desafio que me permitiu desenvolver novas competências e aprofundar a minha compreensão sobre a importância da abordagem centrada na família. Esta situação também veio reforçar o meu compromisso com a formação contínua e sobre a importância de consolidar as competências de comunicação.

Ser enfermeiro especialista requer uma constante adaptação e aprendizagem, mesmo em áreas onde já possuímos experiência prévia. Esta situação enriqueceu a minha prática profissional e reafirmou o meu desejo de continuar a crescer e a evoluir como futura enfermeira especialista.

1.6. PLANEAMENTO DA AÇÃO

A última etapa do ciclo de Gibbs, visa projetar o que aconteceria numa situação similar futura, estimulando a reflexão sobre o que se fez e o que se faria de forma diferente, respondendo à pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

A reflexão sobre esta experiência permitiu-me consolidar a convicção de que a situação foi bem conduzida. Numa situação futura semelhante, escolheria manter essencialmente a mesma atuação, reconhecendo a eficácia das estratégias implementadas. No entanto, esta reflexão crítica proporcionou *insights* importantes de modo a melhorar a minha prática.

Reconhecendo a grande importância de cuidar a família da PSC, pretendo continuar a defender e promover esta abordagem centrada na família.

O apoio familiar prestado foi adequado, mas reconheço o potencial para melhorar. A criação de momentos específicos para avaliação das necessidades emocionais da família, poderá complementar o suporte. Ao lidar com a complexidade emocional que envolve o cuidado em situações críticas, é importante adotar uma abordagem mais sistemática para identificar e validar os sentimentos da família. Formulação de perguntas abertas que incentivem os familiares a expressar as suas preocupações e medos, permite uma comunicação ainda mais eficaz. Ao proporcionar um espaço seguro para que os familiares partilhem as suas emoções, possibilita o fortalecimento da confiança entre a equipa de enfermagem e a família.

Reconhecendo que o medo de não transmitir todas as informações relevantes e não ter competências comunicacionais e socioemocionais suficientes para lidar com a situação, reforçou o meu compromisso para a atualização constante sobre a evidência científica mais recente. A participação em formações específicas em comunicação em saúde e desenvolvimento de competências socioemocionais continuará a ser uma prioridade, assim como a promoção da partilha e reflexão de experiências com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Tutora.

Olhando para o futuro, esta reflexão motiva-me a procurar constantemente formas de melhorar a minha prática, especialmente no que diz respeito à avaliação das necessidades da pessoa e família. Pretendo aprofundar os meus conhecimentos nesta área específica, explorando estratégias de avaliação das necessidades da família, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar para integrar ainda mais eficazmente as suas necessidades no plano de cuidados.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada proporcionou uma oportunidade valiosa para refletir sobre a prática de enfermagem especializada em situações de alta complexidade e vulnerabilidade, como no ambiente de UCI. Através da aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs, foi possível realizar uma reflexão crítica e profunda das ações, emoções vivenciadas e das aprendizagens adquiridas.

A situação descrita evidenciou a importância de uma abordagem humanizada e centrada na pessoa e na sua família, onde o respeito pelas necessidades da pessoa e dos seus familiares, e a sua integração no plano de cuidados torna-se primordial. O reconhecimento da vulnerabilidade da família fez-me entender que cada palavra tem um peso significativo, e que a comunicação clara é essencial para aliviar a carga emocional que os familiares enfrentam. Esta abordagem personalizada contribui significativamente para reduzir o *stress* e a ansiedade promovendo um ambiente mais acolhedor e terapêutico tanto à pessoa como à sua família.

A comunicação eficaz, como evidenciado nesta situação, é um pilar fundamental na prestação de cuidados de excelência. A capacidade de transmitir informação de forma clara e sensível, de ouvir ativamente as preocupações e sentimentos da família, e de integrar estas perspetivas na tomada de decisão, são competências essenciais que devem ser continuamente desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Esta experiência reforçou a necessidade de aprimorar esta competência, não só para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também para garantir que a pessoa e a sua família se sintam compreendidas, respeitadas e apoiadas durante todo o processo.

Ao reconhecer a importância da família como parte integrante dos cuidados, o Enfermeiro Especialista é determinante na promoção de um ambiente terapêutico mais abrangente. Este cuidado à família alivia o impacto emocional associado a situações críticas, e contribui para a tomada de decisão partilhada, promovendo assim uma abordagem mais holística e personalizada à prestação de cuidados de saúde (Sá, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkinson, B.L. (2009). A unidade de cuidados intensivos. *Revista Nursing*. Edição portuguesa, nº242, p.43-49; ISBN 0871-6196.
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.
- Campos, S. (2014). *Necessidades da família em cuidados intensivos*- Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. U.Porto. <https://hdl.handle.net/10216/77954>.
- Gibbs, G. (2013). Learning by Doing. In *Oxford Brookes University* (First Edit). Oxford Centre for Staff and Learning Development. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01110-X>
- Lei n.º 156/2015. (16 de setembro de 2015). *Diário da República* n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 8059 - 8105. Lisboa. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.
- Mendes, A. (2020). Uncertainty in critical illness and the unexpected: important mediators in the process of nurse-family communication. *Anna Nery School Journal of Nursing/Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 24(1).<https://10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Regulamento n.º 361/2015. (26 de julho 2015). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 123. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>.
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Sá, F.G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.ª Edição.
- Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado).Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29982/1/Diogo%20Saraiva%208324.PSC.pdf>.
- Silva, A. G. da. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos- vivências da família*. (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1200>
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*. 42(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>.

**APÊNDICE E- Proposta de Guia de Acolhimento à Família, no Serviço de
Urgência Geral**

A missão do Serviço de Urgência Geral é prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes aos utentes em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência Médico-Cirúrgica. A equipa multidisciplinar tem o compromisso constante de prestar cuidados de Excelência, garantindo o seu bem-estar e o do seu Familiar.

Consideramos que a presença da família é fundamental e proporciona conforto e resiliência, sublinhando que, mesmo nos momentos mais desafiantes, a união e o apoio são essenciais!

Serviço Social:
Disponível Assistente Social.
Telefone: 214348200 / Fax: 214345566
Email: servico.social@hff.min-saude.pt

Assistência Religiosa e Espiritual:
Todas as religiões são respeitadas. Encontra-se disponível apoio religioso.
CAPELA: Permanece aberta durante as 24 horas.
CELEBRAÇÕES: Eucaristia, dias úteis às 16h00. Laudes, dias úteis às 09h00.

Gabinete do Cidadão:
Situado nas consultas externas (Piso 2-Torre Amadora) ser-lhe-ão prestadas informações sobre os seus direitos e deveres e onde poderá efetuar sugestões e/ou reclamações.
Telefone: 21 434 8240.



Contactos:

Telefone Geral: 21 434 82 00
Fax: 21 434 55 66
E-mail: sec.geral@hff.min-saude.pt

Morada: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E. IC 19, 2720-276 Amadora

Urgência

Linha Azul da Urgência Geral: 21 434 8444
Urgência Geral (Secretariado de Admissão Urgente): 21434 8258
Urgência de Oftalmologia: 21 434 8200
Urgência de Otorrin: 21 434 8200

Folheto elaborado por:
Enf.ª Verónica da Silva Pereira, aluna Mestrado EMCEPSC, da ESSEM;
Enf.ª Especialista Andreia Almeida;
Prof.ª Mestre Célia Vaz.



Guia de Acolhimento à Família

Serviço de Urgência Geral (SUG) UICD/SO

Inscrição no SUG

Após a inscrição no Serviço de Urgência Geral (SUG), o utente e a sua família aguardam a chamada para a sala de triagem. A triagem, realizada por um enfermeiro permite definir a prioridade clínica e atribuir-lhe uma pulseira de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester.



Figura 1- Tempos alvo previstos de atendimento, para as 5 cores da Triagem de Manchester.

Pedimos a sua colaboração enquanto aguarda ser atendido. Um ambiente calmo é fundamental para garantirmos um serviço eficiente e de qualidade.

Acompanhamento do Familiar

A Lei n.º 33/2009, prevê o direito de acompanhamento no SUG, por 1 acompanhante de referência por si indicado, ou se não o conseguir fazer, será o familiar mais próximo.

Na sala de triagem é atribuída uma Pulseira de Identificação do Acompanhante, cor-de-rosa, que deve manter sempre visível.

Regras a Seguir no SUG

- ✓ Cumprir as indicações dadas pela Equipa Multidisciplinar;
- ✓ Cumprir a Sinalética hospitalar;
- ✓ Se estiver com sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal, é recomendado não acompanhar o seu familiar no SUG;
- ✓ Lavar e desinfetar as mãos com frequência;
- ✓ Permanecer apenas junto do seu familiar;
- ✓ Evitar interação com outros utentes e/ou familiares;
- ✓ Não partilhar objetos com outros utentes;
- ✓ Sentar-se sempre na cadeira e nunca na maca;
- ✓ Não colocar objetos em cima das macas, ou outro mobiliário;
- ✓ Evitar interromper a equipa multidisciplinar enquanto esta se encontra a prestar cuidados a outro utente, ou nos momentos de passagem de turno;
- ✓ Evitar tocar nos equipamentos de administração de medicação e terapêuticas, mesmo que estejam a emitir sinais sonoros;
- ✓ Caso tenha alguma dúvida ou necessite de algum esclarecimento, a nossa equipa está à sua disposição para ajudar.

E se o meu Familiar ficar internado em UICD/SO?

Visitas

- ♥ Não deverá comparecer à visita se estiver com sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal;
- ♥ As visitas são permitidas todos os dias de segunda a domingo;
- ♥ Dois períodos de visitas: 12h e 19h, com duração prevista de 1h;
- ♥ Apenas 1 visita por pessoa internada;
- ♥ A visita é permitida com agendamento antecipado: O pedido de agendamento para marcação das visitas deve ser realizado no próprio dia, presencialmente, 30 minutos antes da hora de início de visita;
- ♥ A informação Clínica é fornecida pelo Médico, na visita das 12h00;

Que indicações deve seguir?

- ✓ Cumprir as Regras a seguir no SUG, presentes neste folheto;
- ✓ Não deverá levar alimentos nem bebidas ao seu familiar. A alimentação faz parte do tratamento. A dieta fornecida pelo hospital é completa, pelo que não necessita de levar outros alimentos ao seu familiar;
- ✓ Não deverá levar objetos pessoais ou outros objetos, sem autorização prévia do Enfermeiro responsável;
- ✓ Em caso de alta clínica, verifique se esclareceu todas as suas dúvidas e se leva toda a informação clínica fornecida e todos os objetos pessoais do seu familiar.

**APÊNDICE F- Proposta de Guia de Acolhimento à Família, na Unidade de
Transplantes**

A equipa multidisciplinar da Unidade de Transplantes é constituída por:
Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Secretária de Unidade, Fisioterapeuta, Psicóloga e Psiquiatra.



Consideramos que a presença da família é fundamental, sublinhando que, mesmo nos momentos mais desafiantes, a união e o apoio são essenciais!

ESTAMOS À SUA DISPOSIÇÃO 24 HORAS, TODOS OS DIAS DO ANO!

CONTACTOS

217924200 - Geral Do Hospital
 217924314 - Internamento (24h/dia)
 217924312 - Consulta Tx Hepático
 217924335 - Fax Tx Hepático
 217924342 - Consulta De Tx Renal
 217924359 - Fax Tx Renal

Guia elaborado por:
 Enf.ª Verónica da Silva Pereira, Aluna Mestrado EMCEPSC, da ESSEM;
 Enf.ª Especialista Carla Anjos;
 Prof.ª Mestre Célia Vaz.



Unidade de Transplantes

GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA



VISITAS

HORÁRIO:

- ♥ 14h00 às 20h00 todos os dias - 2 visitas, 60 minutos cada visita;
- ♥ As visitas são definidas pelo seu familiar e serão sempre as mesmas pessoas durante todo o internamento;
- ♥ Deverá programar o horário da visita para o dia seguinte, com a Secretária de Unidade.



Se apresentar sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal não visite o seu familiar.

- ♥ Coloque sempre máscara e desinfete as suas mãos;
- ♥ Nos quartos de isolamento, coloque bata, luvas e avental, que se encontram disponível à entrada do quarto;
- ♥ Não se sente nem coloque os seus objetos pessoais em cima da cama.

INFORMAÇÃO SOBRE O SEU FAMILIAR:

A informação clínica é sempre prestada presencialmente e mediante consentimento do seu familiar.

A SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!



- ♥ Promove a recuperação do seu ente querido;
- ♥ Ajuda-o a perceber e a compreender os cuidados que são prestados ao seu familiar.

- ♥ Poderá participar nos cuidados de conforto;

- ♥ O seu envolvimento no plano para a alta é essencial. Esta fase desafiante exige preparação. A equipa irá ajudá-lo nesta etapa.



- ♥ Estamos sempre disponíveis para esclarecer as suas dúvidas e ajudar a ultrapassar os desafios.

JUNTOS SOMOS UMA EQUIPA MAIS FORTE!



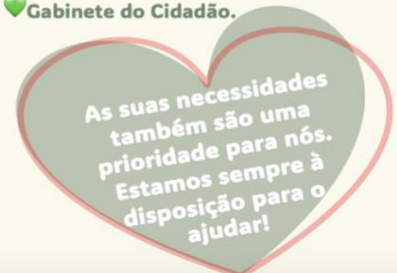
ALIMENTAÇÃO

A alimentação faz parte do tratamento do seu ente querido. A dieta fornecida pelo hospital é completa, pelo que não necessita de levar outros alimentos ou bebidas ao seu familiar.

SABIA QUE?

Tem à sua disposição e do seu familiar:

- ♥ Apoio Social;
- ♥ Assistência Espiritual e Religiosa;
- ♥ Gabinete do Cidadão.



**APÊNDICE G- Proposta de Procedimento: Acolhimento à Família da Pessoa em
Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral**



Serviço de Urgência Geral

Proposta de Procedimento: Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, no SUG

Palavras-chave: Acolhimento; Família; Urgência.

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Estabelecer orientações para o acolhimento da Família da Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Geral;
- 1.2.** Identificar necessidades da família, através de recolha de informação;
- 1.3.** Estabelecer uma relação de confiança com a família.

2. ÂMBITO

- 2.1.** Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na ULS Amadora-Sintra

3. TERMOS E SIGLAS

- 3.1.** SUG Serviço de Urgência Geral

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, no SUG:
 - a) Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), a definição consensual de família abrange as pessoas significativas, isto é, mesmo aquelas que não possuindo laços consanguíneos, estabelecem vínculos de "afinidade" e/ou "relações emocionais ou legais";
 - b) Na proposta de procedimento do *Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, no SUG*, será utilizado o termo *família*, como termo abrangente;
 - c) Conforme é oficializado pela Lei n.º 33/2009, a pessoa admitida em SU, tem direito a 1 acompanhante de referência por si indicado, ou se não o conseguir fazer, será o familiar mais próximo;
 - d) Após a admissão, a pessoa e família aguardam a chamada para a sala de triagem. Nesta sala, o enfermeiro realiza a avaliação e classifica o grau de prioridade de atendimento, seguindo o Protocolo de Triagem de Manchester;
 - e) É atribuída uma Pulseira de Identificação à pessoa e família, que terá de estar sempre visível durante a permanência no SUG.
 - f) Confirmar a identificação fidedigna da pessoa: nome completo, data de nascimento e número do processo clínico na instituição (verificar pulseira identificativa na pessoa e família);
 - g) Entregar o documento *Guia de Acolhimento à Família*;
 - h) Se a família necessitar de algum esclarecimento, a equipa multidisciplinar encontra-se disponível para ajudar;
 - i) Identificar possíveis situações de risco (pessoa vítima de crime: maus-tratos/abandono, agressão, violência sexual, etc.) e proceder à sua referenciação para o Serviço Social;
 - j) Em caso de ser necessário retirar as próteses dentárias/auditivas à pessoa (estado de desorientação/inquietação ou necessidade de realização de procedimentos), estas devem ser entregues ao acompanhante/família ou proceder ao acondicionamento no cofre;
 - k) Supervisionar e realizar o espólio dos pertences da pessoa, se internamento em UICD e, entregar ao acompanhante/família, com consentimento da pessoa em situação crítica.
- 4.2.** Regras que a família deverá cumprir no SUG:
 - a) Cumprir as indicações fornecidas pela Equipa Multidisciplinar;
 - b) Cumprir a Sinalética hospitalar;
 - c) Se estiver com sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal, é recomendado não acompanhar o seu familiar no SUG;



- d) Lavar e desinfetar as mãos com frequência;
- e) Permanecer apenas junto do familiar;
- f) Evitar partilhar objetos com outros utentes;
- g) Permanecer sentado na cadeira e nunca na maca;
- h) Não deverá colocar objetos em cima das macas, ou outro mobiliário;
- i) Evitar interromper a equipa multidisciplinar enquanto esta se encontra a prestar cuidados a outro utente, ou nos momentos de passagem de turno;
- j) Evitar tocar nos equipamentos de administração de medicação e terapêuticas, mesmo que estejam a emitir sinais sonoros.

4.3. Informação à família da pessoa internada em UICD/SO:

- a) Todos os profissionais de saúde, independentemente do grupo profissional a que pertencem, estão abrangidos pelo segredo profissional, tendo de igual modo a pessoa direito à privacidade.
- b) Não é permitida a informação clínica pelo telefone. Esta norma resulta da distorção involuntária da informação, da incapacidade de validar a correta identificação do interlocutor, e da volatilidade da situação clínica;
- c) A informação Clínica é fornecida pelo Médico, na visita das 12h00.
- d) Caso a situação clínica da pessoa o justifique (pessoa em situação crítica, instável, terminal, etc.) deve prevalecer o bom senso e serem prestadas informações extra-horário regulamentado se se considerar necessário e oportuno.

4.4. Visita à pessoa internada na UICD/SO:

- a) As visitas deverão cumprir as regras a cumprir no SUG;
- b) A pessoa e família recebem o *Guia de Acolhimento à Família*, primeiro contacto com o Enfermeiro;
- c) As visitas são permitidas todos os dias de segunda a domingo, às 12h e às 19h, com duração prevista de 1h;
- d) A visita é permitida com agendamento antecipado: O pedido de agendamento para marcação das visitas deve ser realizado no próprio dia, presencialmente, 30 minutos antes da hora de início de visita;
- e) Cada pessoa poderá receber apenas uma visita, à exceção de situações clínicas justificadas pelo médico ou enfermeiro;
- f) Em situações excecionais, é permitido o acompanhamento permanente de família durante o internamento, caso o familiar manifeste essa vontade. Se os quartos de isolamento se encontram disponíveis serão usados para este efeito e permitida a permanência de mais que um familiar;
- g) As visitas não deverão comparecer se estiverem com sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal.
- h) Não são permitidos alimentos ou bebidas do exterior, assim como objetos pessoais ou outros, sem autorização prévia do Enfermeiro responsável;
- i) As visitas não deverão levar objetos pessoais ou outros objetos, sem autorização prévia do Enfermeiro responsável.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

5.1. Compete ao Enfermeiro, no primeiro contacto com a Família:

- a) Apresentar-se à pessoa e sua família;
- b) Identificar o familiar de referência;
- c) Confirmar a identificação fidedigna da pessoa e família: nome completo, data de nascimento e número do processo clínico na instituição (verificar pulseira identificativa na pessoa e família);



- d) Entregar o documento *Guia de Acolhimento*;
- e) Reforçar a importância do cumprimento rigoroso das medidas de controlo de infeção em ambiente hospitalar;
- f) Confirmar contacto telefónico da família, e validar se já foi colocado no Posto de Atendimento do Serviço de Urgência;
- g) Identificar possíveis situações de risco (pessoa vítima de crime: maus-tratos/abandono, agressão, violência sexual, etc.) e proceder à sua referenciação para o Serviço Social;
- h) Em caso de ser necessário retirar as próteses dentárias/auditivas à pessoa (estado de desorientação/inquietação ou necessidade de realização de procedimentos), estas devem ser entregues aos familiares ou proceder ao acondicionamento no cofre;
- i) Supervisionar e realizar o espólio dos pertences da pessoa, se internamento em UICD e, entregar à família, com consentimento da pessoa em situação crítica;
- j) Registar em notas de enfermagem, a realização do espólio e a entrega à família.

6. INDICADORES

Não aplicável

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS


- a) Lei n.º 33/2009. (14 de julho de 2009). *Diário da República, 1.ª série — N.º 134. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*;
- b) Lei n.º 15/2014. (21 de março de 2014). *Diário da República, 1ª série - N.º 57. Legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*;
- c) Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2. Lusodidacta. Lisboa*
- d) Perdigão, PIC (2019). *O acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja (Portugal))*;
- e) PR.0790/E.SUGUB- *Visita e Informação aos familiares dos utentes internados na UICD.*

8. ASSINATURAS

8.1. Aprovação

8.2. Elaboração

**APÊNDICE H- Proposta de Instrução de Trabalho: Acolhimento à Família da
Pessoa Submetida a Transplante**

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ	UNIDADE DE TRANSPLANTES
	ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE

1. DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Referência: Procedimento Multissectorial TRC.137 - Acompanhamento e Visita a Doentes Internados.

Objetivos:

- 1.1. Estabelecer orientações para o acolhimento à Família da Pessoa submetida a Transplante, na Unidade de Transplantes;
- 1.2. Identificar necessidades da família, através de recolha de informação;
- 1.3. Estabelecer uma relação de confiança com a família.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da Unidade de Transplantes, do Hospital Curry Cabral, ULS São José.

3. INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), a definição consensual de família abrange não só as pessoas com laços de consanguinidade, mas também as pessoas significativas, que estabelecem vínculos de "afinidade" e/ou "relações emocionais ou legais";

Na proposta de procedimento do Acolhimento à Família da Pessoa submetida a Transplante, será utilizado o termo *família* como termo abrangente.

Conforme estabelecido pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, todas as pessoas internadas têm direito a acompanhamento pela família, assim como a receber visitas.

A presença da família promove a recuperação da pessoa internada, possibilita a perceção e compreensão dos cuidados prestados e possibilita o envolvimento da família na tomada de decisão e preparação para a alta (Sá, 2023).

3.1. Sendo assim, na Unidade de Transplantes:

- a) A Pessoa é admitida na Unidade de Transplante e é realizado o seu acolhimento;
- b) É confirmada a identificação fidedigna da pessoa: nome completo, data de nascimento e número do processo clínico na instituição (verificar pulseira identificativa da pessoa internada);
- c) No primeiro contacto com a família, ou quando oportuno, deverá ser entregue o documento *Guia de Acolhimento à Família*;
- d) A equipa multidisciplinar encontra-se disponível para qualquer esclarecimento adicional;
- e) Deverá ser promovido um ambiente acolhedor e empático à família, promovendo a satisfação das suas necessidades, nomeadamente ao nível da informação, segurança, proximidade, suporte e conforto;
- f) A família deverá, de acordo com as características do núcleo familiar, ser envolvida no plano de cuidados, nomeadamente na prestação de cuidados de conforto e preparação para a alta.

3.2. Visitas:

- a) O Horário das visitas é das 14h00 às 20h00 todos os dias - 2 visitas, 60 minutos cada visita, sujeito a agendamento prévio no dia anterior à visita (com a Secretária de Unidade);
- b) É restringido a uma visita por enfermaria em cada período;
- c) As duas visitas são definidas pela própria pessoa internada. Quando existe incapacidade para essa indicação, é o familiar com grau de parentesco mais próximo;
- d) Serão sempre os mesmos familiares a visitar durante todo o internamento da pessoa;
- e) O Agendamento é enviado à Segurança do edifício para controlo das entradas.

3.3. Informação Clínica:

- a) O direito à privacidade é garantido por todos os profissionais de saúde, abrangidos pelo segredo profissional, independentemente do grupo profissional a que pertencem;
- b) A informação clínica à família é sempre prestada presencialmente e mediante consentimento da pessoa;
- c) A equipa de Enfermagem como a equipa Médica estão à disposição para prestar esclarecimento;
- d) Em situações clínicas particular e, caso a situação clínica da pessoa o justifique (pessoa em situação crítica, instável, terminal, etc.) deve prevalecer o bom senso e serem prestadas informações extraordinárias se se considerar necessário e oportuno.

3.4. Indicações à Família:

Todas as Pessoas internadas na Unidade de Transplantes encontram-se imunossuprimidas. Devem as visitas respeitar os seguintes princípios:

- a) Protelar a visita da família se esta se apresentar com sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal;
- b) Colocar máscara cirúrgica à entrada da Unidade e desinfetar frequentemente as mãos;
- c) Na visita à pessoa em isolamento, deverão os familiares colocar Equipamentos de Proteção individual (EPI's) adequados à via de transmissão em questão, que se encontram disponível à entrada do quarto;
- d) É recomendado seguir as indicações da equipa multidisciplinar;
- e) Respeitar as regras relativas às visitas;
- f) Respeitar a sinalética hospitalar;
- g) Não é permitido a família sentar-se nem colocar objetos pessoais em cima da cama;
- h) Permanecer sempre junto do familiar, durante os 60 minutos de visita, e não deambular pelo Unidade;
- i) Não fornecer alimentos ou bebidas do exterior, à pessoa internada. A dieta fornecida pelo hospital, faz parte do tratamento, é específica e completa.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guia de Acolhimento Unidade de Transplantes (2021). Documento disponível na Unidade de Transplantes;
2. Lei n.º 15/2014. (21 de março de 2014). Diário da República, 1ª série - N.º 57. Legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde;
3. Livro da Alta do Transplantado: Hepático, Hepato-Renal, Renal, Reno-Pancreático. Documento disponível na Unidade de Transplantes;
4. Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2. Lusodidacta. Lisboa;
5. Perdigão, PIC (2019). O acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja (Portugal));
6. Procedimento Multissectorial TRC.137 - Acompanhamento e Visita a Doentes Internados.
7. Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o cuidado de enfermagem*. SABOOKS EDITORA, Ed.; 1.a Edição.

EDIÇÃO		APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG.
A					2/2

APÊNDICE I- Poster: “Família da Pessoa em Situação Crítica como cenário formal de cuidados: Intervenções de Enfermagem Especializada- A *Scoping review*” - III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS

FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COMO CENÁRIO FORMAL DE CUIDADOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: a Scoping review

Verónica Pereira^{1*}, Cidália Castro², Célia Vaz³

^{1*} Enfermeira de Diálise, na Unidade de Diálise Periférica, NephroCare Alverca; ² Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2023-2024; da Escola Superior de Saúde Egas Moniz
² Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CIEM); Professora Coordenadora do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz;
³ Professora Assistente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz
 *Correspondência: 118563@alunos.egasmoniz.pt

INTRODUÇÃO

A Pessoa em Situação Crítica, inserida numa dinâmica familiar, não pode ser considerada de forma isolada no contexto de cuidados¹.

Este núcleo é dramaticamente afetado pela situação crítica inesperada, pela vulnerabilidade que lhes é concedida, tanto individual como coletivamente¹.

○ **Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**, tem uma função preponderante na promoção de intervenções autónomas de enfermagem, com o propósito de sensibilizar a equipa para esta problemática².

Questão de Investigação: Quais são as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da Família da Pessoa em Situação Crítica?

OBJETIVO: Mapear e descrever a evidência científica acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista no cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica.

METODOLOGIA

Descritores

: Family, Extended; Family; Filiation; Relatives; Needs Assessment; Nurs*; Critical Care.

Crítérios de Inclusão:

Artigos em Português, Inglês e Espanhol, em texto integral; Estudos observacionais; transversais descritivos e prospectivos; estudos qualitativos e estudos quantitativos descritivos.

Metodologia JBI³ Scoping Review



PCC:

- **População:** Enfermeiros que prestam cuidados à Família da Pessoa em Situação Crítica;
- **Conceito:** Intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da família da pessoa em situação crítica;
- **Contexto:** Família que acompanha a Pessoa em Situação Crítica, nos Serviços Hospitalares de Cuidados Críticos

Fontes de informação:

Pesquisa em Janeiro 2024 através da Plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MediciLatina), ScienceDirect e RCAAAP. Período de Publicação 2014 a 2024.

Crítérios de Exclusão:

Artigos pagos; Artigos com população alvo pediátrica; Artigos com mais de dez anos.

RESULTADOS

Através do processo de análise indutiva, as intervenções de enfermagem foram agrupadas em cinco categorias com base nas dimensões das necessidades de cuidado da família, nomeadamente, a **Informação**, a **Segurança**, a **Proximidade**, o **Suporte** e, o **Conforto**.

INFORMAÇÃO

- Fornecer informações claras e fidedignas aos familiares sobre o estado de saúde, procedimentos realizados e plano de cuidados do seu ente querido^{4,5,6}.
- Individualizar as informações de acordo com as necessidades e preferências da família^{4,5};
- Realização de visitas de enfermagem estruturadas, para avaliação periódica das necessidades⁶.

SEGURANÇA

- Criar um ambiente seguro e confortável^{7,8};
- Definir limites claros para manter a segurança da pessoa e família⁷;
- Avaliar o benefício do envolvimento da família nos cuidados, consoante as características deste núcleo⁷.

PROXIMIDADE

- Estar disponível para responder a perguntas e preocupações da família, demonstrando proximidade e empatia^{4,5,8,9};
- Manter contato regular através de visitas de enfermagem estruturadas ou telefonicamente^{10,11,12,13}
- Ser sensível ao equilíbrio entre a privacidade da pessoa e o envolvimento da família, respeitando os limites de cada um dos elementos do núcleo familiar¹¹.

SUORTE

- Fornecer apoio emocional e psicológico aos familiares, ouvindo ativamente as suas necessidades e preocupações^{10,11,12};
- Treinar a equipa de enfermagem para fornecer apoio de forma sensível e empática⁴;
- Esclarecer as expectativas dos familiares⁸.

CONFORTO

- Proporcionar privacidade nas visitas da família e permitir que participem nos cuidados de conforto do seu familiar^{7,8,13};
- Garantir conforto físico e disponibilizar infraestruturas adequadas, como WC, zona de refeição e zonas de descanso⁷;
- Flexibilidade no horário das visitas e permanência com o familiar⁷.

DISCUSSÃO

Cuidar a família é compreender a importância das transições que ocorrem na vida das pessoas, especialmente em contextos de saúde/doença, e os enfermeiros são os agentes facilitadores neste processo.¹⁴

A Formação contínua e protocolos baseados na evidência são essenciais para promover uma prática de cuidados holística e empática.

O suporte emocional, a comunicação eficaz e a participação ativa da família, são fatores cruciais que, quando incorporados na prática de enfermagem, fortalecem os laços entre os profissionais de saúde e os familiares.¹⁵

A intervenção especializada não se limita apenas à abordagem do estado físico da pessoa, mas estende-se ao suporte emocional e à construção de relações terapêuticas que transcendem os limites tradicionais da prática clínica.

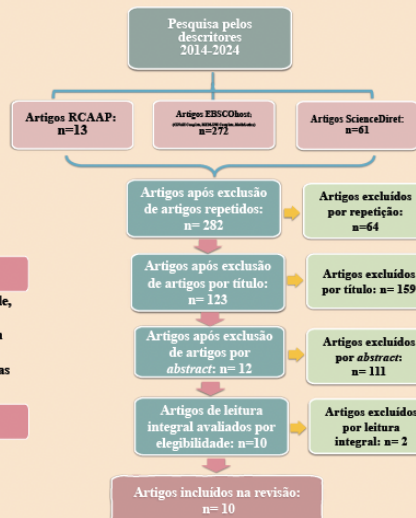


Figura 1: Fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁶

CONCLUSÃO

O mapeamento das intervenções de enfermagem que atendem às necessidades de cuidado da família, **permitirá** aos Enfermeiros Especialistas **redefinir estratégias** que visem a excelência dos cuidados prestados a este núcleo familiar.

Sendo Portugal um país de grande **diversidade cultural**, é necessário que se reconheça as variações subtis em cada núcleo familiar, sendo imprescindível a **abordagem holística** nos cuidados prestados.

O **Enfermeiro Especialista**, desenvolve um **espectro alargado de intervenções**, onde a clareza na comunicação, o suporte emocional, a inclusão dos familiares na dinâmica de cuidados, a formulação de relações sólidas e de confiança, são determinantes para responder aos **padrões de elevada qualidade** dos cuidados que a nossa profissão exige neste contexto.

Referências Bibliográficas:



SCAN ME

**APÊNDICE J- Poster "Via Verde Sepsis" - III Jornadas de Enfermagem ONE
HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS**

VIA VERDE SÉPSIS

THE GREEN PATHWAY OF SEPSIS

Autores – Andreia Vilão*; Maria Teresa Claro*; Mariana Lucas*; Sónia Vieira*; Verónica Pereira*

*Mestrandas no II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz 2023/2024

† Correspondência: 117637@alunos.egasmoniz.pt

Sépsis é a complicação mais grave de uma infeção.

Surge devido a uma resposta desregulada do organismo a um processo infeccioso, levando à disfunção de órgãos com risco de vida¹.

O Choque Séptico é definido como um subgrupo da sépsis onde alterações profundas do metabolismo celular e circulatórias aumentam substancialmente a mortalidade¹.

Em 2017, dos 49 milhões de casos de sépsis a nível mundial, 11 milhões resultaram em morte².

O reconhecimento precoce e o tratamento oportuno são essenciais para diminuir a mortalidade por sépsis³.

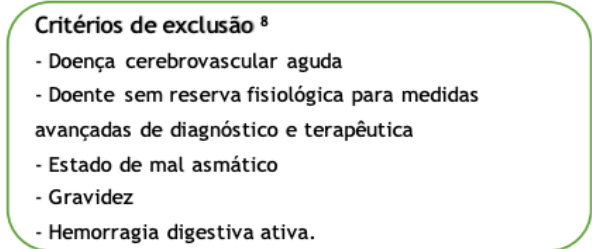
A cada minuto, mais de uma pessoa morre na Europa por Sépsis⁷

A probabilidade de sobrevivência da pessoa com sépsis diminui em 7,6% por cada hora de atraso na administração de antibioterapia⁴.

A complexidade do processo fisiopatológico e a variabilidade na apresentação clínica tornam a identificação e tratamento precoces um desafio.

O conhecimento das *guidelines* e a adesão a uma prática baseada na evidência é fundamental para melhorar os *outcomes* da pessoa com sépsis^{5, 6}.

Objetivo - Sensibilizar os enfermeiros para a sépsis como uma emergência médica tempo-dependente.



CONCLUSÃO

A VVS foi criada para minimizar o tempo de identificação da pessoa com sépsis otimizando todo o processo terapêutico. Todos os serviços de urgência devem ter uma Equipa de Sépsis constituída por um Médico e um Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEEPC)⁸.

A intervenção do EEEEEPC é essencial para a implementação deste protocolo de atuação e cumprimento dos tempos de atuação^{5, 6}, com impacto direto na mortalidade¹⁰, produzindo indicadores de qualidade.

De realçar que as mais recentes recomendações internacionais de 2021⁹ não estão contempladas na Norma da DGS nº010/2016⁸ atualizada em 2017, sendo de crucial importância a sua revisão.

TRATAMENTO INICIAL

Recomendações da Norma DGS nº 010/2016 ⁸	Recomendações <i>Surviving Sepsis Campaign 2021</i> ⁹
Iniciar administração de 20-30ml/Kg de cristalóide até 15 min	Administração de pelo menos 30 ml/Kg de cristalóide balanceado até 3h
Administração de oxigénio até 15 min	Pessoa com IRA hipóxica resultante da sépsis recomenda-se a utilização de ONAF em vez de VNI
Gasimetria arterial com lactato até 15 min	
Hemoculturas até 60 min	
Outros exames microbiológicos de acordo com o foco provável de infeção até 60 min	
Administração de antibiótico até 60 min	Pessoa com choque séptico - administração de antibiótico até 60 min Pessoa com suspeita de sépsis sem choque - administração até 3h
Avaliação laboratorial até 60min	
Identificação do foco (confirmado ou presumível) até 60 min	
PAM alvo ≥ 65 mmHg	Pessoa com choque séptico sob terapêutica vasopressora: PAM alvo de 65 mmHg

INDICADORES DE QUALIDADE⁸

- Tempo entre o primeiro contacto com o sistema de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar) e identificação de Caso Suspeito de Via Verde Sépsis (VVS);
- Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a realização de doseamento de lactato sérico;
- Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a administração do primeiro antibiótico;
- Taxa de mortalidade de Casos Confirmados de VVS.

ANEXOS

**ANEXO I- Certificado de participação - III Jornadas de Enfermagem ONE
HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS**

CERTIFICADO

Verónica Pereira

esteve presente nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, na condição de assistente.

C. da Luz Castro

Presidente da Comissão Científica

A. da Serra

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



**ANEXO II- Certificado de apresentação do Poster "Família da Pessoa em
Situação Crítica como cenário formal de cuidados: Intervenções de
Enfermagem Especializada- A *Scoping Review*". III Jornadas de Enfermagem
ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS**

CERTIFICADO

Verónica Pereira

Participou com a apresentação do seguinte poster: **"Família da Pessoa em Situação Crítica como cenário formal de Cuidados Intervenções de Enfermagem Especializada: a Scoping Review"**, em co- autoria com **Cidália Castro e Célia Vaz**, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

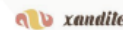
Cidália Castro

Presidente da Comissão Científica

Aida Serra

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



**ANEXO III- Certificado de apresentação do Poster "Via Verde Sepsis" - III
Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS**

CERTIFICADO

Andreia Vitão

Participou com a apresentação do seguinte poster: "**Via verde sépsis / the green pathway of sepsis**", em co-autoria com Mariana Lucas, Maria Teresa Claro, Sónia Vieira e Verónica Pereira , nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

P^{re} Presidentes da Comissão Científica e Organizadora


Paula Helena L.P. Sarreira Nunes de Oliveira

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON GASES

 SOCIME MEDICAL

 xandite

 Careceveler

 PAPA LETRAS

 PAPA LETRAS





 Os Netos

 santosevale

**ANEXO IV- Certificado de Participação "1º Encontro Científico S.U HSLE – “A
Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos cuidados”**

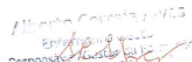
1º ENCONTRO CIENTÍFICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA - HSLE



Certifica-se que VERONICA ANDREIA ANDRADE DA SILVA PEREIRA, nascido(a) em 15-07-1990, com o N.º de Identificação Fiscal 258510919, esteve presente como participante, no(s) dia(s) 18 de Maio de 2024, com a duração de 08h00.

Portalegre, 18 de maio de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)
Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 125/2024

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 30-B/2007, de 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

CONTEÚDOS PEDAGÓGICOS:

Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

- Abordagem à pessoa em Situação Crítica;
- Transporte e Segurança da pessoa em Situação Crítica;
- Dificuldades e Constrangimentos: A Perspetiva do Serviço de Urgência.

O Pilar da Comunicação na Segurança dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família

- Questões Éticas;
- Perspetiva Jurídica;
- Dimensões Deontológicas.

Apresentação de Pósteres

Preparação para a Catástrofe: Missão e Desafios – à Conversa com o Perito

Entrega de Prémios

Sessão de Encerramento com Momento Musical

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 30-B/2007, de 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

**ANEXO V- Certificado de Participação "Reunião do Núcleo de Acessos
Vasculares e Transplantação da SPACV"**

04 OUT – CURSO PRÉ-REUNIÃO

05 OUT - REUNIÃO DO NÚCLEO DE ACESSOS VASCULARES E TRANSPLANTAÇÃO **SPACV**

4/5 OUT 2024
Hotel dos Templários
TOMAR

Certifica-se que:

Verónica Andreia Andrade da Silva Pereira

Participou na **Reunião do Núcleo de Acessos Vasculares da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular**, que decorreu no dia 05 de Outubro de 2024, no Hotel dos Templários, em Tomar.


Rui Machado
Presidente SPACV


Clara Nogueira
Secretária Geral SPACV


Duarte Nuno C. L. Rego
Coordenador do Núcleo de Acessos Vasculares e Transplantação da SPACV

**ANEXO VI - Certificado congressista no "1º Congresso Internacional de
Enfermagem em Doente Crítico"**



enfermagem
doente crítico
1º congresso
internacional
8-9 NOV 2024
aveiro

CERTIFICADO

Certifica-se que

VERÓNICA SILVA PEREIRA

com o cartão de cidadão nº 13751635 ZX3, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica

Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC

Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora

Eládio Cardoso

**ANEXO VII- Certificado de frequência de Workshop - Técnicas de Substituição
da Função Renal no Doente Crítico- 1º Congresso Internacional de
Enfermagem em Doente Crítico**



enfermagem
doente crítico
1º congresso
internacional
8-9 NOV 2024
aveiro

CERTIFICADO

Certifica-se que

VERÓNICA SILVA PEREIRA

com o cartão de cidadão nº 13751635 ZX3, frequentou com **Aproveitamento**, o **Workshop - Técnicas de Substituição da Função Renal no Doente Crítico**, com duração de 3 horas, integrado no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica

Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC

Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora

Eládio Cardoso

**ANEXO VIII- Certificado de participação no *Webinar* "Centro de Hemodiálise
em contexto hospitalar"**



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Verónica Silva Pereira

participou no Webinar “**Centro de Hemodiálise em contexto hospitalar**” realizado no dia **3 de fevereiro de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

**ANEXO IX- Certificado de participação no *Webinar*: "A ameaça das Infecções
Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção"**



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Verónica Silva

participou no Webinar “**A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção**” realizado no dia **12 de fevereiro de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

**ANEXO X- Certificado de participação no *Webinar*: "Cuidar sob pressão:
estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência"**



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Verónica Silva

participou no Webinar “**Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência**” realizado no dia **23 de abril de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde