



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

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN WELCOMING
THE FAMILY OF A PERSON IN CRITICAL SITUATION

Inês Miriam Sobral Romão

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

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

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO
ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN WELCOMING
THE FAMILY OF A PERSON IN A CRITICAL SITUATION

Inês Miriam Sobral Romão

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

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

“De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar,

A certeza de que precisamos continuar,

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.

Portanto devemos:

Fazer da interrupção, um novo caminho;

Da queda, um passo de dança;

Do medo, uma escada;

Do sonho, uma ponte;

Da procura, um encontro.”

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

O final desta etapa, com a realização deste relatório, encontra-se assente em três alicerces sem os quais não teria sido possível: amor, amizade e apoio incondicional.

Bruno, o meu companheiro dos momentos bons e dos menos bons ao longo das últimas duas décadas, que passou comigo várias etapas da minha vida académica, em que apesar de todas as ausências nunca lhe faltou a palavra de apoio, o colo nas horas difíceis e o amor.

Às minhas filhas, Carolina e Camila, pelo amor e força que me transmitem todos os dias, o querer ser um exemplo na vida delas.

Aos meus pais, por serem a base da pessoa que eu sou hoje, por estarem sempre lá ajudando-me a perseguir os meus sonhos e serem o exemplo de que com trabalho e força de vontade tudo se consegue.

À minha irmã, pela paciência, carinho, ajuda e força, por ter sempre acreditado em mim e por alimentar todas as nossas picardias, são elas que dão sabor à vida.

À Sofia e à Joana, por terem embarcado comigo nesta aventura, por não me deixarem cair, pelo companheirismo e amizade, sem elas este caminho não fazia sentido.

A toda a minha família e amigos, em especial à Célia a amiga de todas as horas, que me apoiaram nesta jornada pela presença constante na minha vida. Desculpem a ausência.

À Professora orientadora Célia Vaz pelo acompanhamento, apoio, sabedoria e paciência ao longo de todo este processo.

À Professora Doutora Cidália Castro por todo o incentivo, apoio e disponibilidade para iniciar esta jornada.

Aos enfermeiros orientadores, bem como, às equipas multidisciplinares que me acompanharam neste percurso, pela forma como me fizeram sentir acolhida dentro da equipa, disponibilidade e orientação e por terem fomentado em mim o espírito reflexivo.

Ao Serviço de Urgência Geral onde exerço a minha atividade profissional e aos meus colegas, apesar do dia-a-dia ser difícil, o companheirismo e a disponibilidade estiveram sempre presentes.

Por fim à Egas Moniz, por ter sido casa ao longo de todo o meu percurso académico.

O meu **Muito Obrigada!**

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.

RESUMO

O acolhimento da família da Pessoa em Situação Crítica é um componente essencial, em todo o processo de cuidar da PSC. Acolher, significa receber com atenção, escutar ativamente e orientar a família no processo de transição saúde/doença do seu ente-querido, oferecendo suporte emocional, informativo e relacional de forma humanizada e empática. Tem pressuposto respeito, humaniza o cuidado, fortalece a relação de confiança e tem, por isso, particular relevância em todo o contexto de cuidados à PSC.

Assim e no sentido de conhecer a mais recente evidencia científica, realizou-se uma Revisão *Scoping*, subordinada ao tema “intervenções de enfermagem no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica”, cujos resultados serão aqui referenciados.

A elaboração deste relatório, assenta numa metodologia crítica, descritiva e reflexiva do percurso formativo desenvolvido até aqui, evidenciando o desenvolvimento e aquisição de competências técnicas e científicas, definidas para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Enquanto linha orientadora do pensamento em enfermagem, sustentamos conceptualmente todo o percurso formativo na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Este percurso foi suportado no Regulamento 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 pelos descritores de Dublin que qualificam o segundo ciclo de formação, que confere o grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Família, Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem.

ABSTRACT

Welcoming the family of a person in a critical situation is an essential component of the whole care process. Welcoming means attentively receiving, actively listening to and guiding the family through the health/illness transition process of their loved one, offering emotional, informational and relational support in a humanized and empathetic way. It presupposes respect, humanizes care, strengthens the relationship of trust and is therefore particularly important in the whole context of care to a person in critical condition.

In order to find out about the latest scientific evidence, a Scoping Review was carried out on the subject of “nursing interventions in welcoming the family of the person in a critical situation”, the results of which will be referenced here.

This report is based on a critical, descriptive and reflective methodology of the training developed so far, showing the development and acquisition of technical and scientific skills, defined for the award of the Master's degree in Nursing and the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Critically Ill Person.

As a guideline for nursing thinking, we conceptually based the entire training course on Afaf Meleis' Transitions Theory.

This path was supported by the Regulation on the Common Competences of the Specialist Nurse, the Specific Competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing and the Dublin descriptors that qualify the second cycle of training, which confers the degree of Master in Nursing.

Keywords: Family, Person in Critical Condition, Nursing.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS

APA - *American Psychological Association*

ATCN - *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 - *Coronavírus Disease 2019*

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral de Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC - Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE - Enfermeiro Especialista

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

et al. - todos os autores

GIA - Gabinete de Informação e Acompanhamento

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

iTEAMS - INEM *Tool for Emergency Alert Medical System*

MRMI - *Medical Response to Major Incidents*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PVC - Pressão Venosa Central

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SUG - Serviço de Urgência Geral

SUVA - Serviço de Urgência para Verdes e Azuis

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UIMC - Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV - Via Verde

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 – O ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	15
1.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
1.3 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	25
2 – CONTEXTO CLÍNICO	29
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	29
2.1.1 – Unidade de Cuidados Intensivos	31
2.1.2 – Unidade de Cardiologia de Intervenção/ Angiografia	33
2.1.3 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)	34
3 – ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	36
3.1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	38
3.2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	66
Apêndice I: Resumo da Revisão <i>Scoping</i>	67
Apêndice II: Plano de Sessão de Formação em Serviço	69
Apêndice III: PowerPoint “Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”	71
Apêndice IV: Norma de Procedimento dos Cuidados ao Cateter Venoso Periférico	85
Apêndice V: Folheto Informativo “Guia de Acolhimento para Familiares”	91
Apêndice VI: Póster “Utentes com AVC candidatos a revascularização cerebral”	94
Apêndice VII: Póster “Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão <i>Scoping</i> ”	96

Apêndice VIII: Sessão de Formação em Serviço SClinico Modo Urgência na Cardiologia de Intervenção	98
ANEXOS	101
Anexo I: Certificação MRMI.....	102
Anexo II: Certificado de Participação nas Jornadas de Medicina Intensiva	104
Anexo III: Certificado de Apresentação de Póster “Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão <i>Scoping</i> ”	106
Anexo IV: Certificado de Curso <i>Advanced Trauma Care for Nurses</i> (ATCN).....	108
Anexo V: Declaração de integração no grupo de controlo e dinamização da Sala de Emergência	110
Anexo VI: Certificado de Formação de Triagem de Prioridades na Urgência	112
Anexo VII: Certificado de Formação de Motivação e Liderança para Chefias de Equipa	114

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio que se segue foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório, integrada no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Tem como objetivo apresentar o processo de aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências, tendo em vista a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este documento foi desenvolvido com base numa abordagem reflexiva, crítica e descritiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, com vista ao desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011b) e das competências que conferem o grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com os Descritores de Dublin, que qualificam o 2º ciclo de formação (Decreto-lei nº. 74/2006).

A enfermagem, sendo uma ciência, tem inerente uma prática suportada na evidência científica, contribuindo desta forma para o avanço da profissão com o aprofundamento de conhecimentos suportado na investigação, proporcionando cuidados de qualidade (Costa & Gonçalves, 2021).

Esta prática baseada na evidência, confere uma evolução constante à profissão, procurando dar resposta às necessidades de cuidados nos diferentes contextos de atuação do enfermeiro, através do incremento de conhecimentos, de novos campos de atuação autónoma do enfermeiro, mas sobretudo do Enfermeiro Especialista, enquanto parte integrante de uma equipa multidisciplinar de saúde, conforme consta no regulamento nº. 613/2022, de 8 de julho.

O nosso percurso ao longo de vários anos num serviço de urgência, permitiu-nos observar que, muitas vezes devido à complexidade dos cuidados inerentes ao contexto e à excessiva carga de trabalho, a prestação de cuidados é quase exclusivamente centrada na Pessoa em Situação Crítica, sendo o cuidado à família frequentemente descurado.

Refletir sobre esta realidade, a prática de enfermagem no cuidado à família, impulsionou a vontade de procurar evidência científica sobre o tema em questão.

Salientamos que a análise e reflexão das competências adquiridas e desenvolvidas esplanadas neste relatório, são inerentes à unidade curricular (UC) Opção I- Estágio e

Relatório, dado que obtivemos creditação à UC Estágio, dado a nossa experiência de 12 anos no serviço de Urgência Geral Polivalente.

Este percurso incluiu a aquisição de vastos aportes teóricos e a realização de três períodos de estágio, em hospitais da área metropolitana de Lisboa, no período de 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, num total de 360 horas, em três contextos diferentes, nomeadamente: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Unidade de Cardiologia de Intervenção e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Todos os contextos aconteceram sob orientação pedagógica da Professora Mestre Célia Vaz.

A escolha destes campos de estágio foi decisiva para que pudéssemos ampliar os conhecimentos e experiências na Pessoa em Situação Crítica e conhecer todo o percurso experienciado pela pessoa e pela sua família.

O processo formativo e a inerente prática clínica, tiveram como alicerce a Teoria das Transições de Afaf Meleis e foram orientados pelos pilares da profissão de enfermagem: Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Com base no anteriormente descrito, foi tema central do nosso percurso as Intervenções de Enfermagem Especializada no Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica. Como objetivos deste relatório definimos:

- 1- Analisar e refletir sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre em Enfermagem, durante todo o percurso académico.
- 2- Demonstrar nos diferentes contextos de prática clínica, as competências do Enfermeiro Especialista com foco no acolhimento à família da pessoa em situação crítica.
- 3- Conhecer a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem especializada no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica, através da realização de uma revisão *Scoping* denominada: "Intervenções de enfermagem no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica".

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos o enquadramento teórico, dividido em três subcapítulos, onde se inclui o acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica, as intervenções de enfermagem especializada no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica e por último o modelo teórico que alicerçou todo o nosso percurso e a nossa prática, a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O segundo capítulo inclui a descrição pormenorizada e caracterização dos três contextos clínicos onde realizámos os estágios.

No terceiro capítulo fazemos uma análise e uma reflexão das competências adquiridas ao longo deste percurso, encontrando-se dividido em dois subcapítulos, no primeiro analisamos e refletimos sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e no segundo subcapítulo das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ao longo de todo o percurso.

Seguem-se as considerações finais, as referências bibliográficas, os apêndices com os trabalhos desenvolvidos ao longo do percurso e os anexos com os certificados das formações frequentadas.

Importa referir que as referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª Edição.

Todo o relatório foi realizado segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e estruturado segundo o guia orientador para a realização de trabalhos escritos das Egas Moniz *School of Health and Science*.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Se no passado, a profissão de enfermagem esteve fortemente associada a uma abordagem tecnicista dos cuidados, valorizando sobretudo a execução de procedimentos e tarefas, com escassa preocupação na fundamentação teórica, hoje cada vez mais os enfermeiros procuram sustentar a sua prática clínica em evidência científica.

A evolução da profissão de enfermagem, tem resultado do desenvolvimento constante do conhecimento científico e de acordo com Benner (2001), a enfermagem encontra-se definida como uma ciência humana do cuidar, em que a prática é direcionada para pessoas, com toda a complexidade que lhe é própria.

A Enfermagem avançada, por sua vez, é definida como “uma maior competência para o desempenho centrado na lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de Enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas;(...)” (Silva, 2007 p.18).

Atualmente o foco dos enfermeiros, particularmente dos Enfermeiros Especialistas é prestar os melhores cuidados de enfermagem à pessoa e família que deles necessita, assente numa prática reflexiva e baseada na evidência científica mais recente, de forma a atingirem os melhores ganhos em saúde possíveis.

Este capítulo, como anteriormente referido, encontra-se dividido em três subcapítulos que irão abordar o acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica (PSC), a importância da família nos contextos da PSC, as intervenções de enfermagem especializada no acolhimento à família da PSC e a sua influência na prestação de cuidados de enfermagem de excelência e, por fim, faremos uma breve abordagem à Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis, que suportou todo este percurso formativo.

1.1 – O ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho, p. 19362).

Os cuidados à Pessoa em Situação Crítica são definidos pela OE como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas...” (Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho, p. 19362).

Cuidar é assim “(...) uma exigência de humanidade, pois significa debruçar-se sobre a vida e dar atenção à vida. Através do cuidado, o ser humano coexiste e não apenas existe na sua relação com o mundo” (Sá, 2023, p.4).

Para a autora supracitada, cuidar em enfermagem exige competências específicas associadas a uma profissão, assim como uma conduta ética baseada no “outro” tendo em vista a sua singularidade, baseada no respeito e acompanhamento de forma a proteger e manter a sua qualidade de vida.

Em contextos de elevada complexidade clínica, muito associados à PSC, é essencial uma intervenção especializada. O Enfermeiro Especialista, com a sua formação avançada tem um papel crucial para uma resposta rápida, eficaz e humana às necessidades da pessoa/família. De acordo com o Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o Enfermeiro Especialista (EE) mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”. (Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC, estão inerentes a contextos de cuidados que integram os mais sofisticados equipamentos e intervenções de carácter médico e de enfermagem, onde a variabilidade da resposta humana aos problemas de saúde pode alterar-se em segundos e a constante imprevisibilidade inerente tem um impacto sobre a equipa de enfermagem. Os cuidados de enfermagem aqui prestados à PSC, estão muito associados à técnica e agilidade dos procedimentos com ações complexas, visto ser um ambiente em que a possibilidade do fim de vida é uma constante, levando à ansiedade por parte pessoa, da família e dos próprios enfermeiros que cuidam nestes contextos. (Sá et al., 2015).

Diversos estudos têm demonstrado que os cuidados de enfermagem à PSC num ambiente altamente complexo, são vulgarmente dirigidos unicamente para a pessoa, acabando por descurar o cuidado à família (Ramos et al., 2018).

Os enfermeiros que prestam cuidados em contextos de urgência e de cuidados intensivos, devido à complexidade que se encontra inerente a estes, acabam por orientar a sua formação maioritariamente para a aquisição de competências específicas na área da urgência, emergência, trauma e /ou outras situações em que urge uma resposta rápida, eficaz e tecnicamente precisa, pois reconhecem que o seu desempenho pode significar a diferença entre a vida e a morte.

Esta exigência na prática diária do cuidado associada à necessidade permanente de respostas rápidas e eficazes, pode subvalorizar a dimensão relacional do cuidado, essencial para uma abordagem verdadeiramente holística do cuidar. Esta lacuna torna-se patente,

sobretudo com a família da PSC, que frequentemente se encontra envolvida, emocional e psicologicamente, no processo de doença.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), a família é definida como “um grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p.143).

A existência de uma situação associada ao aumento do risco de vida, é experienciada tanto pela PSC como pela família, de uma forma única. Se por um lado a pessoa muitas vezes inconsciente, só na fase de recuperação é que percebe a gravidade da situação pela qual passou, por outro lado, a família vive toda a situação de forma muito intensa e com muitas emoções relacionadas com as alterações ao estado clínico do seu familiar. (Sá et al., 2015).

Nesta perspetiva, a família funciona como suporte importante para os seus membros e é a principal fonte de apoio para a PSC. Numa situação de doença crítica, surge a necessidade de se organizar, adaptar a esta nova situação e encontrar respostas para os diversos problemas que vão surgindo decorrentes do processo vivenciado.

Numa visão verdadeiramente holística dos cuidados, a família não deve ser considerada apenas como um elemento secundário circundante à pessoa que se encontra hospitalizada, mas sim como um objeto de cuidados de enfermagem em si mesma (Sá et al., 2015).

Desta forma, “a família constitui uma extensão da própria pessoa, revelando-se como um alvo de prestação de cuidados por parte da equipa de enfermagem (...)” (Ramos et al., 2018, p.5).

O enfermeiro possui, um papel importante desde o primeiro momento que acolhe e integra os familiares no plano de cuidados sendo a partir desse momento que se inicia a construção de uma relação terapêutica com estas famílias (Oliveira, 2020).

Acolher significa “receber, rececionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos, e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo.” (Maestri et al., 2012, p. 74).

Através desta definição percebemos que a forma como acolhemos a família da PSC possui um grande significado e pode representar uma estratégia na promoção de cuidados de enfermagem mais humanos, eficazes e ajustados aos desafios que a doença representa.

Mendes (2015), refere que o acolhimento à família tem particular importância e inicia-se no primeiro momento de contacto, estabelecendo um vínculo de confiança na relação entre o enfermeiro e a família. Este primeiro contacto permite interpretar o modo como a família da PSC chega ao serviço, reconhecer a sua vulnerabilidade, e definir cuidados de

enfermagem humanizados e personalizados, tendo em conta a PSC e a família em que se encontra inserida.

Também Oliveira (2012), afirma que a primeira visita, onde acontece o primeiro acolhimento da família, é de uma grande importância. A família encontra-se confusa com a situação e com maior necessidade de apoio e compreensão, podendo surgir os piores comportamentos derivados do seu estado de ansiedade, devido a todo o contexto inesperado.

Na maioria das situações, nos contextos de PSC, o primeiro contacto com a família, ocorre num momento de instabilidade da pessoa e de grande vulnerabilidade, devido à situação de doença desta. Perante esta realidade, é natural os enfermeiros priorizarem os cuidados imediatos à pessoa. No entanto, esta situação pode impedir uma atenção mais próxima à família, que também se sente vulnerável, levando-a por vezes, a desenvolver uma perceção menos positiva da equipa de enfermagem.

O enfermeiro possui um papel importante desde o primeiro momento que acolhe os familiares e é no primeiro contacto que se formam opiniões sobre os profissionais, sendo uma oportunidade importante para que as primeiras impressões não sejam negativas (Oliveira, 2020).

No entanto, o acolhimento não termina no primeiro contacto, constituindo um processo continuo ao longo de todo o internamento. Deve manter-se constante e centrado no cuidado à família, que deve ser entendida como parte integrante do processo de cuidados, em articulação com o cuidado à pessoa em situação crítica (Silva, 2019).

De acordo com Meleis et al. (2000), a intervenção do enfermeiro tem como foco ser um agente facilitador durante o processo de transição, cujo objetivo é a realização de transições saudáveis, destacando-se a importância da atenção às reações da PSC e família, desencadeadas pelo processo de transição saúde-doença.

O acolhimento da família da PSC começa no primeiro contacto com esta e prolonga-se ao longo de todo o processo. Uma doença súbita e o consequente recurso a um serviço de urgência, desencadeia um conjunto de transições inerentes à pessoa e à sua família, resultantes do grande impacto associado a este acontecimento. A instabilidade e insegurança, a sensação de risco iminente, a súbita incerteza no futuro, que estes acontecimentos provocam, induzem a sentimentos de ansiedade e medo que podem retardar ou inibir o decorrer da transição.

Torna-se por isso essencial, o acolhimento da família da PSC, valorizando-a como parte integrante dos cuidados, traduzindo-se em intervenções de enfermagem que podem fazer a diferença na forma como toda a transição saúde-doença se vai desenvolver. A criação de um ambiente de confiança e respeito, procurando uma comunicação eficaz, fornecendo suporte emocional e envolvendo a família nas decisões, proporcionam um cuidado holístico

e eficaz, estabelecendo um vínculo entre os profissionais e a família, minimizando o impacto emocional da hospitalização e incidindo como um fator facilitador para que a transição ocorra de forma saudável.

Assim, o enfermeiro possui um papel relevante durante todo o processo de transição da pessoa e da família, baseado na escuta dos intervenientes num espaço adequado que assegure a sua privacidade e no esclarecimento de dúvidas, apoiado em conhecimento científico, assim como em competências relacionais, com vista à garantia de um cuidado humanizado à PSC, mas também à sua família.

Para além do impacto positivo que representa a inclusão da família nos cuidados prestados à PSC, é também um dever ético e deontológico dos enfermeiros, que no seu exercício clínico diário, devem assumir como fundamental, considerando as suas necessidades, integrando-as no processo de cuidar, identificando precocemente diagnósticos e definindo intervenções que visem mitigar as preocupações da PSC e da sua família.

1.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cada vez mais os contextos de cuidados à PSC, procuram encarar a família como alvo dos cuidados de enfermagem, procurando a satisfação das necessidades da pessoa e também da sua família. Em alguns destes contextos já existe um enfermeiro responsável pelo acolhimento e informações à família.

Devido às características inerentes aos contextos de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, bem como à situação clínica das pessoas que a eles recorrem, muitas vezes instáveis, torna-se pertinente os enfermeiros estarem despertos para a necessidade de acolher a família, não apenas no serviço, como também na própria unidade onde se encontra o seu ente-querido (Sá & Henriques, 2021; Mendes, 2019).

O acolhimento inicial, quando feito de forma contínua ganha ainda maior relevância tendo em conta a importância que os enfermeiros assumem nestes contextos. Além da prestação direta de cuidados, atuam como intermediários entre a equipa multidisciplinar e a família da PSC, sendo elementos facilitadores na comunicação com a família. (Frade et al. 2021).

De realçar, que a comunicação, nestes cenários é de extrema importância, pois é um dos principais instrumentos de trabalho dos enfermeiros.

De facto, Jorge e Madureira (2020), identificam que as necessidades mais significativas da família da PSC, baseiam-se na comunicação com a equipa de profissionais de saúde e, consequentemente, da informação que recebem referente ao seu familiar.

Neste sentido, o envolvimento da família juntamente com uma comunicação clara e empática transmite segurança nos cuidados prestados. Reforçando esta ideia, Fernandes e Dixe (2024), referem que a comunicação sendo um pilar dos cuidados de enfermagem, torna-se imprescindível no acolhimento à família, afetando diretamente a segurança, a qualidade do cuidado e a experiência do e da família.

Na procura de evidência científica mais recente, elaborámos uma revisão *scoping* para conhecer o “estado da arte” da temática em estudo e dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais são as intervenções de enfermagem especializada no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica?”. Este trabalho resultou num artigo científico que se encontra em fase de apreciação na revista *Creative Nursing*.

A pesquisa inicial realizada no motor de busca EBSCOhost e na plataforma eletrónica Pubmed, permitiu encontrar 827 artigos, em que apenas 12 deram resposta aos critérios de inclusão definidos.

Da análise dos dados, identificámos quatro categorias de forma a darem resposta à nossa questão de investigação, nomeadamente: informação, suporte, ambiente da unidade e envolvimento da família.

No que concerne à informação, é salientada por vários autores como uma intervenção fundamental, no sentido de informar a família sobre os cuidados à pessoa, a evolução do seu estado de saúde, a doença em si e o ambiente e tecnologia da UCI. O enfermeiro deve ter o cuidado de fornecer a informação de forma regular, traduzindo-se na construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a família, reduzindo a ansiedade e angústia desta, perante todo o processo (Beer & Brvsiewicz, 2019; Naef et al. 2021).

Fornecer aconselhamento sobre a doença crítica do seu familiar e estar disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas, ajuda no processo de transição destas famílias, bem como na gestão de expectativas e esperança (Naef et al., 2021; Naef et al., 2022; Sá & Henriques, 2021).

Muitas vezes a família quando recebe informações clínicas da equipa médica, sente dificuldades em perceber o que lhe está a ser transmitido e é frequentemente o enfermeiro que a clarifica e usa termos acessíveis para que a informação prestada à família fique mais clara, diminuindo as dúvidas e a confusão que os termos médicos podem acarretar, num momento marcante, como o percurso da doença crítica.

A presença do enfermeiro nas reuniões multidisciplinares, leva a existência de conversas terapêuticas com as famílias, trazendo-lhes a capacidade de adaptação à nova realidade, de compreender o prognóstico do estado de saúde do seu ente-querido, facultando espaço a que estas possam expor as suas emoções, sentimentos, dúvidas e receios, respeitando-as, sem julgamentos (Naef et al., 2022; Kalocsai et al., 2018; Suárez & Blandon, 2021).

Também no período da visita, a presença dos enfermeiros representa uma importante oportunidade de comunicação com as famílias. Esse momento não se limita apenas à partilha de informações sobre o estado clínico do seu familiar, mas, também, pode ser utilizado como momento para realizar sessões de educação para a saúde, autogestão ou autocuidado aos familiares, de forma a auxiliar a sua vivência durante este período desafiador e tornando-os também eles parte central de cuidados (Hoffmann et al., 2022).

É de extrema importância que o enfermeiro tenha capacidade de reconhecer o mais precocemente possível a vulnerabilidade, ansiedade e *stress*, através da linguagem verbal e não verbal por parte da família perante a situação de doença crítica, de forma a poder atuar e diminuir ao máximo as consequências para a família (Naef, et al. 2021; Mendes, 2018; Parada et al., 2021).

Para Lebel e Charette (2021), o enfermeiro deve adaptar a informação que vai fornecendo ao nível de compreensão e de stress em que a família se encontra em cada momento, e ir avaliando qual o nível de conhecimento em que a família se encontra sobre a situação do seu ente-querido.

Neste contexto, torna-se claro que a comunicação desempenha um papel fulcral nos cuidados de enfermagem. Uma das competências mais importantes na profissão de enfermagem é a comunicação eficaz com os outros. Para tal, é necessário que os profissionais desenvolvam estratégias de comunicação que garantam, que esta, seja clara, direta e honesta. A utilização contínua destas ferramentas facilita o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a família e o enfermeiro, fortalecendo assim o vínculo entre estes. Quando o enfermeiro se mostra atento à necessidade de a comunicação ser executada de forma bidirecional, procurando escutar e incentivar a participação das famílias, cria assim um ambiente seguro para a família se sentir à vontade para expressar as suas dúvidas, sem se sentir constrangida, assegurando o esclarecimento destas. (Naef et al., 2021; Mendes, 2018; Parada et al., 2021; Kalocsai et al., 2018; Suárez & Blandon, 2021).

Mendes, (2019), Sá e Henriques, (2021), Kalocsai et al., (2018), Suárez e Blandon, (2021), defendem que o enfermeiro deve dar atenção à comunicação verbal, mas também à não verbal, da família que vive um momento de stress emocional. Não se deve esquecer também da sua própria comunicação não verbal, pois a família nestas situações procura ser recebida com um olhar acolhedor, privilegiar o toque humano e uma escuta ativa, não esquecendo de manter o contacto visual, com um diálogo baseado na confiança, mostrando sempre disponibilidade para que este acolhimento se perpetue ao longo de todo o percurso.

Para as famílias torna-se importante ter disponível material informativo com conteúdo relacionado com o serviço, rotinas e alguns procedimentos padrão do serviço, em forma de folhetos para a família poder trazer consigo, cartazes na sala de espera ou até mesmo

on-line onde a família consiga consultar quando se encontra no seu domicílio, assim como sessões educativas para a família sobre as várias fases da evolução do processo hospitalar (Hoffmann et al., 2022; Parada et al., 2021).

Hoffmann et al., (2022), Parada et al., (2021) e Suárez e Blandon, (2021), recomendam a realização de chamadas telefónicas para informar e esclarecer a família, quando existe alteração do estado de saúde da pessoa ou quando não é possível a família visitar a pessoa.

Hoffmann et al., (2022), referem ainda que cabe ao enfermeiro estar atento à necessidade de a família precisar de aconselhamento ético nas situações em que seja necessário a tomada de decisão por parte das famílias.

Outro fator a ter em conta nestes contextos, é o não domínio da língua. O enfermeiro deve estar desperto para famílias que não dominam a língua portuguesa e para a necessidade de disponibilizar tradutores para que a comunicação com as famílias seja o mais clara possível (Hoffmann et al., 2022).

No que diz respeito ao suporte, em primeira instância o enfermeiro deve avaliar a estrutura familiar da Pessoa em Situação Crítica e, por consequência, o apoio que esta mesma família poderá necessitar (Naef et al., 2022).

A demonstração de valores humanos como a empatia e o toque humano, proporcionam à família uma sensação de apoio por parte do enfermeiro e ajudam a estabelecer uma relação entre as duas partes (Beer & Brysiewicz, 2019; Naef et al., 2021; Sá & Henriques, 2021; Mendes, 2018; Parada et al., 2021).

O respeito, a compreensão e aceitação de atitudes, valores e crenças das famílias, deve ser um aspeto inerente aos profissionais de enfermagem (Beer & Brysiewicz, 2019; Suárez & Blandon, 2021).

O acompanhamento do enfermeiro durante a visita permite estabelecer uma ligação de confiança com a própria família, estar disponível para o esclarecimento de qualquer eventual dúvida ou simplesmente presente como forma de apoio (Hoffmann et al., 2022). Ao estar presente, o enfermeiro deve ainda proporcionar a manutenção do vínculo entre a família e a pessoa (Mendes, 2018).

O enfermeiro deve ainda, oferecer à família apoio emocional (estabelecido através de gestos concretos como fornecer água, um abraço, um sorriso), espiritual e psicológico à família (Hoffmann et al. 2022; Sá & Henriques, 2021; Kalocsai et al., 2018; Lebel & Charette, 2021; Suárez & Blandon, 2021) ou ainda apoio social, pois devido à gravidade da situação clínica do seu ente querido, podem existir alterações profundas nas dinâmicas familiares, o enfermeiro pode ser o elo de ligação entre estas famílias e os serviços sociais (Lebel & Charette, 2021).

Se for do interesse da família, o enfermeiro deve procurar facultar contactos de grupos de apoio de pares, nomeadamente famílias que estejam a passar pela mesma situação, uma vez que a partilha de experiências diminui a ansiedade e potencia a existência de espírito de entreajuda (Hoffmann et al. 2022; Sá & Henriques, 2021; Parada et al., 2021).

O suporte prestado pelos enfermeiros às famílias da PSC é essencial para diminuir o impacto emocional que todo o evento de doença causa nas dinâmicas familiares. Para além do enfermeiro procurar ajudar as famílias a nível emocional, pode também fazê-lo ao nível prático, promovendo o acesso a recursos adequados a cada questão que possa surgir.

No que diz respeito ao ambiente da unidade, este engloba tanto o espaço físico como a própria relação com a equipa de enfermagem. Existe uma questão pertinente relacionada com a existência de um local para a família permanecer junto do seu ente-querido, pois o espaço físico reduzido, sobrecarregado com tecnologias invasivas e equipamento de monitorização, necessários para os cuidados à PSC, pode traduzir-se numa dificuldade para a família estar junto do seu ente querido, sendo uma barreira à humanização dos cuidados. (Lebel & Charette, 2021).

A existência de um espaço reservado dentro dos serviços, que permita reunir com a equipa multidisciplinar de saúde, onde as famílias possam refletir, comunicar entre si, partilhando recursos e as suas experiências, pode proporcionar uma compreensão mútua de uma situação comum vivenciada. Estes espaços para além de servirem para o encontro físico, é um espaço onde as famílias podem esclarecer as suas dúvidas e fortalecer o vínculo com os profissionais (Naef et al., 2021).

Outros autores fazem referência, à existência de um espaço adequado onde as famílias esperam, para poderem fazer a visita ou mesmo obter informações sobre as pessoas internadas. Este espaço deverá ter características específicas, nomeadamente ser confortável, acolhedor e com acesso a máquinas de venda automática com alimentos e bebidas, visto que, é frequente as famílias permanecem neste espaço durante algum tempo (Naef et al., 2021; Beer & Brysiewicz, 2019).

Outro aspeto relevante para estas famílias é a rotatividade dos enfermeiros. Devido à considerável dimensão das equipas de enfermagem, existe uma grande rotatividade de enfermeiros, cada um com características inerentes à sua própria personalidade, o que faz com que seja mais difícil o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais (Kalocsai et al., 2018).

Pelo facto de a equipa de enfermagem ter uma dimensão considerável, o acolhimento deve ser realizado preferencialmente com elementos de referência para a família, evitando a grande rotatividade de enfermeiros na família, promovendo o estabelecimento de um vínculo entre a família e o enfermeiro de referência. (Mendes, 2018).

A existência de espaços privados, seguros e acolhedores facilitam a comunicação com a família, contribuindo desta forma para que esta se sinta também alvo de cuidados. Para além disso, o próprio ambiente humano, estabelecido pela equipa de enfermagem, através da atribuição de elementos de referência para cada família, tornam os ambientes mais acolhedores mesmo quando as condições estruturais são limitadas.

Sobre o envolvimento da família, é consensual que a família e as pessoas significativas são os pilares da PSC e a sua presença é crucial para todos.

Reduzir ao máximo a sensação de que a pessoa se sente fora do seu núcleo, é uma parte importante do trabalho do enfermeiro. Neste sentido, deve preconizar-se a existência de objetos pessoais na unidade da pessoa, como fotografias ou outros objetos com valor sentimental, trazidos pela família (Parada et al., 2021; Suárez & Blandon, 2021).

Permitir que o horário de visitas seja flexível ou de “porta aberta” facilita a presença da família, uma vez que a maioria das pessoas tem de cumprir horário laboral, e não lhe é permitido estar presente nos horários estipulados pelos serviços (Naef et al., 2021; Hoffmann et al., 2022; Parada et al., 2021; Lebel & Charette, 2021).

Criar um espaço de visitas onde seja possível a entrada a menores de 18 anos, com o devido apoio profissional e adaptado ao seu desenvolvimento, é outro aspeto facilitador tanto para a PSC como para as crianças (Hoffmann et al., 2022).

Envolver a família nos cuidados à PSC, através de atividades simples como a aplicação de creme, fornecimento de água, ou outras necessidades básicas traduz sentimentos de satisfação para ambos os intervenientes (Naef et al., 2021; Hoffmann et al., 2022; Mendes, 2018; Kolocsa et al., 2018; Lebel & Charette, 2021; Suárez & Blandon, 2021).

Ainda nesta dimensão, a presença da família durante a prestação de cuidados, permite observar que o seu ente querido está bem cuidado e que estão a ser cumpridas boas práticas na prestação de cuidados. Isto trará um sentimento de confiança à família, baseado na constatação de que a pessoa está a ser tratada respeitosamente (Kolocsa et al., 2018; Suárez & Blandon, 2021). Permitir que a família, se assim o desejar, esteja presente nos últimos momentos de vida do seu ente querido, é outra premissa que deve ser cumprida, sem exceção, no sentido de garantir o seu envolvimento em todo o processo de doença (Suárez & Blandon, 2021).

Promover o envolvimento da família, através do anteriormente descrito, assim como considerar as suas decisões no plano terapêutico e cuidados de enfermagem à PSC, pode contribuir para a redução do sentimento de culpa, eventualmente associado a estas circunstâncias (Suárez & Blandon, 2021).

As intervenções abordadas neste enquadramento teórico, permitem concluir que a complexidade do ambiente, o não envolvimento da família nos cuidados, a fraca informação

que as famílias recebem dos profissionais de saúde e o fraco suporte que lhes é proporcionado, podem ter um impacto negativo nas famílias e, consequentemente, na PSC. O enfermeiro, como peça chave na humanização do cuidado, pode evidenciar o seu desempenho e inverter este impacto, se tiver como foco um acolhimento proativo e competente da PSC e da sua família.

Ressalta-se a importância do acolhimento à família como um momento privilegiado na identificação precoce das suas necessidades, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica, o planeamento de intervenções personalizadas e dirigidas à minimização desse impacto.

O acolhimento não deve ser entendido pelo enfermeiro apenas como o primeiro contato com a família, mas antes, como uma forma de receber as famílias, que diariamente, se confrontam com uma experiência com grande impacto emocional e com alterações no seu quotidiano de vida. Exige-se que o enfermeiro os receba de forma empática, seja um elemento de confiança a quem podem recorrer para exprimir as suas emoções ou para obterem informações sobre o seu ente-querido.

Cada uma das intervenções de enfermagem descritas anteriormente e relacionadas com o acolhimento à família da PSC, são intervenções autónomas dos enfermeiros, definidas pelo regulamento 613/2022, de 8 de julho, como “intervenções realizadas pelos enfermeiros pela sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção”. Concluímos, assim, que os enfermeiros possuem total autonomia para realizá-las, tornando-se elementos facilitadores e diferenciados no acolhimento das famílias da PSC.

1.3 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Sendo a enfermagem uma ciência humana, com foco numa prática de apoio à saúde e bem-estar da população, promove o desenvolvimento de teorias que explicam, relatam e antecipam respostas à saúde e à doença (Im & Meleis, 2021).

Na construção do presente relatório e no contexto de estágio, tivemos como base do nosso desempenho a teoria das transições de Afaf Meleis. É uma teoria de médio alcance que se foca nas mudanças significativas na vida das pessoas e de como estas se adaptam às mesmas, pelo que a consideramos pertinente no contexto dos cuidados à PSC.

“Quando as teorias são descritas em termos do seu nível de abstração, são geralmente categorizadas em grandes teorias e teorias de médio alcance. As grandes teorias são definidas como construções sistemáticas da natureza da enfermagem, da missão da enfermagem e dos objetivos dos cuidados de enfermagem, enquanto a teoria de médio alcance são definidas como teorias que têm um âmbito mais limitado e menos abstração,

abordam fenómenos ou conceitos específicos e refletem a prática” (Im & Meleis, 2021, p. 13). Na prática diária, procura-se cada vez mais evidência científica que sustente e oriente os cuidados de enfermagem, sendo importante teorias que abordem fenómenos e conceitos específicos, relacionados com as diversas áreas e focadas em possíveis problemáticas específicas do cuidar em enfermagem.

Im e Meleis, (2021) refere que, o estudo das teorias evoluiu e formou outras disciplinas, fornecendo o contexto intelectual para o pensamento crítico e o impulso na enfermagem, para definir conceitos coerentes sobre de e para a enfermagem.

A teoria de enfermagem de Afaf Meleis, tem por base a transição, observando como o ser humano gere situações de mudança do estado de vida, isto é, como gere as transições. A transição é definida como a passagem entre estados estáveis, ou seja, alteração de um estado ou de uma condição para outro que necessite de uma reorganização e adaptação da pessoa e daqueles que o rodeiam à nova realidade (Meleis, 2010).

A Pessoa em Situação Crítica e a sua família encontram-se vulneráveis pela situação que estão a vivenciar, face à alteração do seu presente e à incerteza do seu futuro. Meleis et al., (2000) referem que os processos são designados de transição, devido a todo o impacto e mudança que têm a nível pessoal, familiar e social.

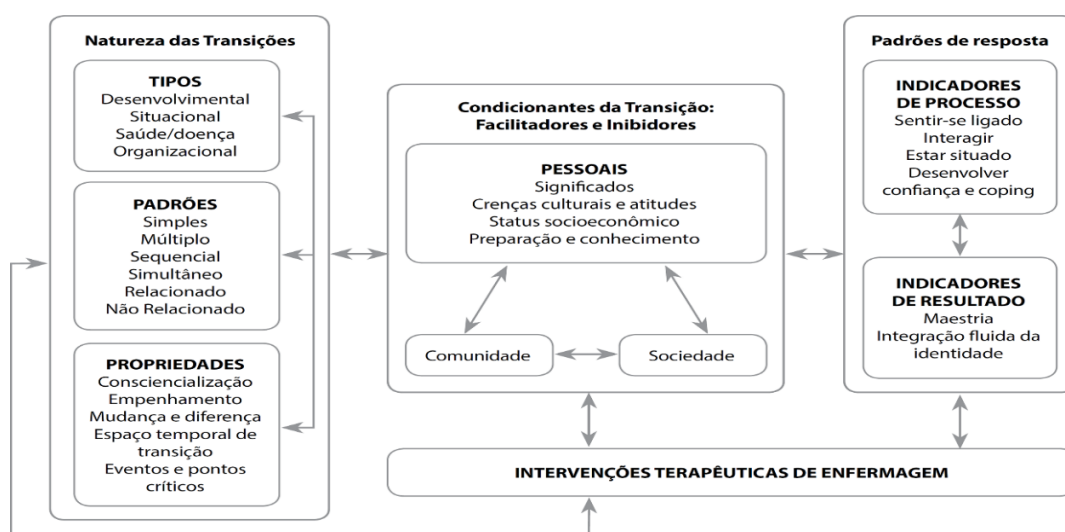


Figura 1 – Diagrama representativo da teoria das transições, (Silva et al. 2019)

Analisando o diagrama apresentado na figura 1, existem quatro tipo de transições: desenvolvimento, situacional, organizacional e saúde-doença, que podem acontecer de forma individual ou em conjunto, durante todo o tempo ou num período limitado, quer a nível familiar como individual. Meleis (2010), explica os vários tipos de transições: as de **desenvolvimento**, relacionadas com o desenvolvimento individual ou familiar (como a passagem da infância para a adolescência, o tornar-se mãe/pai, ou o envelhecimento); as **situacionais**, associadas à mudança de papéis e funções, (como um familiar ter que

assumir o papel de cuidador), as **organizacionais**, relacionadas às mudanças no ambiente, a nível político, económico ou social e, por fim, as transições de **saúde-doença**. Segundo a mesma autora, na transição saúde-doença ocorre uma mudança no estado de saúde do indivíduo, havendo necessidade de adaptações físicas, emocionais e sociais. No âmbito dos cuidados à PSC, há uma mudança repentina de um estado de saúde para um estado de doença aguda, não havendo tempo para a mesma e a sua família assimilarem as mudanças que estão a sofrer.

São consideradas também as condições pessoais, como as crenças, o estatuto sócio económico e o significado que cada pessoa atribui aos acontecimentos, assim como, a comunidade onde se encontram inseridos, como fatores facilitadores ou inibidores de todo o processo de transição.

Os enfermeiros devem ser capazes de identificar os fatores que podem dificultar ou interromper a progressão da transição, inibidores do processo, assim como os inibidores de resultado, fatores que impedem que o resultado da transição seja positivo (Meleis et al., 2000). Os inibidores de processo vão surgindo durante a transição, trazendo dificuldades à adaptação da pessoa e da família à nova situação. Estes podem dever-se à informação escassa, falta de suporte ou até à comunicação ineficaz por parte dos profissionais, aumentando a insegurança e o sofrimento da família e PSC. Os inibidores de resultados, podem estar presentes mesmo quando o percurso da transição aconteceu sem intercorrências, mas existem alguns fatores que levam a uma transição incompleta, como a pessoa não se sentir preparada para o novo papel, não evoluir na aquisição de autonomia no seu novo estado de saúde, isolar-se e continuar a sentir-se ansiosa e em sofrimento.

Silva et al. (2019), referem que na transição saúde-doença, a pessoa nunca deve ser observada como um sujeito isolado, mas sim, observar-se como um sistema, de forma a analisar todas as condições e intervenientes que possam influenciar e causar mudanças no estado de saúde da PSC, sendo a família um dos intervenientes mais comum e próximo nestas transições.

O processo de doença de uma pessoa, em especial numa situação crítica, acarreta um conjunto de transições para a pessoa e para a sua família, pois se a pessoa vivencia uma transição saúde-doença, a sua família encontra-se conjuntamente a vivenciar uma transição situacional. O acolhimento que a equipa de enfermagem constrói diariamente com a família da PSC irá torna-se um elemento facilitador nestes processos de transição.

Meleis (2010), refere que quando a intervenção de enfermagem tem como finalidade facilitar a transição, posteriormente, verifica-se uma diminuição do risco de complicações e mesmo de readmissão das pessoas.

Por tudo o anteriormente descrito, a Teoria de Afaf Meleis oferece uma base teórica essencial para perceber as vivências da PSC e da sua família. Estes contextos são marcados

por instabilidade e imprevisibilidade, com uma elevada vulnerabilidade por parte das pessoas envolvidas e das suas famílias, sendo por este motivo essencial reconhecer os fatores que podem influenciar as transições. Este reconhecimento permite ao enfermeiro adaptar as suas intervenções, a cada indivíduo, promovendo para além da sua estabilidade clínica, o seu bem-estar emocional e social, assim como, também da sua família. Esta teoria é bastante pertinente em contextos de Pessoa em Situação Crítica, pois direciona a prática para as necessidades humanas durante uma fase bastante exigente do ciclo vital de cada indivíduo.

2 – CONTEXTO CLÍNICO

Com este capítulo pretendemos caracterizar os contextos clínicos de estágio, realizados entre 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, com a carga horária de 360 horas presenciais, em três locais distintos, nomeadamente: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Unidade de Cardiologia de Intervenção/angiografia e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Em relação a UC estágio do 1º ano do 2º semestre, obtivemos creditação na unidade curricular após a realização de um portfólio de aquisição de competências, ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei nº. 74/2006, de 24 de março. Neste portefólio estão relatadas as experiências vivenciadas e o percurso realizado, certificando as competências adquiridas ao longo dos doze anos do nosso exercício profissional no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital na Península de Setúbal.

“O serviço de urgência deste hospital é classificado como um Serviço de Urgência Polivalente” (despacho nº. 13427/2015, de 20 de novembro, p. 33815), que é “o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência ... em articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referência, e com as seguintes valências: Gastroenterologia, Cardiologia de intervenção, cirurgia cardio-torácica, Cirurgia plástica e reconstrutiva, Cirurgia vascular, Neurocirurgia, Imagiologia com angiografia e RMN, Patologia clínica com toxicologia” (Despacho nº 727/2007, 15 de janeiro, p.1123).

Este SUG tem a responsabilidade de assistência direta na urgência/emergência aos habitantes dos seus concelhos de referência, cerca de 350 mil habitantes, e responsabilidade de assistência complementar da população proveniente de outros hospitais desta Península, em especial doentes neurocirúrgicos e vítimas de trauma complicado, chegando a cerca de 790 mil habitantes (Plano de atividades e orçamento Hospital Garcia de Orta, 2023).

O SUG é um local complexo e imprevisível, onde ao longo do tempo fomos desenvolvendo a capacidade de adaptação e de resposta rápida e adequada, que se tornam imprescindíveis em situações de urgência/emergência. Associado ao ritmo dinâmico, à diversidade de casos e à necessidade frequente da decisão célere, aprimorámos a capacidade de gerir o tempo, de definir prioridades e de trabalhar em equipa.

O SUG encontra-se separado em duas áreas distintas:

A área de ambulatório, onde se encontram gabinetes de atendimento de diversas especialidades médicas ou cirúrgicas, gabinetes de enfermagem, a sala de pequena cirurgia, a sala de emergência (SE), triagem e o gabinete de informação e acompanhamento (GIA), sendo este gabinete mais direcionado para os cuidados à família dos utentes que a este serviço recorrem. Possui ainda uma área de atendimento para prioridades verdes e azuis, o Serviço de Urgência para Verdes e Azuis (SUVA) para onde são encaminhados todos os utentes aos quais tenha sido atribuído a prioridade pouco urgente ou não urgente na triagem de Manchester, que sejam da especialidade de medicina no período das 9h00 às 23h00.

A área de internamento (Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico- UIMC) inclui 24 camas, das quais 17 são dotadas de equipamentos de monitorização eletrocardiográfica e de parâmetros vitais. Aqui são internadas pessoas com necessidade de monitorização, que ainda não possuem estabilidade hemodinâmica suficiente para serem transferidos para uma enfermaria ou por inexistência de vaga na mesma.

Para além disto, ainda faz parte do SUG o serviço de emergência pré-hospitalar (na atuação da VMER), com equipas autónomas de enfermagem e médica.

A equipa de enfermagem é constituída por 85 enfermeiros. A gestão do serviço é da responsabilidade do enfermeiro chefe e partilhada com 4 Enfermeiros Especialistas, que fazem parte da equipa de gestão do serviço. A equipa de enfermagem encontra-se dividida em 4 equipas, em cada uma há três elementos de chefia da equipa, com horário por turnos em regime rotativo, e ainda uma quinta equipa constituída por elementos com horário fixo.

Após a admissão na unidade administrativa, a definição de prioridades é realizada segundo a Triagem de Manchester. A escolha dos fluxogramas de decisão na triagem, é da responsabilidade do enfermeiro, de acordo com a queixa apresentada e assentam na inclusão de discriminadores que hierarquizam a prioridade da pessoa, consoante os seus sinais e sintomas. (Grupo Português de Triagem, 2007). Existem cinco níveis de prioridade, desde a emergente, identificada pela cor vermelha, até à prioridade não urgente, identificada pela cor azul.

No SU, o método de trabalho maioritariamente encontrado é o método de trabalho em equipa. Neste método, os enfermeiros são divididos em grupos, e são coordenados pelos chefes de equipa, que garantem que as qualificações de cada profissional são aproveitadas, bem como rentabilizadas as capacidades do grupo, no sentido de proporcionar a melhor prestação de cuidados às pessoas que a ele recorrem. (Silva et al. 2021 citando Parreira et al., 2021 e Goh et al. 2020)

Brazão et al. (2016) referem que o SUG é muitas vezes o primeiro contacto com o meio hospitalar, sendo este referido como a linha da frente. Os enfermeiros do serviço de

urgência, estão presentes no início do processo da transição de saúde-doença da PSC e da transição situacional da sua família, tendo um papel fundamental em todo o processo.

A prestação de cuidados no SUG, exige dos enfermeiros uma resposta rápida e pronta, face às necessidades da PSC e da sua família. Esta exigência, aumenta a preocupação dos enfermeiros com a aquisição e mobilização de conhecimentos constantes, para uma prestação de cuidados de excelência, num ambiente desafiador e com múltiplas variáveis.

2.1.1 – Unidade de Cuidados Intensivos

O ambiente da unidade de cuidados intensivos (UCI) é complexo e ao mesmo tempo crucial dentro de um hospital, onde se prestam cuidados à pessoa a vivenciar processos de doença complicados, sendo necessário a prestação de cuidados direcionados e especializados a cada pessoa (Braga et al. 2024).

Os cuidados prestados em unidades de medicina intensiva têm sofrido uma grande evolução nos últimos anos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.). O ritmo veloz do avanço dos conhecimentos na área dos cuidados à PSC, muito impulsionado pela procura dos profissionais em desenvolver a sua prática clínica baseada na melhor e mais recente evidência científica, tem permitido o desenvolvimento de intervenções de enfermagem complexas e específicas da situação crítica em que a pessoa se encontra, adequadas à fase de grande vulnerabilidade a que se assiste.

A UCI onde estagiamos, inclui duas unidades distintas, em diferentes pisos da unidade hospitalar. Uma unidade de nível III, situada no 1º piso, com 14 camas e outra unidade de nível II, situada no 3º piso, com capacidade de 20 camas. O estágio decorreu na unidade de nível III.

Segundo a OE, no Regulamento n.º 743/2019, publicado no Diário da República a 25 de setembro, os rácios enfermeiro/doente são calculados dependendo da tipologia da UCI, (nível II e nível III), e da necessidade clínica da PSC. Sendo que no nível III o rácio é de 1:1 e no nível II o rácio é de 1:2.

No mesmo regulamento ainda se encontra recomendado que a constituição da equipa de enfermagem da UCI, deve ter uma percentagem de 50% de Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, situação que não se verifica nesta UCI.

Esta unidade dá apoio às pessoas provenientes do atendimento permanente ou do internamento, que por agravamento da sua situação de saúde são transferidos para os cuidados intensivos, e também no pós-operatório de cirurgias que necessitam de maior vigilância no período pós-cirúrgico. Recebe também pessoas que necessitem de cuidados

intensivos que se encontram em outros hospitais do mesmo grupo, na área metropolitana de Lisboa.

A equipa multidisciplinar, nesta unidade é constituída por 50 enfermeiros, 14 são especialistas em reabilitação e 10 enfermeiros em Médico-Cirúrgica, onde se inclui o enfermeiro chefe e um enfermeiro de apoio à gestão. Os restantes enfermeiros são distribuídos por 5 equipas, cada uma com 8 elementos, incluindo dois chefes de equipa, Enfermeiros Especialistas ou peritos na área. O enfermeiro chefe de equipa é responsável pela distribuição dos doentes pelos enfermeiros, pela gestão de vagas do hospital e outras decisões de carácter geral, no turno da tarde e da noite, quando a equipa de gestão de altas se encontra fora do horário laboral.

A equipa médica é composta por 10 médicos especialistas em medicina intensiva e estão escalados 1 por cada turno de 12 horas, que se articulam com os médicos de todas as outras especialidades, caso seja necessário. A equipa de assistentes operacionais é composta por 21 elementos. Nas manhãs estão escalados 7 assistentes operacionais, nas tardes e nas noites 5 elementos. Também fazem parte da equipa multidisciplinar fisioterapeutas, terapeuta da fala, psicóloga, dietista, assistentes sociais e capelão.

O horário de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais é rotativo, existindo várias modalidades.

A disposição do serviço é em formato de "U". Nas pontas do serviço, existem áreas destinadas a questões administrativas e de logística, e as restantes áreas à atividade clínica.

Na área de internamento existem dois quartos de isolamentos, quatro camas são em *open space* em frente à área de trabalho de enfermagem, os restantes são quartos individuais com telemetria e imagem para um computador central na bancada de enfermagem.

O método de trabalho utilizado é o do enfermeiro de referência, que consiste numa prestação de cuidados à pessoa internada que lhe foi atribuída, tendo uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão em relação aos cuidados de enfermagem prestados diariamente (Silva et al. 2021 citando Parreira et al., 2021 e Goh et al. 2020). Nesta unidade este método era traduzido pela atribuição, pelo enfermeiro chefe de equipa, de um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um determinado doente, contudo muitas vezes os enfermeiros utilizavam o método de trabalho em equipa para as tomadas de decisão durante a prestação de cuidados.

Para este estágio definimos como objetivo geral desenvolver competências especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e à sua família, refletindo criticamente sobre os cuidados prestados, com especial enfoque no acolhimento à família da PSC.

Para alcançar o objetivo geral definimos como objetivos específicos:

- 1 – Conhecer a dinâmica, funcionamento e organização da UCI e os protocolos implementados, com especial destaque para o acolhimento das famílias.
- 2 – Cuidar da pessoa em situação crítica e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto de UCI, com particular interesse no acolhimento das famílias PSC.

2.1.2 – Unidade de Cardiologia de Intervenção/ Angiografia

A Cardiologia de Intervenção, faz parte da especialidade de Cardiologia dedicando-se ao estudo invasivo angiográfico da doença cardíaca e do seu tratamento endovascular (Fiarresga, 2024). A sua evolução nas últimas décadas, tem possibilitado um maior alcance e acessibilidade aos cuidados de saúde nesta área. O seu impacto encontra-se visível na mudança do percurso natural das patologias cardíacas.

A unidade de Cardiologia de Intervenção onde estagiámos, situa-se no 1º piso do edifício principal, existindo a sala laranja, onde se realizam os procedimentos de cardiologia, a sala verde, onde se realizam procedimentos de outras especialidades, e a sala azul, onde se realizam maioritariamente procedimentos de angiografia cerebral.

A equipa de enfermagem é formada por 14 enfermeiros, destes existem 4 Enfermeiros Especialistas em médico-cirúrgica na área da PSC, incluindo a enfermeira chefe que faz a gestão de recursos humanos e de consumíveis do serviço.

A equipa multidisciplinar das várias salas de procedimentos é constituídas por médicos, cardiologistas, no caso da Via Verde (VV) Coronária, ou neurorradiologista, no caso da VV AVC (Acidente Vascular Cerebral), enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos de cardiopneumologia e técnicos auxiliares de saúde.

O horário desta unidade é das 8:00 – 20:00. Para além deste horário, na unidade de cardiologia de intervenção, existe um enfermeiro de prevenção das 20:00 às 8:00, caso surja uma ativação da VV coronária e consoante determinados critérios médicos.

Quanto à VV AVC todas as sextas feiras das 14:00 – 20:00 existem 2 enfermeiros de prevenção para a realização de procedimento no caso de ativação da VV AVC. Mensalmente, durante um fim de semana, das 8:00 de sexta feira às 8:00 de segunda feira, esta unidade hospitalar é referência para a Urgência Metropolitana de Lisboa para a Via Verde AVC.

O método de trabalho utilizado nesta unidade, é o método do enfermeiro de referência. Diariamente são distribuídos os enfermeiros pelas várias salas da unidade, e ficam responsáveis pela prestação de cuidados às pessoas que a ela se dirigiam.

Para além da Cardiologia de Intervenção a equipa de enfermagem também presta cuidados na sala de Angiografia Cerebral, na radiologia de intervenção, dando o apoio a diversas especialidades, tais como, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Vascular, Nefrologia.

Neste contexto clínico, de acordo com o enfermeiro orientador, optámos pela sala de Cardiologia de Intervenção e pela sala de Angiografia Cerebral, por serem aquelas onde existe mais frequentemente abordagem à PSC, através da Via Verde Coronária e da Via Verde AVC.

Na sala de cardiologia de intervenção, é utilizado o procedimento de angiografia de ambatório, ou seja, procedimento com ausência de necessidade de internamento. O processo inicia-se com a pessoa a dirigir-se à unidade no horário marcado, em seguida, o enfermeiro que acompanha a pessoa durante o procedimento, realiza o acolhimento da mesma e do seu familiar de referência. Após a realização da angiografia, a pessoa permanece em vigilância no recobro durante 6 horas, onde são descartadas eventuais complicações resultantes do procedimento. Após este período sem intercorrências, a pessoa tem alta para o domicílio e, neste momento, são fornecidas, à pessoa e ao seu familiar, indicações de cuidados a ter e quais os sinais de alarme para regressar à unidade hospitalar. No dia seguinte à realização da intervenção, o enfermeiro que acompanhou o processo, contacta a pessoa no sentido de identificar a existência de eventuais queixas ou intercorrências relacionadas com o procedimento.

Para este estágio definimos como objetivo geral desenvolver competências especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e à sua família, refletindo criticamente sobre os cuidados prestados, com especial enfoque no acolhimento à família da PSC.

Para alcançar o objetivo geral definimos como objetivos específicos:

1 – Conhecer a dinâmica, funcionamento e organização da unidade de cardiologia de intervenção e da angiografia e os protocolos implementados, com ênfase na observação e participação na consulta de acolhimento à pessoa e família, propostas para angiografia cardíaca.

3 – Cuidar da pessoa em situação crítica e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, gerindo a prestação de cuidados em situações de emergência, com particular interesse no acolhimento da família da PSC.

2.1.3 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Os meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), operam sob a supervisão direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que são responsáveis pela coordenação e gestão dos meios de socorro, fazendo a seleção do meio a enviar de acordo com a situação clínica das vítimas, com a finalidade de prestar

o socorro mais adequado e no menor tempo possível (Relatório de atividade dos meios de emergência médica, 2022).

Conforme o Despacho nº. 5561/2014, de 23 de abril, as VMER encontram-se integradas nos Serviços de Urgência, são constituídas por equipas de médico e enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica e possuem equipamento adequado para as variadas situações. Estão projetadas para transportar rapidamente a equipa até ao local onde a pessoa se encontra e têm como principal objetivo prestar cuidados de saúde a doentes críticos, incidindo na sua estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o seu transporte, nas diversas situações de emergência, associadas a vítimas de trauma ou doença súbita.

O estágio foi realizado na VMER de um hospital da área metropolitana de Lisboa, cuja base se situa junto ao SUG do referido hospital.

A equipa é constituída por 15 enfermeiros, dos quais 10 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC e 25 médicos da área da medicina intensiva, anestesia e de medicina interna. Realizam turnos em regime rotativo, com horários manhã 8:00 às 16:00, tarde 16:00 às 22:30, noite 22:30 às 8:00.

No turno da manhã a equipa realiza a verificação diária do material existente na viatura e garante a operacionalização para uma eventual situação de emergência. Possuem um rádio e um computador por onde recebem as ativações da VMER realizadas pelo CODU, e no computador tem uma aplicação o iTEAMS (*INEM Tool for Emergency Alert Medical System*) onde conseguem receber durante o percurso para o local de ocorrência, toda a informação clínica da pessoa e o motivo de ativação. Na mesma aplicação conseguem registar a avaliação hemodinâmica da pessoa e toda esta informação registada no pré-hospitalar pelos profissionais, fica disponível no momento da admissão da pessoa no SUG para consulta pela equipa hospitalar.

Para este estágio definimos como objetivo geral desenvolver competências especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e à sua família em situações de emergência.

Para alcançar o objetivo geral definimos como objetivos específicos:

- 1 – Conhecer a dinâmica, o funcionamento e a organização da VMER.
- 2 – Observar e refletir sobre os cuidados prestados pela equipa de VMER em situações de emergência pré-hospitalar.
- 3 – Cuidar da pessoa em situação crítica e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no contexto pré-hospitalar, gerindo a prestação de cuidados em situação de emergência, com particular interesse na abordagem/acolhimento da família da PSC.

3 – ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo vamos realizar uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes a todo este percurso, nomeadamente no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC).

Cada vez mais a enfermagem é uma profissão com enorme exigência técnica e científica na prestação dos cuidados de saúde, pelo que é cada vez mais importante e necessário a procura de formação e especialização na área de Enfermagem.

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista “é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)” (Regulamento nº. 122/2011, p. 8648).

O Curso de Mestrado em Enfermagem, para além de conferir o título de Enfermeiro Especialista, atribui também o grau académico de Mestre em Enfermagem, com base no artigo 15º do Decreto-Lei nº. 74/2006, de 24 de março, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos no Ensino Superior e tem inerentes as seguintes competências:

- “a) Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos no nível de 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento 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 e autónomo;”.

Segundo Gouveia (2007), o conceito de competência surgiu para existir uma maior interligação entre dois mundos, que por vezes se encontram separados, que é a área académica e o contexto laboral.

A competência em enfermagem, de acordo com Oliveira e Queirós (2015), baseia-se em quatro pressupostos: conhecimentos, habilidades, valores e atitudes.

Para Le Boterf (2003) a competência é formada por três eixos do qual fazem parte a pessoa (sua biografia, socialização), a sua formação educacional e a sua experiência profissional. Consiste num conjunto de aprendizagens comunicacionais e sociais, sustentadas pela formação e pela aprendizagem. Ainda segundo o mesmo autor competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. Não se trata apenas do saber-fazer, mas sim da sua capacidade de saber-ser e saber-saber de forma combinada, na resolução de situações complexas.

A licenciatura confere aos enfermeiros conhecimentos suficientes, mas estanques, que ao longo da sua vida profissional, exigem atualização, por isso é importante a formação contínua, para a aquisição de novas competências. Isto permitirá, em conjunto com a aquisição de conhecimentos adquiridos na prática diária, com as suas próprias experiências e a sua intuição, a construção de uma prática reflexiva sobre os cuidados de enfermagem. (Oliveira & Queirós, 2015).

A definição das competências dos Enfermeiros Especialistas acontece no decorrer do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais (Parecer da OE, 10/2017).

No âmbito da aquisição de competências em enfermagem, torna-se essencial abordar o modelo de aquisição de competências aplicado à Enfermagem desenvolvido por Patrícia Benner com base no modelo de aquisição de Perícia de Dreyfus, em que para além do percurso académico as competências vão sendo adquiridas a partir da aprendizagem desenvolvida ao longo do decorrer da experiência profissional e de uma reflexão sistematizada, destacando deste modo cinco níveis de competência (Benner, 2001).

Neste modelo, a cada nível de competência, correspondem determinadas características: Primeiro nível - Iniciado, o enfermeiro não possui experiência profissional, seguindo regras e diretrizes sem ter uma atitude reflexiva sobre a sua prática, sem julgamento clínico pela inexperiência que possui;

Segundo nível - Avançado, o enfermeiro já possui alguma experiência profissional e começa a reconhecer determinados padrões decorrentes da sua prática por já ter vivenciado

situações idênticas, necessitando, contudo, de regras e diretrizes, que necessita de supervisão na tomada de decisões complexas;

Terceiro nível - Competente, o enfermeiro adquire este nível ao fim de alguns anos de prática na mesma área de enfermagem, consegue planejar antecipadamente os cuidados de enfermagem por si prestados, tendo uma prática organizada e eficiente;

Quarto nível - Proficiente, o enfermeiro tem uma visão global das situações, consegue antecipar problemas e adaptar-se com flexibilidade e tomando decisões intuitivas;

Quinto nível - Perito, o enfermeiro tem muita experiência profissional, tem facilidade de se adaptar às diferentes situações complexas, foca-se nos aspetos importantes para a sua tomada de decisão e é visto pelos restantes elementos da equipa como uma referência (Benner, 2001).

Considerando a evolução da enfermagem em Portugal, e a crescente necessidade de especialização dos enfermeiros para uma prática assente em conhecimentos adequados e mais aprofundados, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) atribui o título de especialista em seis especialidades distintas, sendo estas: Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º140/2019, 2019).

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica contém quatro áreas de especialidade específicas, nomeadamente: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com alguns anos de experiência, sentimos necessidade de evoluir para uma prática avançada, para atingir o nível de perito na sua plenitude. No sentido de desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, bem como as competências intrínsecas ao grau de mestre, realizámos estágios em contexto de UCI, VMER e unidade de cardiologia de intervenção.

Foram definidos objetivos no início dos estágios que serviram como fio condutor para aquisição das competências ao longo de todo este percurso.

3.1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Regulamento 140/2019, de 6 de março, as competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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 140/2019, p. 4745).

O mesmo regulamento divide as competências comuns em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio engloba as competências:

A1 – “Desenvolver uma prática profissional, ética e legal na área da 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 140/2019, p.4746).

Neste domínio também se inclui 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;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

Esta competência, vai ao encontro do Código Deontológico dos Enfermeiros, que tem como objetivo estabelecer direitos e deveres na prestação dos cuidados de enfermagem, garantindo a humanização destes e prevenindo práticas inadequadas e desvios éticos. (Decreto-Lei nº 156/2015, 2015).

Dado que todos os enfermeiros têm a obrigação de cumprir o código deontológico, o Enfermeiro Especialista tem uma responsabilidade acrescida na sua aplicação, não só pelas competências diferenciadas, mas também por ser um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem.

A ética e a responsabilidade profissional em enfermagem, deve assentar numa atuação articulada entre a competência técnica e os valores humanos, como a empatia, confidencialidade e respeito pelos direitos humanos. Existe também a necessidade de uma atitude reflexiva realizada de forma contínua permitindo identificar e corrigir possíveis desvios éticos na prática. Os enfermeiros possuem também um compromisso com a pessoa alvo de cuidados, mas também com a sociedade na defesa dos direitos da pessoa alvo de cuidados e da sua dignidade (Deodato, 2008).

Durante todos os estágios, assim como no nosso exercício profissional, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, baseamos o nosso desempenho no respeito pelos direitos humanos, de forma responsável, sustentada nos princípios éticos e da deontologia

profissional. Asseguramos sempre a privacidade da PSC, respeitando a sua dignidade sem comprometer a sua segurança.

Mesmo no contexto pré-hospitalar, em que muitas vezes a prestação de cuidados é realizada na via pública e a privacidade da pessoa encontra-se comprometida, existiu sempre a preocupação por parte da equipa, de garantir a dignidade da pessoa. Quando possível realizava-se a abordagem à pessoa dentro da ambulância ou quando devido à situação clínica não era possível, procurávamos posicionar os meios de socorro de forma estratégica, tentando garantir a preservação da sua privacidade e dignidade.

Em ambos os contextos, a Pessoa em Situação Crítica encontra-se altamente vulnerável e na maior parte das vezes impotente com a sua situação de saúde, dependente de terceiros para a realização das atividades de vida diárias, surgindo um sentimento de impotência e de fragilidade. Procurámos sempre que possível, minimizá-los, através do respeito e da promoção da autonomia dentro das suas capacidades.

A grande multiculturalidade presente atualmente no nosso país, exige que os enfermeiros adaptem a sua prestação de cuidados, de forma a respeitar as crenças e os valores culturais da pessoa e da sua família. Em ambos os contextos de estágio, existiu essa necessidade, em que procurámos colmatar a barreira linguística existente através de meios auxiliares como o Google Tradutor, permitindo assim uma comunicação com a pessoa e a família, tornando-se importante para o estabelecimento da relação de confiança com os profissionais, e o acesso à informação sobre os cuidados prestados.

Verificámos que houve sempre preocupação por parte das equipas de enfermagem nos diferentes contextos, a obtenção rápida do consentimento informado, escrito ou verbal, sendo muitas vezes verbal devido à situação clínica da pessoa.

Face à previsão da realização de determinado procedimento e o consentimento informado não se encontrasse assinado ou a pessoa manifestasse ter dúvidas, os enfermeiros procuravam alertar a equipa médica para este facto.

No que diz respeito à transmissão de informação à família, existiu sempre a procura pela identificação do familiar de referência na admissão, ficando registado na avaliação inicial da pessoa, e para maior funcionalidade na folha diária de enfermagem, permitindo uma consulta rápida. A informação relevante era fornecida a este familiar, não deixando de dialogar com as restantes pessoas do seu círculo familiar.

Pensamos, ter conseguido desenvolver as competências inerentes a este domínio assim como a competência de mestre em enfermagem, durante a prática de cuidados de enfermagem nos variados contextos.

“B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio estão englobadas as seguintes competências:

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 140/2019, p. 4747).

Incluímos neste domínio também a competência de mestre “a) Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos a nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;” e 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;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

Nos cuidados de enfermagem tornam-se essenciais, projetos de melhoria contínua da qualidade, promovendo assim práticas mais seguras, eficazes e centradas na pessoa. Ao implementar os projetos de melhoria, os enfermeiros contribuem para a segurança da pessoa, cuidados de excelência e eficiência organizacional (Silva et al., 2020).

A melhoria contínua dos cuidados representa uma maior satisfação dos utentes, promovendo cuidados mais humanizados e ajustados às necessidades da pessoa (Oliveira et al., 2022).

A OE, em 2001, divulgou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, baseando-se no “reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos e a necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (Ordem dos enfermeiros, (2001, p. 5). É necessário refletir sobre a prática para se atingir a excelência dos cuidados, e necessariamente definir objetivos e estratégias para os alcançar, assentes em quatro descritivos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Neste âmbito, foram definidos seis enunciados descritivos: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado das pessoas, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Estes permitem detalhar os cuidados de enfermagem e a sua qualidade, não esquecendo que diferentes pessoas atribuem significados diferentes à definição de bons cuidados” (OE, 2001).

Os padrões de qualidade são uma referência diária na prestação de cuidados de enfermagem e durante a formação profissional dos enfermeiros, para que os cuidados sejam realizados de forma segura, centrados e adaptados a cada pessoa. Consideramos assim que os três campos de estágio, foram uma mais valia para podermos observar e

vivenciar as diferentes formas de abordagem da PSC consoante o contexto onde esta se encontra. Vem reforçar a importância de adequar as intervenções de enfermagem às diferentes situações, cumprindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que dão relevância à segurança, à eficácia, à humanização e a centralidade na pessoa dos cuidados.

No contexto de UCI, face a todo o processo situacional que a família se encontra a vivenciar pode haver dificuldade em reter as informações fornecidas, de forma a estruturar e a uniformizar a informação criámos um folheto informativo com o título “Guia de Acolhimento para Familiares” procurando ser uma estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família, com o intuito de dar resposta às necessidades informativas e emocionais desta, fornecendo a informação de forma segura e eficaz (Apêndice V).

Este folheto a ser entregue às famílias da PSC, no primeiro momento de acolhimento destas na unidade, tem como objetivo fornecer informações referentes ao serviço, tais como, horário de visitas e o acesso a informações clínicas, entre outras, contribuindo para um ambiente terapêutico para a PSC e sua família.

No contexto de unidade de cardiologia de intervenção acreditamos ter contribuído para a melhoria da qualidade dos registos prestados.

A mudança do sistema informático do SUG sobre a qual os profissionais da unidade não tiveram formação, desconhecendo por isso a aplicação informática utilizada, impedia que os mesmos realizassem registos informáticos relativamente aos doentes provenientes do SUG, sendo os registos realizados em suporte de papel. A observação desta prática e as conversas informais com o enfermeiro orientador e a enfermeira chefe, permitiram identificar a existência de um alto risco do extravio de informação em suporte de papel, durante o percurso da pessoa entre a unidade e o SUG. Como forma de colmatar esta lacuna, realizámos uma formação em serviço abrangendo toda a equipa da unidade, sobre a aplicação informática correspondente ao modulo de urgência. A adesão da equipa de enfermagem foi bastante notável e no final do estágio a maioria dos enfermeiros já realizava os registos de enfermagem informaticamente (Apêndice VIII).

No nosso contexto profissional, fazemos parte, do grupo responsável pelo controlo e dinamização da Sala de Emergência (Anexo V). Realizamos a auditoria da Sala de Emergência e de todos os carros de reanimação existentes no serviço, esta atividade é realizada mensalmente, com o objetivo de garantir que todos os materiais estão disponíveis e dentro dos prazos de validade e que se encontram em conformidade com as normas da instituição. Contribuímos assim para a segurança dos cuidados prestados, procurando minimizar os riscos em situações de emergência.

Para além disso, no nosso contexto profissional, e na sequência da elaboração de um trabalho académico sobre prevenção e controlo de infeção associada aos cateteres venosos periféricos (CVP's), realizámos a recolha e análise de dados relativos aos doentes com CVP's no serviço, tendo-se verificado que, numa amostra de 141 pessoas, 19% tinham um CVP inserido sem que existisse real necessidade clínica, expondo a pessoa a um procedimento invasivo e ao risco de infeção associado, desnecessários. Face a estes resultados, realizámos uma formação em serviço sobre os CVP's no serviço de urgência geral (Apêndice III), com o objetivo de, através da evidência científica, mais recente dar a conhecer as complicações relacionadas com o CVP, refletir sobre a necessidade da colocação destes e relembrar os cuidados relacionados com este. Posteriormente, realizámos uma norma de procedimento, que se mantém em vigor no serviço, referente aos "Cuidados ao Cateter Venoso Periférico" (Apêndice IV).

Elaborámos também uma revisão *scoping* (Apêndice I), com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem no acolhimento à família da PSC, de forma a suportarmos os nossos cuidados de enfermagem na evidência científica mais recente. Esta revelou-se essencial para perceber de que forma os enfermeiros podem estruturar os cuidados à família, contribuindo para a qualidade dos mesmos, tornando os cuidados de enfermagem mais consistentes e centrados na família.

Pelo descrito anteriormente, consideramos ter desenvolvido competências referentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro para a PSC, mas também as competências de mestre acima referidas.

"C. Domínio da Gestão dos Cuidados

Dentro deste domínio encontramos as seguintes competências:

"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 140/2019, p. 4748).

Neste domínio de competências incluímos 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;" (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

A gestão de cuidados e a organização eficaz das equipas são de extrema importância para a dinâmica das equipas de enfermagem, influenciando diretamente os resultados dos cuidados prestados.

O papel dos enfermeiros chefes de equipa, responsáveis pela liderança, organização e gestão das equipas de enfermagem, é essencial na coordenação e funcionamento das suas atividades diárias. Atuam como elo entre a equipa de enfermagem e a gestão do serviço (Baernholdt & Cottingham, 2011).

Na UCI, apesar do enfermeiro orientador não assumir funções de chefia, tivemos a oportunidade de ficar dois dias a acompanhar o enfermeiro chefe de equipa do turno, permitindo observar a dinâmica de liderança da equipa, dos processos de tomada de decisão, da distribuição da equipa consoante a gravidade clínica das PSC e as competências dos diferentes profissionais, garantindo a qualidade dos cuidados e segurança da PSC. O enfermeiro chefe de equipa neste contexto é também responsável pela gestão de vagas do hospital, a partir das 19h dos dias de semana e durante o fim de semana.

No contexto da Unidade de Cardiologia de Intervenção, o enfermeiro orientador que nos acompanhou no estágio, era o enfermeiro responsável por substituir a enfermeira chefe do serviço na sua ausência, o que foi importante para aprofundar conhecimentos relacionados não só com a dinâmica e logística do serviço, mas também com a gestão de recursos humanos e materiais.

No estágio da VMER tivemos a oportunidade de realizar um turno com o enfermeiro coordenador, o que foi relevante para observar a articulação entre este e o INEM na garantia do funcionamento adequado da VMER e da segurança dos profissionais.

Sendo já detentora de uma formação profissional sobre motivação e liderança para chefias de equipa (Anexo VII), e desempenhando desde há cerca de um ano funções de chefe de equipa, esta não é uma área completamente nova no nosso percurso. Ainda assim, as experiências vivenciadas durante o estágio revelaram-se verdadeiros desafios, quer pela quantidade e diversidade de elementos por turno nos diferentes contextos, quer pelo ambiente exigente em que nos encontrávamos inseridas, marcado pela sua imprevisibilidade e pela constante necessidade de uma resposta rápida.

Quando assumimos a liderança da equipa, procuramos antecipar possíveis situações críticas, planeando e implementando planos de resposta rápida ajustadas aos recursos e às exigências do serviço. Esta capacidade de previsão e reorganização é evidente, quando por exemplo, existe um aumento súbito da procura de cuidados, sendo necessário redistribuir rapidamente os enfermeiros pelos setores, assegurar setores por ausência de enfermeiros ou definir prioridades de forma a otimizar o funcionamento da equipa, decisões essenciais para a operacionalidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto.

Outro aspeto, desafiante inerente à chefia de equipa é, sem dúvida, a comunicação com a equipa multiprofissional. Procuramos manter uma comunicação assertiva e constante com

a equipa, para que de forma articulada se promova um ambiente de trabalho de cooperação e eficiência. Atuamos também na gestão e resolução de conflitos entre profissionais e também com os utentes e os seus familiares, procurando humanizar os cuidados prestados.

Desta forma, considerando que será um percurso que se continuará a desenvolver com a nossa experiência profissional, acreditamos ter adquirido este domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista e a competência de mestre.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio procurou-se a aquisição das seguintes competências:

D1- "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (Regulamento 140/2019, p. 4749).

A competência de mestre inserida neste domínio" d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, 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." (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

A procura de cuidados de enfermagem de excelência está intrinsecamente relacionada com a necessidade de procura de novos conhecimentos. No código Deontológico dos Enfermeiros, encontra-se explícito este dever por parte dos enfermeiros, como refere o artigo 109º. "procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (OE, 2015, p. 8103).

Ao longo do nosso percurso profissional, sempre na área do cuidado à PSC em contexto de urgência, houve intrinsecamente a necessidade de procurar adquirir novos conhecimentos de forma a dar resposta eficaz nas diferentes valências do SUG. Progredimos na atuação em contexto de sala de emergência, realizámos formação atualizada em Suporte Avançado de Vida (SAV), incluindo os cuidados à pessoa vítima de trauma, com a frequência do curso de *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) (Anexo IV). Realizámos o curso de *Triagem de Manchester*, como forma de responder a um dos sectores do SUG, de forma eficaz (Anexo VI).

Paralelamente, a nossa experiência profissional permitiu-nos a evolução contínua do autoconhecimento, da assertividade e o sentido de procura por novos conhecimentos, que se tornaram características importantes e até mesmo facilitadoras do decorrer dos

estágios. Também no nosso contexto laboral, desenvolvemos funções de orientadora de estudantes da Licenciatura de Enfermagem e colaboramos na integração de novos enfermeiros no SUG. Estas atividades são permanentes desafios, pela necessidade de adaptação ao estilo formativo de cada indivíduo, à necessidade formativa e às expectativas individuais, operando como facilitadores do projeto de aprendizagem de cada um, num contexto com tão grande diversidade de informação e estímulos.

Procurámos nos vários locais de estágio, através de momentos formais e informais de aprendizagem, manter uma partilha da evidência científica mais recente com os enfermeiros orientadores bem como com a restante equipa.

No contexto de UCI, uma área para nós nova na prestação de cuidados, com técnicas, dispositivos e cuidados de enfermagem diferentes do nosso quotidiano profissional, sentimos necessidade de procurar evidência científica de forma a munir-nos de conhecimentos para desempenhar cuidados de enfermagem especializados de qualidade. Foi neste contexto, após observar a dinâmica de cada turno e várias conversas com o enfermeiro orientador, que percebemos a forma como era feito o acolhimento à família da PSC. Concluímos que a informação era transmitida às famílias de uma forma informal, que apesar de existir uma informação escrita em forma de cartão, com a informação do horário de visitas, os profissionais não tinham como prática fornecê-lo, até porque muitos desconheciam a existência do mesmo. Após abordarmos este assunto com o enfermeiro orientador, entendemos ser pertinente elaborar um folheto com informação pertinente sobre a unidade, que ficasse em suporte digital nos diferentes setores de enfermagem da unidade, de forma a todos os profissionais terem acesso. Este documento, facilmente disponível na unidade, poderá ser impresso e entregue no primeiro momento de acolhimento às famílias, possibilitando que estas fiquem com a informação em suporte de papel, podendo ser consultado sempre que necessário (Apêndice V).

Na unidade de cardiologia de intervenção, em contexto de VV AVC identificámos em conjunto com o enfermeiro orientador e em conversas informais com a equipa, que existiam algumas dificuldades na uniformização das intervenções de enfermagem às pessoas vítimas de AVC com indicação para revascularização cerebral. Nesse sentido, elaborámos um póster informativo sobre este tema, com o objetivo de o deixar disponível no serviço para consulta da equipa (Apêndice VI).

Destacamos também a participação no *Medical Responde to Major Incidents* (MRMI), um curso internacional promovido em Portugal pela equipa de formadores do *Madeira International Disaster Training Center*, cujo objetivo foi a aquisição de conhecimentos no âmbito de catástrofe. Esta formação é baseada em modelos de simulação avançada, permitindo o treino de toda a estrutura de comando que irá responder a um incidente de

multivítimas, numa catástrofe, simulando a prestação de cuidados de enfermagem especializados, adequados e eficientes exigidos nestes cenários. (Anexo I).

Como referenciado anteriormente, de forma a basearmos a nossa prática em evidência científica, realizámos uma revisão *scoping*: “Intervenções de Enfermagem Especializada no Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão Scoping.”, que se encontra em fase de apreciação na revista *Creative Nursing* (Apêndice I).

Tivemos também a oportunidade de desenvolver um póster intitulado: “Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica” (Apêndice VII) em coautoria com duas colegas do contexto profissional, que foi submetido e apresentado nas Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal (Anexo III).

A realização de todas estas atividades permitiu-nos adquirir mais conhecimentos, partilhar experiências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, assim como, conhecer a mais recente evidência científica que direciona a prática. Por tudo o anteriormente descrito, concluímos que adquirimos a competência comum do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e das competências do grau de mestre.

3.2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A OE definiu um conjunto de competências que são específicas de todos os Enfermeiros Especialistas no âmbito da pessoa em situação crítica. Os cuidados à PSC, na sua maioria são realizados em contextos de SU e UCI, mas podem ser encontrados pontualmente em muitos outros contextos.

O Regulamento 429/2018, de 16 de julho, da ordem dos enfermeiros, define três competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que são: “1 - Cuida de pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3- 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 429/2018, p. 19359).

Definimos objetivos e planeámos atividades a desenvolver nos contextos de estágio, que permitissem a aquisição e o desenvolvimento das competências supracitadas. Os objetivos são: prestar cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua

família/cuidador, refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializada em situações de emergência, exceção e catástrofe, e desenvolver os conhecimentos na intervenção, prevenção e controlo de infeção à PSC e à sua família.

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

“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 429/2018 p. 19362).

Os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado, foram uma mais valia, para basearmos a nossa prática especializada em evidência científica, demonstrando-o na prestação de cuidados no nosso contexto profissional assim como nos diferentes contextos de estágio.

Durante os estágios prestámos cuidados de enfermagem à PSC e à sua família, antecipando possíveis focos de instabilidade, na gestão da dor, na comunicação com a PSC e a sua família, na transição de cuidados e na gestão de ansiedade e medo vivenciados pela PSC e a sua família.

Como já referido ao longo deste relatório, os doze anos de prática clínica, em contexto de urgência geral, juntamente com a procura de conhecimentos relacionados com a área de interesse, proporcionou-nos a aquisição de algumas competências para a prestação de cuidados à PSC.

Sendo o contexto da urgência geral marcado pela imprevisibilidade, complexidade e diversidade de situações, bem como por um ritmo de trabalho dinâmico, tem-nos proporcionado múltiplas oportunidades para desenvolver a capacidade de resposta rápida e de adaptação — essenciais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de emergência.

Na triagem avaliamos de forma rápida a pessoa, num curto espaço de tempo e muitas vezes com pouca informação. O objetivo é identificar o problema e atribuir uma prioridade clínica, de forma a realizar o encaminhamento dentro do serviço, de acordo com a sua estabilidade hemodinâmica e necessidade de cuidados urgentes/emergentes.

Na prestação de cuidados na sala de emergência, temos contacto com diversas patologias e situações clínicas emergentes, cuidando assim da PSC, procurando antecipar problemas e/ou intervir na sua resolução. Estas capacidades de antecipar problemas, tornam-se

cruciais na área de ambulatório, evitando muitas vezes situações de agravamento clínico da pessoa.

Fazemos parte da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) que dá resposta a situações de emergência que representem risco imediato de vida, dentro do recinto hospitalar e isso representa também um desafio, pois exige uma intervenção coordenada, eficiente num contexto desconhecido, sendo necessário mobilizar conhecimentos, para prestar os melhores cuidados à pessoa em situação de emergência.

O SUG proporciona-nos o contacto diário com a PSC, mas também com a sua família, no GIA, onde o cuidado do enfermeiro é direccionado para as famílias das pessoas que se encontram no SUG, seja em contexto de ambulatório ou de internamento, tem-nos permitido desenvolver competências comunicacionais e de relação de ajuda.

Ambos os estágios decorreram em contextos completamente diferentes da nossa prática clínica diária o que nos deu a perceção e uma nova perspetiva de todo o circuito da PSC e da sua família.

No pré-hospitalar iniciam-se os cuidados com o objetivo de estabilizar a pessoa e chegar o mais rápido possível à unidade hospitalar que lhe permita um conjunto de medidas direccionadas ao processo de doença que a PSC se encontra a vivenciar.

Neste contexto e durante o estágio na VMER, deparamo-nos com várias situações de emergência. As ativações da VMER podem ser para qualquer situação e qualquer pessoa, independente da idade, que necessite de assistência por uma equipa diferenciada composta por médico e enfermeiro ao local, para avaliar, estabilizar e acompanhar o transporte para a unidade hospitalar.

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados a diferentes tipos de população, nomeadamente, pessoas vítimas de acidente de viação na via pública, com necessidade de apoio diferenciado, onde realizámos uma primeira abordagem à pessoa e estabilização hemodinâmica, assim como, realizar protocolo de gestão da dor com necessidade de administração medidas farmacológicas para o controlo desta.

Deparamo-nos com um adulto com uma alteração do estado de consciência súbita, na parte exterior da sua residência, em que, a ativação dos meios de socorro foi realizada pelos vizinhos. À chegada da equipa realizou-se a abordagem sistemática da situação, de acordo com a metodologia ABCDE, uma abordagem sistematizada de avaliação da pessoa em situação crítica. Segundo esta metodologia não se avança para o parâmetro seguinte sem resolver o anterior: percebendo que a *Airway* e a *Breathing* se encontravam comprometidas, pois a pessoa encontrava-se bradipneica com ruído respiratório sugestivo de obstrução da via aérea e, antes de se avançar na restante avaliação, realizou-se a intubação orotraqueal da pessoa, de forma a proteger a via aérea e assegurar a ventilação

através do ventilador mecânico com volumes ajustados à pessoa. Anteriormente a este passo, procedeu-se à sedo-analgesia da pessoa, através da administração de terapêutica. Na avaliação do C- *Circulation* encontrava-se hipertenso e bradicárdico, administrou-se terapêutica para o controlo destas duas alterações. Em seguida, foi avaliado o D- *Disability* e verificou-se que a pessoa se encontrava inconsciente. Foi necessário realizar-se esta avaliação à chegada devido à necessidade de entubação e de sedo-analgesia, pois este parâmetro iria estar alterado posteriormente, devido a administração de terapêutica. Por fim, avaliou-se o E- *Exposure* e verificou-se que não havia quaisquer alterações neste ponto. Após estabilização da pessoa informou-se a unidade hospitalar da situação clínica da pessoa e do tempo estimado do transporte para a chegada à unidade hospitalar de forma a agilizar este momento.

Durante este tempo, recebemos a informação através de um vizinho que o senhor em causa era o cuidador da esposa que se encontrava dependente de terceiros, não se conseguindo contactos de mais nenhum familiar, ficamos preocupados com o facto desta pessoa ficar sozinha em casa sem ninguém conseguir assegurar os seus cuidados. Informou-se o CODU que encaminhou também a esposa para a unidade hospitalar, enquanto se procurava uma resolução para esta situação.

Experienciámos outras situações e algumas ativações foram para crianças com dificuldade respiratória que necessitavam de terapêutica pré-hospitalar, onde os cuidados dirigidos aos pais revelaram-se tão importantes quanto os prestados à própria criança. O suporte emocional fornecido pela equipa aos pais, diminuiu a sua ansiedade perante a situação, que consequentemente, influenciou de forma direta e positiva o comportamento da criança, facilitando a prestação de cuidados.

Realizámos também um jornal de aprendizagem, com o objetivo de refletir sobre uma ativação do CODU para auxílio a uma mulher grávida de 39 semanas em trabalho de parto. Dirigimo-nos ao domicílio da pessoa e após avaliação médica percebeu-se que o parto estava iminente, devido aos constrangimentos existentes com as maternidades, existiu um compasso de espera demorado até se receber o destino de encaminhamento. Durante o trajeto para a unidade hospitalar, o parto acabou por realizado na ambulância com apoio do médico e do enfermeiro. O enfermeiro, já com alguma experiência, ajudou a médica na realização do procedimento, fornecendo o material necessário, monitorizando os parâmetros vitais e dando suporte emocional à mulher. As nossas intervenções passaram pela vigilância da estabilidade hemodinâmica da mulher, do seu estado emocional, promover alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, como exemplo, massagem na zona lombar e exercícios respiratórios, procurando manter uma comunicação eficaz. No fim do procedimento e da avaliação da mulher e do recém-nascido, houve a preocupação de proporcionar o contacto com o familiar que se encontrava a caminho da unidade hospitalar.

O pré-hospitalar é o primeiro contacto entre o enfermeiro, a pessoa e a sua família, sendo que neste primeiro momento é estabelecida uma relação terapêutica com os mesmos. Revelando-se crucial a forma como esta abordagem inicial é realizada, quer para a qualidade dos cuidados prestados, como também vai ditar a forma como estes intervenientes vão vivenciar o início das transições que se encontram inerentes ao processo de doença do seu ente querido. Nesta abordagem, o apoio à família deve incidir numa comunicação empática e clara, esclarecendo questões que estas possam colocar sobre a situação clínica da pessoa, oferecendo suporte emocional e procurando diminuir o sofrimento da família inerente à situação.

Este estágio na VMER, permitiu-nos observar que a PSC não está restrita a um perfil clínico, etário ou social. Este contexto evidencia a complexidade e imprevisibilidade do pré-hospitalar, onde o Enfermeiro Especialista deve ter competências para intervir de forma rápida, segura e diferenciada com vítimas com características diversas e em ambientes complexos.

Na UCI, prestámos cuidados de enfermagem complexos e diferenciados com foco na manutenção e recuperação da situação clínica da pessoa, através de uma vigilância contínua de forma a dar resposta às necessidades complexas da PSC, incluindo o uso de tecnologias avançadas com as quais nunca tínhamos contactado, mas também na inclusão da família em todo o processo de cuidados. Realizámos cuidados a pessoas com necessidade de hemofiltração contínua e plasmáfereze, que são dois tipos de diálise diferentes com indicações diferentes, o que exigiu aprofundar conhecimentos sobre este tema. Prestámos cuidados a várias pessoas sob ventilação mecânica invasiva e os cuidados inerentes à mesma, com instabilidade hemodinâmica com necessidade gerir a terapêutica de suporte, consoante o estado hemodinâmico da pessoa.

Aqui percecionámos na primeira pessoa, a importância de os enfermeiros reconhecerem as fragilidades da família, de forma a procurarem dar resposta às suas necessidades, na tentativa de mitigar os efeitos que todo o processo de doença tem na família da PSC.

Na UCI, a equipa procurava ter o cuidado de diminuir a ansiedade e as preocupações das famílias. Diariamente no período da manhã, tivemos a oportunidade de, em conjunto com o enfermeiro responsável, prestar telefonicamente informações ao familiar de referência, baseadas no plano de cuidados e por vezes na clarificação de alguma informação clínica, de forma sumária. A transmissão de informações clínicas sobre diagnósticos e resultados de exames era realizada pela equipa médica no momento da visita.

Em termos de espaço físico, a unidade possuía uma sala para a entrada das visitas, com cacifos para deixarem os seus pertences e com material de proteção individual, para os familiares vestirem antes da visita e uma sala destinada à abordagem à família para a

transmissão de informações clínicas e consequente tomadas de decisões, proporcionando privacidade às famílias.

Os familiares eram sempre acompanhados pelo enfermeiro responsável pelo doente até junto deste e foi-nos dada a oportunidade de realizar este acompanhamento aos familiares, promovendo assim alguma proximidade e a oportunidade do seu envolvimento nos cuidados.

Também durante o horário de visitas, acompanhámos as famílias das pessoas que nos tinham sido atribuídas para a prestação de cuidados, procurando acolhê-las, desmistificando alguns receios que eram verbalizados, mostrando disponibilidade para as ouvir, procurando respeitar a privacidade com o seu familiar. Este horário de visitas está definido, assim como o período de duração estabelecido para a permanência do familiar na unidade. Apesar de muitas vezes, as famílias questionarem sobre a possibilidade de a visita ser noutro período de tempo ou se podiam permanecer mais algum tempo, não havia esta flexibilidade por parte da equipa. Através de algumas conversas informais com o enfermeiro orientador e com outros elementos tentamos demonstrar-lhes, que esta flexibilidade trazia benefícios para a família e também para a pessoa que se encontrava na unidade.

Realizámos um Jornal de Aprendizagem onde refletimos sobre uma situação vivenciada neste contexto. Um homem octogenário, com múltiplas comorbilidades, com dificuldades na locomoção, que se encontrava internado havia quase um mês, por uma sépsis respiratória com várias complicações associadas, sob ventilação invasiva e hemofiltração contínua, e que apesar de todas as medidas instituídas não tinha melhoria do seu quadro clínico, encontrando-se com uma evolução desfavorável do seu estado de saúde. Foi consenso da equipa médica, decidido em reunião clínica que, tendo em conta os antecedentes e a evolução desfavorável, iriam ser priorizadas medidas de conforto e ficou confirmada a decisão de não reanimar (DNR). A informação foi transmitida à família de forma individual, mas verificou-se dificuldades na comunicação de uma situação de prognóstico reservado. A perceção da informação variou entre os diferentes membros da família o que levou a expectativas diferentes entre estes. Este aspeto contribuiu para que se vacilasse na decisão clínica de não reanimar, o que levava a que existisse algum desconforto entre a equipa multidisciplinar.

Na Unidade de cardiologia de intervenção, constatámos que para além de procedimentos de intervenção em situações de emergência, existiam situações de utentes que iam realizar procedimentos em contexto de ambulatório, seja para diagnóstico ou como pré-operatório de cirurgia cardíaca, que podiam complicar e evoluir para situações críticas, seja pelas lesões que apresentavam, pela instabilidade hemodinâmica que desenvolviam ou pela

necessidade de cuidados diferenciados relacionados com complicações iatrogénicas do procedimento.

Nesta unidade acompanhámos o enfermeiro orientador na consulta de acolhimento pré angiografia coronária onde se explica todo o procedimento, os cuidados pré e pós procedimento à pessoa e à sua família, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas e diminuindo estados de ansiedade que possam estar presentes.

Neste contexto tivemos oportunidade de prestar cuidados na sala de angiografia coronária e cerebral, onde os enfermeiros assumem posições diferentes, de acordo com a sua área de especialidade. Na angiografia coronária o enfermeiro é responsável pela vigilância hemodinâmica da pessoa e administração de terapêutica endovenosa e na sala de angiografia cerebral, para além destas funções, assume também o fornecimento ao médico, do material necessário para o procedimento. Vigiamos estas pessoas no período pós-procedimento, tendo em atenção possíveis sinais de instabilidade e adaptando os nossos cuidados a cada situação.

Fazendo a comparação entre a UCI e a unidade de cardiologia de intervenção no acolhimento à família da PSC, constatou-se que na UCI existia um espaço físico para os familiares, uma sala para a transmissão de informação onde se garantia a privacidade destes, na unidade de cardiologia de intervenção não existia nenhum destes espaços físicos. Conversámos com o enfermeiro orientador sobre esta questão e percebemos que dependendo das situações, a sala dos médicos pode ser utilizada para transmitir a informação à família. Apesar desta dificuldade os enfermeiros da unidade de cardiologia de intervenção mostravam-se despidos para o cuidado à família, mantendo uma comunicação com esta, clarificando dúvidas e permitindo o acompanhamento da pessoa por parte destes.

Em todos os contextos a comunicação é de extrema importância, seja na equipa multiprofissional ou com a pessoa e a sua família. A comunicação eficaz reduz situações de *stress* entre equipa, da pessoa e da sua família, promove o seu bem-estar emocional, aumenta a segurança dos cuidados e aumenta a satisfação da equipa e da pessoa e da sua família (Santos et al., 2024).

A comunicação com a PSC, é um momento de elevada complexidade, pois devido à sua condição clínica, a pessoa pode não conseguir comunicar verbalmente ou ter alterações do seu estado de consciência. O enfermeiro deve procurar aliar à comunicação verbal estratégias de comunicação não verbal através do uso do papel e da caneta, do toque, de ferramentas tecnológicas, entre outros, de modo a facilitar a comunicação entre a pessoa e a equipa multidisciplinar.

Na unidade de cardiologia de intervenção, tivemos uma pessoa proveniente do Irão, a residir há alguns anos em Portugal, mas que tal como toda a família só falavam Urdu, o que se revelou um entrave aos cuidados objetivado na barreira linguística. Para colmatar esta barreira, procurámos juntamente com o enfermeiro orientador estratégias para diminuir esta limitação, por conseguinte, utilizámos o Google Tradutor para estabelecer uma comunicação com a pessoa e com a sua família. Esta estratégia teve um impacto positivo tanto na pessoa como na família, pois conseguimos comunicar com estes, explicar o procedimento e esclarecer dúvidas existentes, diminuindo assim a ansiedade e angústia existentes.

A multiculturalidade a que se assiste atualmente em Portugal, exige que os enfermeiros estejam despertos para adaptar os cuidados a cada pessoa e à sua família, desenvolvendo estratégias de comunicação. Em particular o Enfermeiro Especialista, sendo um elemento de referência para os restantes elementos da equipa de enfermagem e possuir competências especializadas, compete-lhe prestar cuidados diferenciados e personalizados às necessidades de cada pessoa e família, identificando e respeitando as especificidades culturais, sociais e espirituais de cada indivíduo e da sua família, adaptando os cuidados de enfermagem de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Tendo em conta tudo o que foi descrito, consideramos ter adquirido esta competência, abrangendo os seus diferentes componentes.

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

Nesta competência torna-se importante definir os conceitos de emergência, exceção e catástrofe.

Situação de emergência é entendida 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 nº429/2018, 2018, p.19362).

Uma situação de exceção "consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis" (Regulamento nº429/2018, 2018, p.19362).

Por último, a catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil como "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" (Lei n.º 27/2006, p.3).

Procurámos no início de cada estágio, conhecer os planos de emergência e evacuação dos respetivos contextos, UCI e unidade de cardiologia de intervenção.

Nos contextos de estágio existiram diversas situações de emergência que podemos vivenciar e dar resposta, contudo não tivemos oportunidade de vivenciar nenhuma situação de catástrofe ou de emergência multi-vítimas.

Neste âmbito, é importante ressaltar o nosso contexto profissional num SUG, onde para além da oportunidade de participar em simulacros de situações de catástrofe, incluindo a triagem em catástrofe, inseridas no plano de emergência do serviço, já vivenciámos diversas situações de emergência e algumas com multi-vítimas de prática simulada. Devido a todo o contexto e às dificuldades inerentes a um serviço de urgência vamos experienciando situações de exceção com alguma periodicidade, seja por uma afluência acima do previsto levando à sobrelotação, pela falta de espaço físico ou pela falta de recursos humanos com necessidade de responder eficazmente a este aumento de afluência. Uma resposta eficaz em situações de aumento de afluência pode ser um autêntico desafio à resiliência dos profissionais, exigindo capacidade de adaptação, definição constante de prioridades, reorganização de recursos e tomadas de decisão rápidas e o mais adequadas possível.

Relembrando o período de pandemia COVID-19, todos os serviços de saúde enfrentaram uma situação excecional, muitas vezes marcada por contexto de emergência. No SUG, estes desafios fizeram-se sentir de forma ainda mais intensa. Na nossa prática clínica, a escassez de recursos aumentava-nos o medo de contágio entre os profissionais, enquanto a falta de espaço físico dificultava a receção adequada dos utentes com sintomas respiratórios. Perante estas limitações, foi necessário adaptar práticas, por vezes de uma forma rápida, realizando por exemplo, a vigilância clínica e a prestação de cuidados dos utentes no interior das suas próprias viaturas ou nas próprias ambulâncias. Em contexto de emergência, a falta de material levou à tomada de decisões difíceis em equipa, exigindo uma elevada capacidade de resiliência, adaptação e gestão da carga emocional associada à imprevisibilidade e exigência constantes. Nesta altura experienciámos como o acolhimento da família da PSC assume uma relevância singular, dado que a própria situação de exceção e catástrofe impõe uma elevada tensão, juntamente com a incerteza e ansiedade relativamente ao estado de saúde do seu familiar. Sentimos necessidade de adaptar a comunicação, procurar formas de demonstrar a nossa empatia para com estas pessoas e humanizar os cuidados prestados. Estas medidas tiveram como propósito a redução do *stress* e da ansiedade das famílias e beneficiaram também a própria pessoa em cuidado.

Em abril de 2024, tivemos a oportunidade de participar numa formação profissional pós-graduada - *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), (Anexo 1) - cujo principal objetivo

foi promover a resposta integrada a situações de catástrofe, envolvendo todos os intervenientes nestes contextos.

Face a todas as atividades anteriormente descritas, consideramos ter adquirido as competências necessárias nesta área específica, relacionada com uma resposta adequada em situações de emergência e catástrofe.

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da 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

Segundo a WHO, (2024), Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pela pessoa durante o processo de cuidados num ambiente hospitalar ou noutra unidade de saúde, e que não se encontrava presente nem em período de incubação no momento de admissão da pessoa na unidade, incluindo ainda infeções que possam surgir após a alta.

O último relatório de vigilância de infeções associadas aos cuidados de saúde na união europeia elaborado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) em 2024, indica que cerca de 20% das IACS são consideradas evitáveis com programas sustentados de prevenção e controlo de infeções, de forma a reduzir a sua incidência e melhorar a segurança da pessoa.

As IACS encontram-se associadas a um aumento da morbilidade e mortalidade e associado a um aumento de custos económicos para as instituições de saúde e custos pessoais para a pessoa e a sua família (Peres, 2023).

Em Portugal desde a década de 70, que tem existido uma preocupação crescente com o controlo de infeção, mas foi em 2007, com a reformulação da base legal, que se tornou obrigatório a existência de “Comissões de Infeção” em todas as unidades de saúde (Silva, 2013).

Em 2013, surge então Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que se mantém até hoje, resultando de uma fusão entre o programa de controlo de infeção e o programa nacional de resistência aos antimicrobianos, cujos objetivos são a redução da taxa de IACS e a promoção do uso correto de antimicrobianos com vista à diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho nº. 15423/2013, 2013).

A prestação de cuidados de saúde está condicionada pelo contexto e pelas condições em que ocorre. No Despacho n.º 9390/2021, publicado a 24 de setembro, relativo ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o quinto pilar (práticas seguras em

ambientes seguros), tem como objetivo “reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos” nos diversos contextos da prestação de cuidados de saúde.

O Despacho 10901/2022, de 8 de setembro, tem definido como atividades principais da PPCIRA, promover a adesão e o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas na via de transmissão, assim como promover e implementar os feixes de intervenções (*bundles*) de prevenção de IACS.

Nos contextos de estágio procuramos ter presentes os 10 aspetos básicos do controlo de infeção definidos pela DGS na norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013, a saber:

“colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (Norma nº. 029/2012, p.3).

Refletimos e aplicámos as recomendações dos vários feixes de intervenção definidos pela DGS, que embora já conhecêssemos, nos motivou a pesquisar a evidência científica com o objetivo de melhorar a nossa prestação de cuidados à PSC. Destas intervenções, destacamos as dirigidas à prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central, à prevenção da infeção do local cirúrgico e à prevenção da pneumonia associada à intubação, que foram executadas diariamente, contribuindo para o aperfeiçoamento das nossas competências.

Ainda neste contexto tivemos oportunidade de assistir a uma reunião da PPCIRA onde o objetivo foi analisar o número de IACS existentes na unidade hospitalar no último semestre, realçamos a importância das estratégias institucionais para a prevenção e controlo de infeções, assim como, o trabalho multidisciplinar e de vigilância contínua da equipa da PPCIRA, de forma a garantir a segurança dos cuidados de saúde.

No contexto de sala de cardiologia de intervenção, os cuidados com o controlo de infeção encontravam-se muito presentes, a utilização frequente de técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica, culminava numa preocupação acrescida ao nível da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, as intervenções de enfermagem incluíam diariamente o preenchimento de uma *check list* antes do início de cada procedimento/técnica. Aqui eram verificadas as condições de limpeza da sala e dos aparelhos e caso não tivessem em conformidade o enfermeiro era responsável pela agilização com a equipa de limpeza. A própria monitorização do cumprimento da técnica asséptica por toda a equipa, durante o procedimento, era realizada pelo Enfermeiro Especialista presente na sala.

Na VMER, existia uma preocupação com a prevenção e controlo de infeção e sempre que a situação permitia os cuidados eram prestados tendo em conta o cumprimento dos aspetos básicos. Estando sempre conscientes das dificuldades associadas a este tema no contexto em causa, e considerando que situações de emergência em ambientes de trabalho não controlados podem conduzir a lapsos nas práticas de prevenção e controlo de infeção, a equipa empenhava-se em garantir a implementação de medidas de controle de infeção.

Na unidade curricular prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, como referido anteriormente, realizámos uma análise swot onde se identificaram como fraqueza, o risco de infeção associado ao CVP. Realizámos 4 sessões de formação de forma a abranger toda a equipa do SUG (apêndice III) e desenvolvemos uma norma de procedimento (apêndice IV) com vista a prevenir e diminuir o risco de infeção associado aos CVP's.

As intervenções desenvolvidas contribuíram para a prevenção e controlo de infeções em meio hospitalar e pré-hospitalar, representando ganhos para a pessoa e para a prestação de cuidados de excelência. Por tudo isto consideramos ter adquirido as competências nesta área específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo este Mestrado foi pautado pelo desenvolvimento do sentido crítico e reflexivo, tanto nas unidades curriculares como ao longo dos estágios. O presente relatório permitiu-nos refletir sobre todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso analisando as atividades desenvolvidas e a prestação de cuidados em ambos os contextos.

A aquisição de novos e mais atualizados conhecimentos estimulou um raciocínio mais aprofundado, que se refletiu na prática clínica com a integração nas funções de chefe de equipa de enfermagem, com contributos importantes no nosso desempenho, mas também na formação e instrução dos nossos pares.

Este percurso despertou-nos o desassossego sobre os cuidados prestados à família da Pessoa em Situação Crítica, como uma área de cuidados de grande relevância, que muitas vezes devido ao trabalho complexo dos serviços, aliado à falta de tempo dos profissionais, é descurada para segundo plano.

Com o conhecimento das várias teóricas de enfermagem, aprofundámos a nossa perceção sobre o processo de transição que a PSC e a sua família vivem, perante a situação de doença crítica. Esta, que implica frequentemente uma alteração súbita do seu estado de saúde conjuntamente com mudanças estruturais no seio familiar, levam a que para além da pessoa, a própria família se encontre a vivenciar um processo de transição. Este processo é diferente de pessoa para pessoa e por consequência os próprios resultados da transição estão dependentes da redefinição do eu e dos papéis dentro do seio familiar e social. Apesar na nossa intervenção se ter baseado nas transições, procurámos adquirir conhecimentos sobre os cuidados centrados na família para dar resposta a estas.

O acolhimento das famílias deve ser visto como um cuidado de enfermagem diário, baseado na comunicação eficaz. A transmissão de informação diária sobre o serviço e sobre a PSC às famílias, um espaço apropriado para a transmissão de informação garantindo a privacidade, um apoio e suporte emocional disponível a estas famílias e a possibilidade do seu envolvimento nos cuidados, contribui para uma relação terapêutica e de confiança com os enfermeiros, tornando estas famílias aliados na prestação de cuidados.

Ao longo dos estágios procurámos estar atentos a possíveis necessidades da pessoa em situação crítica e também da sua família, identificando precocemente situações potenciais/problemas e criando uma relação terapêutica como estratégia para dar resposta eficaz às necessidades de ambos.

Os cuidados prestados tiveram como foco a valorização da PSC e da sua família, num cuidado humanizado, respeitando a pessoa e a sua família como seres únicos, promovendo

a sua privacidade e protegendo a sua dignidade, com a finalidade de prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

Concluimos que, o Enfermeiro Especialista deve manter-se atento ao longo de todo o seu percurso profissional, atualizando continuamente os seus conhecimentos e fundamentando a sua prática na evidência científica mais recente. Em contexto de ambientes complexos, é essencial a capacidade de identificar precocemente sinais de instabilidade que potenciem o risco de vida da PSC, contribuindo para a sua correção imediata. No planeamento dos cuidados de enfermagem, para além da PSC também a família deve ser alvo de cuidados, reconhecendo e promovendo todas as vantagens que daí advêm.

Este percurso permitiu-nos globalmente crescer pessoal e profissionalmente, ampliar o conhecimento e percecionar novas formas de cuidar a PSC num binómio indissociável com a família. Considerando que os objetivos propostos para os estágios e para o presente relatório foram atingidos, acreditamos ter adquirido as competências exigidas para a obtenção de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baernholdt, M., & Cottingham, S. (2011). The Clinical Nurse Leader – new nursing role with global implications. *International Nursing Review*, 58(1), 74–78. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00835.x>
- Beer, J., Brysiewicz, P. (2019/Agosto). Developing a theory of family care during critical illness. *South African Journal Critical Care*, 35(1): p- 19-24. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2019.v35i1.388>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.
- Braga, R., Ribeiro, G., Morais, F., Bezerra, A., Santana, J., Silva, C., Veras, L. de S., Purificação, M., Ferreira, M., Silva, A. M., Fonsêca, W. (2024). ENFERMAGEM EM UTI: CUIDADOS ESSENCIAIS NA ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE. *Nursing Edição Brasileira*, 28(313), 9333–9339. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i313p9333-9339>
- Brazão, M. da L., Nóbrega, S., Bebian, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8–14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Costa, M., Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*, 2, p. 62-64. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.26/49338>
- Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março da Assembleia da República (2006). Diário da República I Série, Nº 60. 2242-2257. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 181/2015 – Série I. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Edições Almedina.
- Despacho nº 727/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República. II série, n.º 10. <https://dre.tretas.org/pdfs/2007/01/15/plain-204849.pdf>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes2021-2026.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 13427/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 228. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: II série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Direção-Geral da Saúde. (2012/2013). Norma n.º 029/2012 de 31/12/2012, atualizada a 31/10/2013.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029.2012%20ACT.10.2013.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals: 2022-2023. ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>

Fernandes, I., Dixe, M. (2024). Benefícios da comunicação à família no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(3), p. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.315>

Fiarresga, A. (2024). A Cardiologia de Intervenção no Passado, Presentee Futuro do Combate às Doenças Cardiovasculares. *Gazeta Médica*, 3(11), p. 194-196. DOI: 10.29315/gm.v11i3.974

Frade, J., Henriques, C., Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: prespetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20158>

Goh, P. Q. L., Ser, T. F., Cooper, S., Cheng, L. J., & Liaw, S. Y. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3802–3811. <https://doi.org/10.1111/jocn.15410>

Gouveia, J. (2007). Competências: moda ou inevitabilidade? *Saber e Educar* 12, p.31-58. Consultado: <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/713/2/SeE12CompetenciasGouveia.pdf>

Grupo Português de Triage. (2007). Protocolo de Triage de Manchester: Manual do formando (2.ª ed.). Grupo Português de Triage. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriage.pt/documentos-comunicacoes/documentacao-gpt/>

Hoffmann, M., Nydahl, P., Brauchle, M., Negra, C., Amrein, K., Jeitziner, M. (2022/ Abril). Cuidando de familiares em unidades de terapia intensiva. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 117, 349–357. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00915-7>

Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (2023). Plano de atividades e orçamento 2023. https://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/Plano-de-Atividades-e-Or%C3%A7amento-2023_final%C3%ADssimo_20230614.....pdf

Im, E.-O., & Meleis, A. I. (2021). *Situation-Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Springer Nature.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022) Relatório de atividade dos meios de emergência médica 2022. https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2023/07/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2022_VFF_17072023.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Jorge, S., Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos da Saúde*, 12(2), p. 5-11. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>

Kalocsai C, Amaral A, Piquette D, Walter G, Dev SP, Taylor P, Downar J, Gotlib Conn L. (2018/Julho) "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18(1), 533. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A. ISBN 85-363-0129-5

- Lebel, V., Charette, S. (2021). Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: An integrative review. *Critical Care Nurse*, 41(1), p. 32-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2021188>
- 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>
- Maestri, E., Nascimento, E., Bertoncello, K., & Martins, J. (2012, Janeiro - Março). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem*, 20(1), 73-78. Consultado em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FBpGqQYJMsVFnf7q3KG4bfM/?format=pdf&lang=pt>
- Meleis, A. (2010). Transições e enfermagem: conceitos, processos e aplicações. Loures: Lusociência.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, DK., Schumacher, K. (2000, setembro). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. (2015). A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), p. 182-189. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. (2019, Janeiro - Fevereiro). Transição saúde-doença crítica na família: Intervenção de enfermagem na experiência vivida. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), p. 154-161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>
- Naef, R., Brysiewicz, P., Mc Andrew, N., Beierwaltes, P., Chiang, V., Clisbee, D., Beer, J., Honda, J., Kakazu, S., Nagl-Cupal, M., Price, A., Richardson, S., Richardson, A., Tehan, T., Towell-Barnard, A., Eggenberger, S. (2021). Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive Crit Care Nursing*, vol. 66. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103081>
- Naef, R., Von Felten, S., Petry, H., Ernst, J., Massarotto, P. (2021). Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Australian Critical Care*, 34(6), p. 594-603. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.014>
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M-M., Von Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., Rufer, M. (2022). A multicomponent family support intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *BioMed Central Ltd United Kingdom*, Vol. 23:533. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Oliveira, R. A., Santos, L. F., & Costa, C. M. (2022). Satisfação do utente e qualidade dos cuidados de enfermagem: uma análise integrada. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e21082. <https://doi.org/10.12707/RV21082>
- Oliveira, E. (2012). O Primeiro Contacto da Família com a UCI. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu: Viseu. Consultado em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1804/1/OLIVEIRA%20Elina%20Maria%20Ribeiro%20Nunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Oliveira, L. M. N., & Queirós, P. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), p. 143-158. DOI:10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331
- 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 – Escola Superior de Enfermagem. <https://hdl.handle.net/1822/72119>
- 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-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Parada, S., Henao-Castaño, Â., Robayo, C., Restrepo, M., Herrera, J., Fernández, K., Almanza, B. (2021). Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico. *Revista Cuidarte*, 12(2): e1775. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1775>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Peres, D. (2023). A infeção associada a cuidados de saúde como problema de saúde pública. Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, (fevereiro, 1). Consultado em: <https://www.anmsp.pt/post/a-infe%C3%A7%C3%A3o-associada-a-cuidados-de-sa%C3%BAdede-como-problema-de-sa%C3%BAdede-p%C3%BAblica>

Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M., Oliveira, J. (2018, Junho). Vivências da Família do Doente Crítico: Um Estudo Qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2): p. 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011) Diário da República: II série, n.º 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

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>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II série, n.º 131. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Sá, F. (2023). A Família da Pessoa em Situação Crítica - Desocultando o Cuidado de Enfermagem. Lisboa: Sabooks – Lusodidacta.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015/Junho). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*. 19(1), 31-46. Consultado em : https://www.researchgate.net/publication/302914687_Cuidar_da_Família_da_Pessoa_em_Situacao_Crítica_A_Experiencia_do_Enfermeiro_Caring_for_the_Family_of_the_Criticall_y_III_Person_The_Experience_of_Nurses

Sá, F. & Henriques, H. (2021/Dezembro). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>

Santos, S. G., Silva, K. L. N., Prado, A. L. A., Porto, C. L. C., & Garcia, S. G. da S. (2024). A influência da comunicação efetiva nos desfechos do paciente hospitalizado. *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação*, 5(2), e737. <https://dialogus.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/737>

Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.

Silva, L. (2019). Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção Especializada de Enfermagem. (Dissertação de

Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10400.26/29983>

Silva MG (2013) Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol5: 2-8. Consultado em: <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Frepositorio.chlc.pt%2Fbitstream%2F10400.17%2F1892%2F1%2FSS%25202013%25202.pdf&psig=AOvVaw1PzB6ozLGv--puSaZ6LBID&ust=1744841965211000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQn5wMahcKEwjwvUL9iNuMAxUAAAAAHQAAAAAQBA>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araujo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M. (2019, Fevereiro). Contributos do Referencial Teorico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35-44. Consultado em: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf

Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review, *Journal Health NPEPS*, 6(2), p. 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Silva, T. R., Almeida, D. F., & Nunes, M. L. (2020). A importância dos projetos de melhoria contínua na qualidade da assistência em enfermagem. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 12(1), 45-56.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). Regulamento do Registo Nacional de Medicina Intensiva. Disponível em: <https://www.spci.pt/rnmi>. Acesso em: 01/04/2025

Suárez, E., Blandon, D. (2021). Percepción sobre actividades de enfermería para satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.paes>

World Health Organization. (2024). Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels: Practical handbook. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101456>

APÊNDICES

Apêndice I: Resumo da Revisão *Scoping*

Specialized nursing interventions in welcoming the family of a person in a critical situation

Inês Romão^{1,2,3}, Célia Vaz^{2,3}, Cidália Castro^{2,3}

1 -

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

3 - Egas Moniz Center for interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Monte da Caparica, 2829-511 Almada, Portugal.

ABSTRACT

Introduction: The admission of a family member to the ICU is always a crisis situation in which the integrity of the family is threatened by separation. The family is a support system and a central component in the recovery process. In the welcoming process, it is important that family members feel supported by the nurses, thus allowing them to comfort and appease the family, who will then pass on these feelings to the person in critical condition (PCC).

Objective: Mapping and analyzing the scientific evidence on nursing interventions in welcoming the family of critically ill people. **Methods:** Scoping Review according to the methodology of Arksey and O'Malley (2005). The electronic databases *PubMed*, *MEDLINE Complete*, *CINAHL complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*. The search took place in January 2024, and the inclusion criteria were articles published between 2018 and 2024. The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA - ScR) checklist was used to select and analyze the studies. **Results:** Of the total of 827 articles identified in the initial search, 12 were included in the body of the text. Four categories of nursing interventions were identified when welcoming the family of a PCC: information, support, the unit environment and family involvement. **Conclusion:** Welcoming the family becomes a privileged moment for the early identification of their needs, allowing the establishment of a therapeutic relationship with personalized interventions for family-centered care.

Keywords: Nurse; family, person in critical condition, critically ill people

Apêndice II: Plano de Sessão de Formação em Serviço

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: Serviço de Urgência Geral

TEMA: Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral

DATA: 30/10/2024 **HORA:** 15H **DURAÇÃO:** 1Hora

LOCAL:

POPULAÇÃO-ALVO: Enfermeiros do serviço de urgência geral

Formadores: Enfermeiras Inês Romão,

OBJETIVOS:

- Descrever complicações associadas aos CVP's
- Refletir sobre a necessidade de colocação de CVP e a prevenção e controlo das IACS.
- Colaborar na melhoria continua dos cuidados prestados e estimular a prática baseada na evidência.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	- Apresentação aos formandos - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5min
DESENVOLVIMENTO	- Demonstração da pertinência do tema - Transmissão da evidência científica encontrada na literatura - Reflexão sobre a necessidade da colocação do CVP	Método expositivo Método interativo	40min
CONCLUSÃO	- Resumo dos pontos principais - Reflexão sobre a prática diária no SUG	Método expositivo Método interrogativo	10min
AValiação	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5min
MEIOS AUDIOVISUAIS	- Computador, projetor e tela.		

Apêndice III: PowerPoint “Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de
Urgência Geral”

CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Inês Romão,

Almada, 2024

Objetivos



DESCREVER
COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS AOS
CVP



REFLETIR SOBRE
A NECESSIDADE
DE COLOCAÇÃO
DE CVP



REFLETIR
SOBRE
PREVENÇÃO E
CONTROLO DAS
IACS



COLABORAR
NA MELHORIA
DOS CUIDADOS
PRESTADOS



ESTIMULAR
PRÁTICA
BASEADA NA
EVIDÊNCIA

RISCO DE INFECÇÃO NO CVP

Administração Endovenosa é uma das técnicas mais utilizadas em meios hospitalares



Através da utilização de Cateteres Venosos Periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais.

Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistémicas

(Danski et al., 2015)

2

4% – 28% de todos os Cateteres Venosos Periféricos inseridos **não são necessários**, expondo o utente a riscos de infeção desnecessários !

70% dos Cateteres Venosos Periféricos inseridos tem complicações:

- Obstrução
- Infiltração
- Sinais inflamatórios
- Infeção local

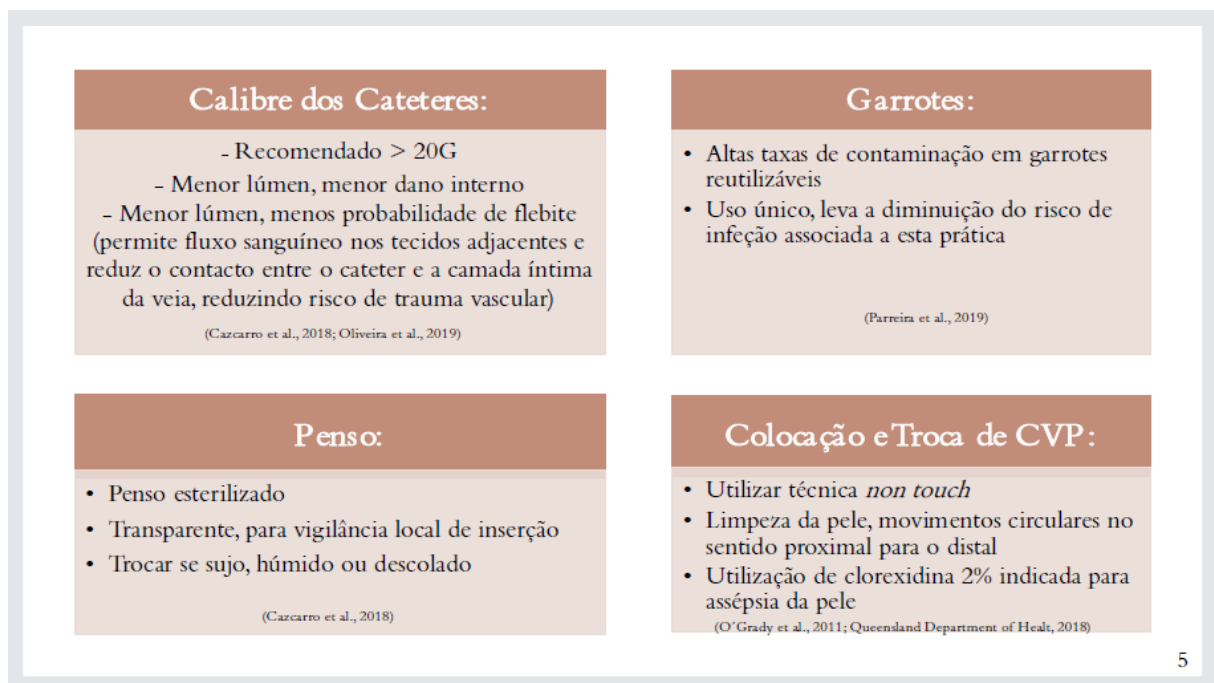
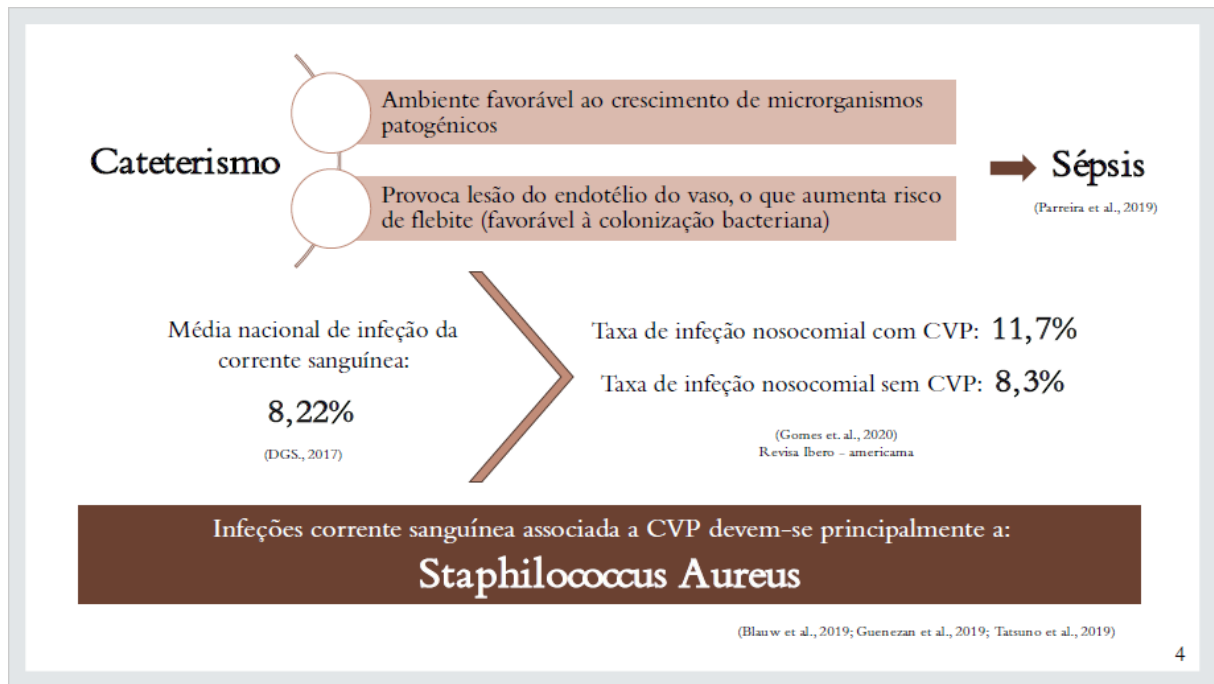
Quase metade das punções venosas falham, causando dor e ansiedade ao utente



Resultando em punções múltiplas

(Keogh & Mathew, 2019)

3



Dados financeiros e de consumo de dispositivos no SUG

2023

41025 Cateteres 20G – 21,038,17€

29949 Válvulas pressão positiva – 10,638,27€

6

Taxa de utilização de CVP no SUG

Dados retirados entre os dias
24/06/2024 – 30/06/2024

Número total: 141 pessoas

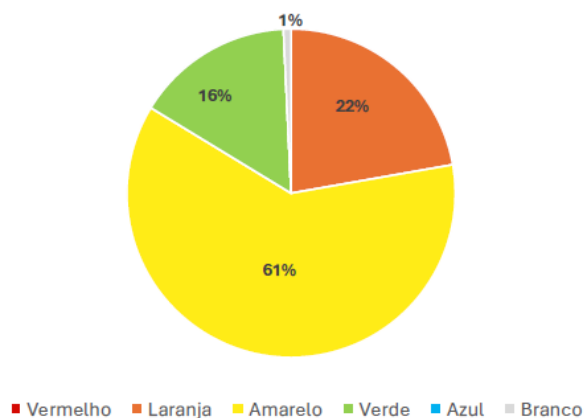
COM CVP – 135

SEM CVP – 6

7

Doentes com colocação de CVP - 135

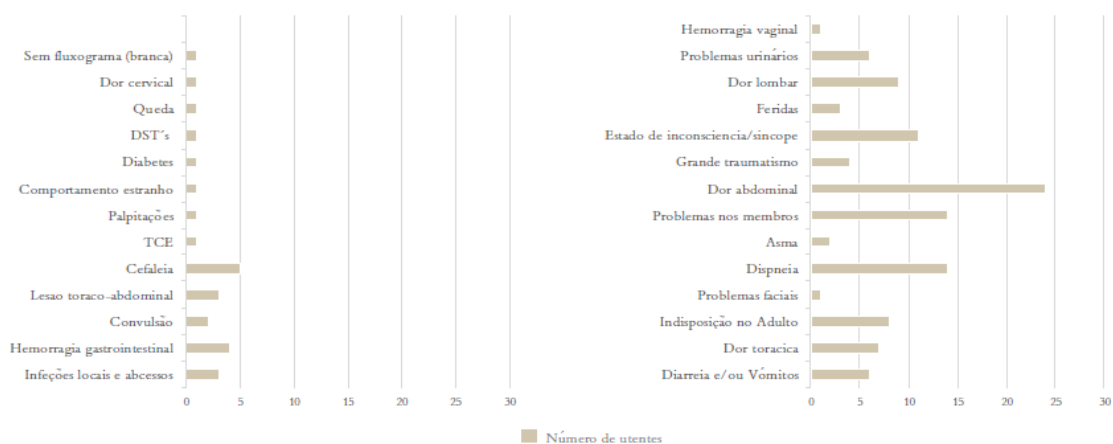
Nível de Prioridades



8

Doentes com colocação de CVP - 135

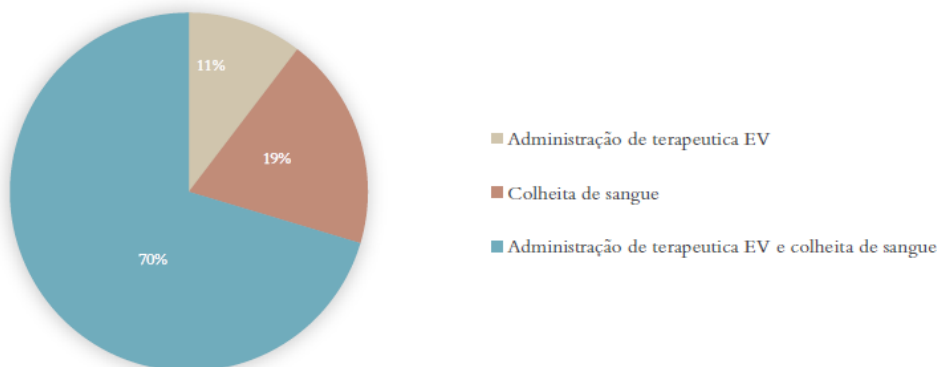
Fluxograma utilizado em doentes com CVP



9

Doentes com colocação de CVP - 135

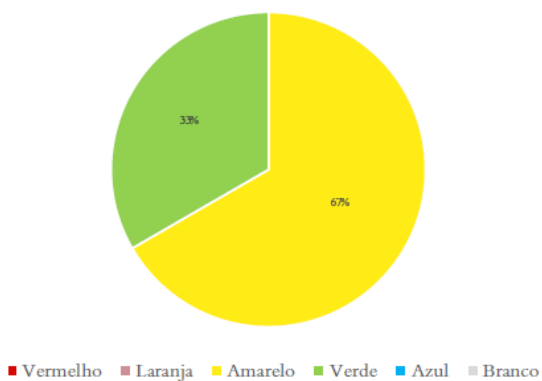
Intervenções de Enfermagem



10

Doentes sem colocação de CVP - 6

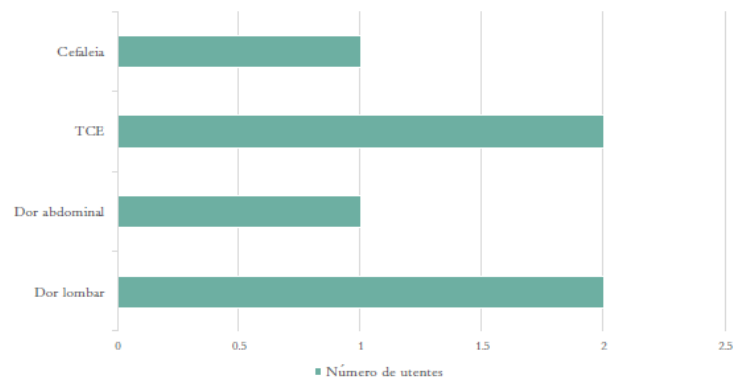
Nível de Prioridades



11

Doentes sem colocação de CVP - 6

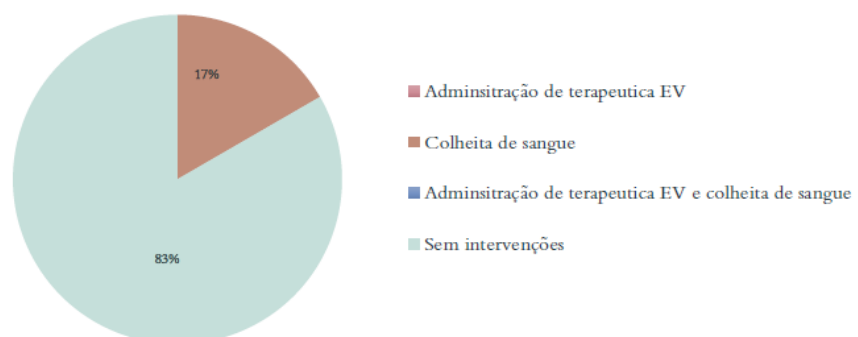
Fluxograma utilizado em doentes **sem CVP**



12

Doentes sem colocação de CVP - 6

Intervenções de Enfermagem



13

Utilização
desnecessária do CVP

No SUG !



Objetivo:

Dirigir
cuidados

Diminuir
complicações

14



Faz sentido colocar CVP em todos os doentes?

Só com colheita de sangue, fará sentido deixar CVP?

Como podemos fazer para garantir que o doente não sai
do SUG com o CVP colocado?

15



15



15

RECOMENDAÇÃO DE MELHORIA DE ACTUAÇÃO: PROCEDIMENTOS DE CUIDADOS AO CVP

Inserção

Manutenção

Remoção

16

Inserção:

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fistula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

17

Manutenção:

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional, na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com cloroheixidina antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o doente.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

18

Remoção:

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

19

Queixa na Entidade Reguladora da Saúde

Norma de Procedimento: Cuidados ao Cateter Venoso Periférico (A ser desenvolvido)

The screenshot displays a software interface for medical prescriptions. On the left, there's a menu with icons for 'Prescrições Médicas' and 'Prescrição de atitudes terapêuticas'. The main area shows a list of prescriptions. On the right, a window titled 'Lista de atitudes terapêuticas' is open, showing a list of therapeutic attitudes. The list includes: 'Aplicação De Calor', 'Aplicação De Fio', 'Aplicação De Meias De Compressão', 'Cuidados Com Cateter Intravenoso Periférico' (highlighted in blue), 'Elevação Da Cabeceira Da Cama', 'Enema De Limpeza', 'Hemofiltração', 'Isolamento De Contato', 'Medidas De Contenção Física', 'Monitorização De Sinais Vitais', 'Repouso No Leito', and 'Transfusão De Concentrado Eritrocitário'. At the bottom of the window are buttons for 'Enc.', 'OK', and 'Cancelar'.

20

Conclusão

-  IACS problema frequentemente evitável
-  Pensamento crítico sobre pertinência na colocação de CVP
-  Boas práticas devem-se sobrepor aos contextos
-  Prática baseada na evidência leva a excelência dos cuidados
-  Uniformizar esta técnica muito frequente – colocação de CVP
-  Com o objetivo de prevenção de complicações e uma melhor utilização dos recursos disponíveis

21

Referências Bibliográficas

- Blauw, M. (2019). Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated *Staphylococcus aureus* Bacteremia. *Infections Diseases Society of America*. DOI: [https://watermark.Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated Staphylococcus aureus Bacteremia | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic \(oup.com\)](https://watermark.Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated Staphylococcus aureus Bacteremia | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic (oup.com))
- Cacareo, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Corto: Revisión de las guías de práctica clínica. *Revista de Enfermagem*. ISSN 0210-5020. Vol.41 N°2 (2018), P.61-66.
- Danski, M. (2015, Novembro-Dezembro). Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paulista de Enfermagem*. (28(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500067>
- DGS (2017). Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). DOI: [https://www.DGS_PCIRA_V8.pdf \(m.gov.pt\)](https://www.DGS_PCIRA_V8.pdf (m.gov.pt))
- Guerrem, J., Dragon, B., O'Neill, R., Caillaud, D., Séraud, C., Pouzet, C., Séguin, S., Fraica, D., Mimoz, O. (2019). Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, combine or not with use of a bundle of new devices, for prevention of short term peripheral venous catheter – related infections complications and catheter failure: an open – label, single – center, randomised four – parallel group, two – by – two factorial trial: CLEAN 3 Protocol Study. DOI: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e028549.full.pdf>
- Keogh, S., Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (June February). https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literature-review-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qsr.pdf
- O'Grady, N. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections. Department of Health and Human Services, USA. Centers for Disease Control and Prevention. DOI: <https://www.cdc.gov/hai/pdf/aii-guidelines-2011.pdf>
- Oliveira, A., Pereira, P., Melo, M., Sesa, C., Braga, L., Bato, M. (2019). Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico a flebite e a segurança do doente. *Texto Contexto Enferm*. V.28. 2019. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt-1980-265X-tce-28-e20180109.pdf>
- Parriss, P., Senarbeque, B., Costa, P., Mónico, L., Oliveira, V., Sousa, L., Gama, F., Bernardo, R., Adriano, D., Marques, L., Braga, L., Graveto, L., Osório, N., Oliveira, A. (2019). Impacto de um curativo e tomiquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionada a cateteres intravasculares periféricos: um estudo intervencionista. *International Journal of Environment Research and Public Health*. (2019). DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765818/>
- Queensland Department of Health (2018). Guideline For Peripheral Intravenous Catheter (PIVC) Department of Health. DOI: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/444490/care-pivc-guideline.pdf
- Tatsuo, K. (2019). Clinical Features of Bloodstream Infections Associated With Peripheral Venous Central Venous Catheter. Department of Infection Control and Prevention, the University of Tokyo Hospital. Disponível na WWW:URL Clinical Features of Bloodstream Infections Associated with Peripheral Venous Central Venous Catheters | SpringerLink
- Zingg, W., Barton, A., Birnmeier, J., Eggmann, P., Pajol, M., Simon, A., & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A survey review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.inpp.2023.100271>.

Apêndice IV: Norma de Procedimento dos Cuidados ao Cateter Venoso Periférico

NORMA DE PROCEDIMENTO

Cuidados ao Cateter Venoso Periférico

APROVAÇÃO

OBJETIVO	Definir cuidados ao cateter venoso periférico; Indicar em que situações colocar cateter venoso periférico
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros/as
PALAVRAS-CHAVE	Cuidados; Indicações; Cateter; Venoso; Periférico

Autores	Inês Romão, ,	2024.11.14
Verificação SGI/CGS		2024.11.19
Aprovação		2024.11.22
Divulgação		2024.11.22
Versão	1	–

DESCRIÇÃO

1. DEFINIÇÃO

A administração endovenosa, é uma das técnicas mais utilizadas em meio hospitalar, através da utilização de cateteres venosos periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais. Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico (CVP) pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas (Zingg et al., 2023).

É importante referir que a colocação de um cateter em veia periférica deve acontecer apenas para o uso único e exclusivo da finalidade para a qual foi desenvolvido: administração de fluidos, terapêutica, hemoderivados e nutricionais e desta forma diminuir o risco de infeção associado ao procedimento (Gomes et. al., 2020).

2. INDICAÇÕES

A colocação de um cateter venoso periférico deve acontecer nas seguintes situações:

1. Soroterapia e/ou terapêutica que não seja administrada através de bólus;
2. Sempre que a situação indique risco elevado do/a doente ou grande probabilidade de acontecer o descrito em 1.

3. RECOMENDAÇÕES

Com o objetivo de se estabelecer uma prestação de cuidados baseados na evidência, existem algumas recomendações relativas aos cateteres venosos periféricos:

3.1. Calibre do cateter

O cateter escolhido deve ser superior a 20G, uma vez que optando por um calibre menor, o dano do vaso será consecutivamente menor, permitindo manter o fluxo sanguíneo nos tecidos adjacentes, pela redução do contato do cateter com as paredes da veia. Isto reduz tanto o trauma vascular como a probabilidade de desenvolvimento de flebites (Cazcarro et al., 2018; Oliveira et al., 2019; Gomes et al., 2020).

3.2. Garrote

Pela alta taxa de contaminação na reutilização do garrote, este deve ser de uso único de forma a diminuir o risco de infeção associado a esta prática (Parreira et al., 2019).

3.3. Penso

O penso utilizado para a fixação do cateter tem de ser esterilizado. Deve ser transparente para que se possa vigiar o local de inserção do cateter. O penso deve ser trocado sempre que se encontrar conspurcado, húmido ou quando não se encontra aderente (Cazcarro et al., 2018).

4. PROCEDIMENTO TÉCNICO

Na tabela seguinte, encontram-se as indicações relativas à **Inserção, Manutenção e Remoção** dos cateteres venosos periféricos (Keogh & Mathew, 2019; Zingg et al., 2023):

Inserção

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fístula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

Manutenção

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional e anti refluxo, apenas na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com *clorohexidina* antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do/a doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o/a doente.

Remoção

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.
- A cada 8h quando não está a ser utilizado.
- Registo de remoção.

5. REGISTOS INFORMÁTICOS

Após a colocação de um cateter venoso periférico, deve ser realizado o registo em SClinico em Notas de Enfermagem. Após a retirada do acesso, o registo desta ação deve ser realizado da mesma forma.

6. INFORMAÇÕES AO DOENTE

Quando é colocado um cateter venoso periférico a um/a doente, este e a família devem ser instruídos para após o momento da alta médica, se dirigirem ao gabinete de enfermagem do respetivo setor para a exteriorização do dispositivo.

7. ALTA

No momento da Alta médica, o médico tem de informar o doente para este se dirigir a um gabinete de enfermagem para proceder à remoção do CVP ou informar o/a enfermeiro/a da necessidade da sua remoção.

Em caso de Alta Médica os CVP's deverão ser removidos a todos os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cazcarro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Corto: Revision de las guias de práctica clínica. Revista de Enfermagem. ISSN 0210-5020. Vol.41 N°2 (2018), P.61-66.
- Gomes, B. M., Mendes, J. L. L., & Pedro, A. J. M. D. (2020, Abril). Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico. RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. (6)1. P. 2135-2149. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/406/674
- Keogh, S., & Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Issue February). https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literaturereview-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qut.pdf
- Oliveira, A., Parreira, P., Melo, et al. (2019) Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente. Texto Contexto Enferm. V.28. 2019. DOI: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1880-265X-tce-28-e20180109.pdf
- Parreira, P., Serambeque, B., Costa, P., et al. (2019). Impacto de um curativo e tomiquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionadas a cateteres intravasculares

periféricos: um estudo intervencionista. *International Journal of Environment Research and Public Health*. (2019). DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765818/>

Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., et al. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>.

Apêndice V: Folheto Informativo “Guia de Acolhimento para Familiares”

Como proteger o meu familiar:

Antes de tocar deve:

- Lavar as mãos
- Desinfetar as mãos
- Colocar máscara (quando aconselhado)
- Vestir avental ou bata (dependendo do que for aconselhado)

Quando termina a visita, deve:

- Retirar o avental ou bata
- Lavar as mãos
- Desinfetar as mãos



Serviços de Apoio

- Serviço de Psicologia
- Serviço Religioso
- Serviço Dietética
- Serviço Social

Sempre que achar necessário, alguns dos serviços de apoio para o seu familiar, comunique à equipa de enfermagem.

Realizado: Inês Romão (Aluna do II Mestrado em Enfermagem Médicocirúrgica na Área de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica) sob orientação do Prof. Mestre Célia Vaz

Guia de Acolhimento para Familiares



Unidade de Cuidados Intensivos

O seu familiar encontra-se internado na unidade de cuidados intensivos (UCI) do que tem como objetivo a prestação de cuidados diferenciados de elevada qualidade. Esta unidade está preparada a nível tecnológico e profissional, para prestar cuidados diferenciados centrados no doente crítico, com o objetivo de suporte e manutenção de vida. Ao entrar na UCI, é natural encontrar diversos dispositivos em torno do seu familiar. Dispositivos e monitores com alarmes sonoros são facilmente reconhecidos pelos profissionais, são apenas alertas para pequenas variações da monitorização do seu familiar. 	<u>Pode encontrar na UCI</u> Pode encontrar o seu familiar sedado ou adormecido e conectado a um ventilador, através de um tubo, nesta fase o seu familiar não lhe vai conseguir responder se tentar comunicar devido à sedação. A função do ventilador é “ajudar” o seu familiar a respirar, enquanto este se encontra sob medicação sedativa.  <u>Informações</u> • As informações podem ser transmitidas pessoalmente durante o período de visita. • Fora do período de visita será o enfermeiro da UCI a estabelecer contacto com a pessoa de referência. • O contacto é realizado pelo enfermeiro entre as 9h e as 13h. Sendo este o momento ideal para agendar a visita. • A pessoa de referência é um elemento escolhido pelo doente, quando possível, pode ou	Antes de entrar na UCI, não se esqueça de deixar os seus objetos pessoais no bengaleiro à entrada (malas, casacos, entre outros) <u>Visitas</u> • A visita pode efetuar-se diariamente no horário das 13h às 19h, mediante agendamento prévio. • É permitida a presença de apenas uma visita junto do doente, no máximo de duas pessoas e durante o período de uma hora. • Para marcação contacte a UCI entre as 14h e as 17h. • 211 577 181 / 910 237 085 • Fora deste horário: i • O doente pode escolher as suas visitas. Não sendo possível, esse direito pode ser exercido pelos familiares diretos. • Não deverá deixar junto ao doente alimentos, vestuário, flores ou artigos de valor. <u>Por necessidade de cuidados ao doente ou em situação de emergência a permanência da visita poderá ser, pontualmente, alterada.</u>
---	--	--

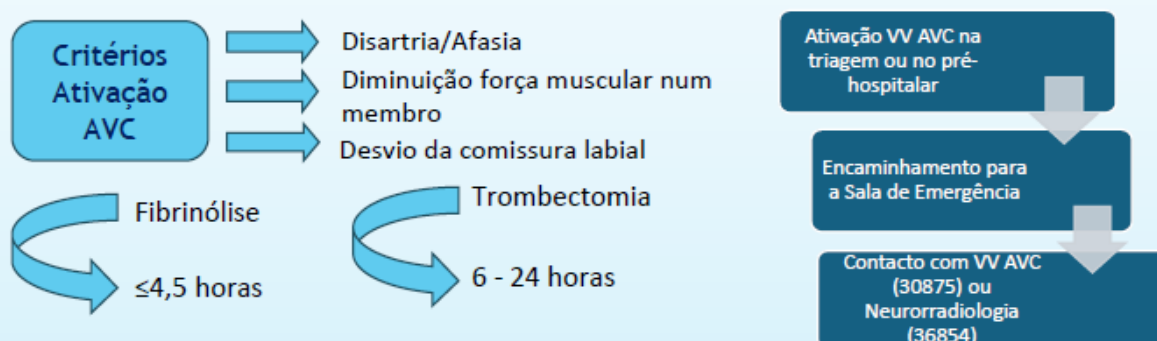
Apêndice VI: Póster “Utentes com AVC candidatos a revascularização cerebral”



Utentes com AVC candidatos a revascularização cerebral

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte e de incapacidade em adultos em Portugal. O restabelecimento do fluxo sanguíneo é efetivo na redução da morbilidade a longo prazo. A Trombectomia endovascular associada ao rtPA promove a autonomia funcional e diminui a mortalidade. É essencial uma estratégia integrada, sistematizada e organizada nos vários momentos: abordagem inicial, encaminhamento e tratamento adequado.



Intervenções de Enfermagem

A	Assegurar via aérea permeável. Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea. Colaborar na entubação endotraqueal, se Glasgow < 8.
B	Monitorizar SpO2 Administrar O2 suplementar, se SpO2 < 95%
C	Monitorizar frequência cardíaca e tensão arterial. (TAS < 185mmHg e D < 110mmHg) Cateterizar acesso venoso periférico lado contrário às queixas (colheita analítica). Se indicação para fibrinólise/trombectomia colocar 2º acesso venoso.
D	Avaliar estado neurológico. Avaliar tamanho e reatividade das pupilas. Avaliar força muscular. Avaliar glicémia capilar (60 – 180mg/dl), se necessário corrigir.
E	Avaliar temperatura corporal.
	Efetuar tricotomia inguinal bilateral. Colocar SNG, se vômitos, sialorreia ou Glasgow < 8. Efetuar algaliação, antes do tratamento de fibrinólise ou trombectomia (pelo risco de retenção urinária). * Os procedimentos invasivos devem ser realizados antes da fibrinólise e trombectomia pelo risco hemorrágico associado.

Referências Bibliográficas

Realizado: Inês Romão (II Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) sob orientação do e docente Prof. Mestre Célia Vaz



Apêndice VII: Póster “Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão *Scoping*”

Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica : Revisão Scoping

Inês Romão^{1, J}

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira

Introdução:

Nos serviços destinados à pessoa em situação crítica (PSC), a comunicação é uma das intervenções realizadas junto do doente e/ou família. A comunicação de más notícias é das intervenções que mais exige preparação dos Enfermeiros para prevenir efeitos indesejáveis nas famílias da PSC.

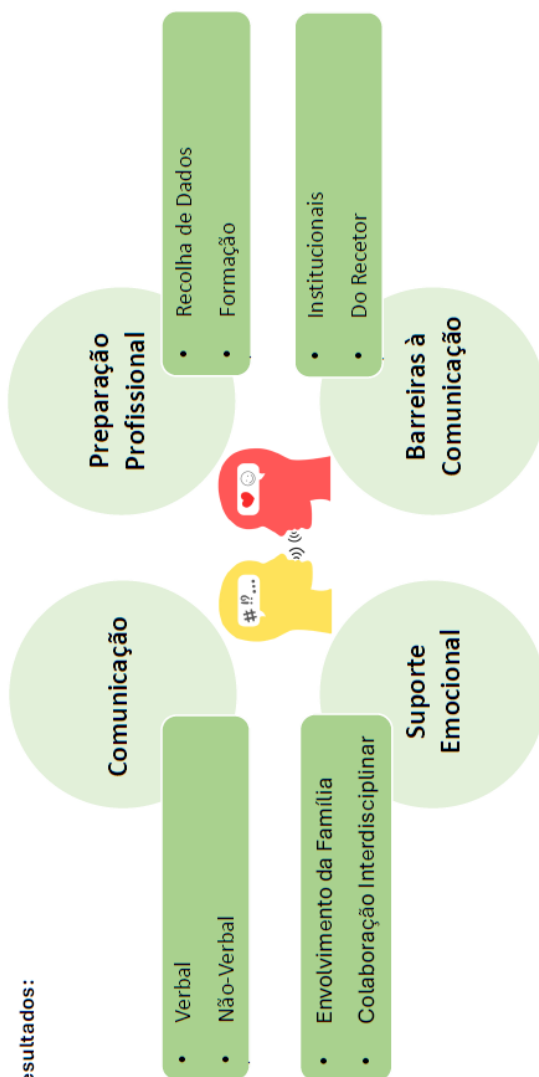
Objetivos:

Mapear a evidência científica acerca das intervenções da Enfermagem na comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos:

Realizada uma Revisão Scoping, utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute. Segundo o acrónimo PCC definiu-se como – P (População): os Enfermeiros, C (Conceito): as intervenções de Enfermagem na comunicação de más notícias à família, C (Contexto): pessoa em situação crítica. Foram identificados um total de 956 artigos nas bases de dados EBSCOhost e SCOPUS. Excluídos por duplicados, pelo título e pelo resumo 910 artigos. Após leitura integral foram selecionados 10 artigos para inclusão na revisão scoping, publicados entre 2018 e 2024.

Resultados:



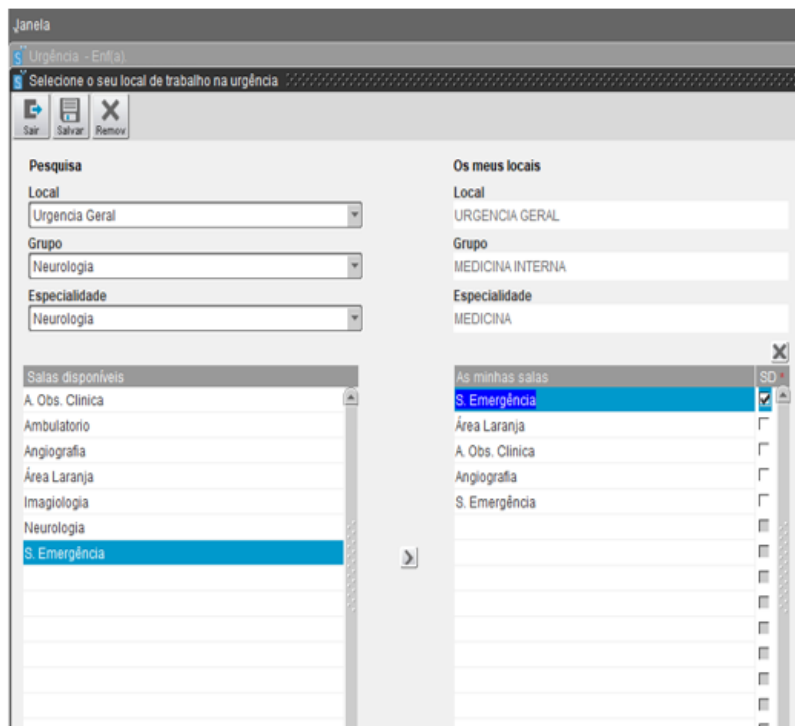
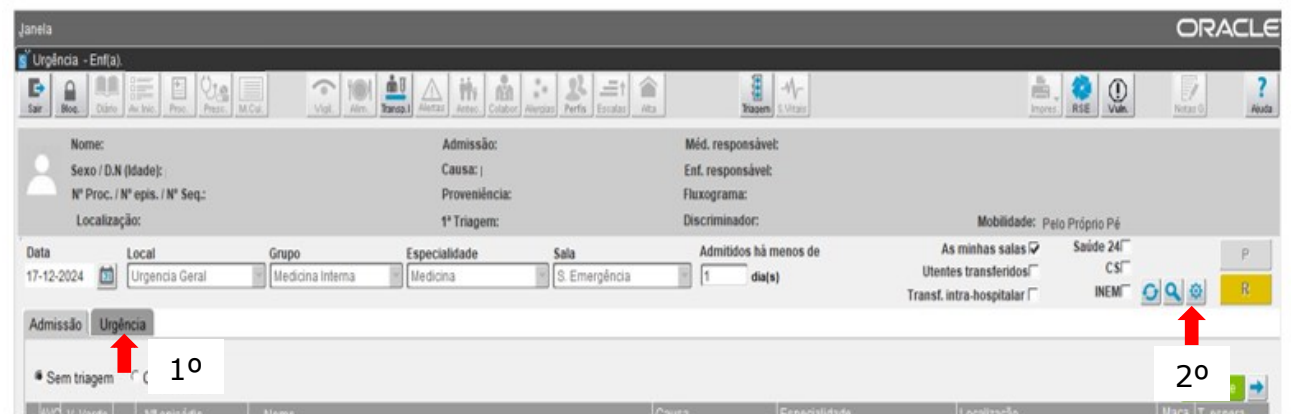
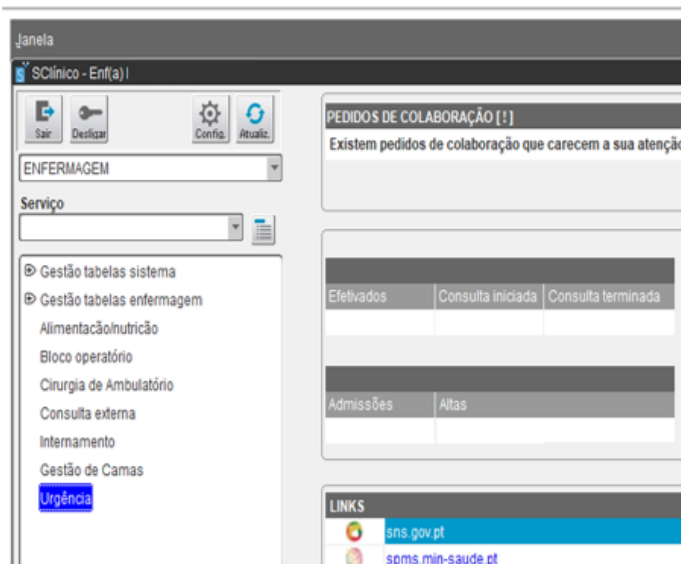
Conclusão:

A comunicação de más notícias é uma competência bastante importante para o Enfermeiro na abordagem à Pessoa em Situação Crítica, uma vez que determina a perceção da família sobre o processo de doença ou até mesmo da morte, do doente crítico.

Referências Bibliográficas:



Apêndice VIII: Sessão de Formação em Serviço SClinico Modo Urgência na Cardiologia de Intervenção



Janela

Urgência - Ent(a) |

Nome: Admissão: M
Sexo / D.N (idade): Enf
Nº Proc. / Nº epis. / Nº Seq.: Proveniência: Fluxograma:
Localização: 1ª Triagem: Discriminador:

Data: Local: Grupo: Especialidade: Sala: Admitidos há menos de: As minhas salas ☐ Saúde 24h ☐
17-12-2024 Urgência Geral 1 dia(s) Utentes transferidos ☐ CSI ☐
Transf. intra-hospitalar ☐ INEMI ☐

Admissão Urgência

3º Mudar o Grupo para branco

2º Seleccionar Urgência

4º Ir lupa para pesquisar

Medico resp.	Enfermeiro resp.	Especialidade	Localização
		Medicina	Imagiologia
		Cirurgia Geral	Cirurgia Geral
		Medicina	Área Laranja
		Medicina	A. Obs. Clínica
		Medicina	A. Obs. Clínica
		Medicina	Imagiologia
		Medicina	Urgência Alta Pendente 2
		Medicina	Área Laranja
		Medicina	Imagiologia
		Medicina	Área Laranja

Janela

Urgência - Ent(a) |

Pesquisa de utentes

Sair

De: 16-12-2024 a: 17-12-2024 Admitidos há menos de: 1 dia(s) Estado/Localização: Urgência

Nº episódio: Nº processo: Nº utente: Nome: nome%apelido Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Episódio	Nome utente	Admissão	Última Triagem	Atendimento	Alta	Grupo	Especialidade
----------	-------------	----------	----------------	-------------	------	-------	---------------

Se não aparecer na primeira pesquisa trocar estado para admissão:

Janela

Urgência - Ent(a) |

Pesquisa de utentes

Sair

De: 16-12-2024 a: 17-12-2024 Admitidos há menos de: 1 dia(s) Estado/Localização: Admissão

Nº episódio: Nº processo: Nº utente: Nome: nome%apelido Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Episódio	Nome utente	Admissão	Última Triagem	Atendimento	Alta	Grupo	Especialidade
----------	-------------	----------	----------------	-------------	------	-------	---------------

ANEXOS

Anexo I: Certificação MRMI



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Inês Miriam Sobral Romão**, natural de Almada, nascida a 13/03/1990, titular do n.º de identificação 13781901, válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 24 a 26 de abril de 2024, com a duração de 24 horas, em Almada.

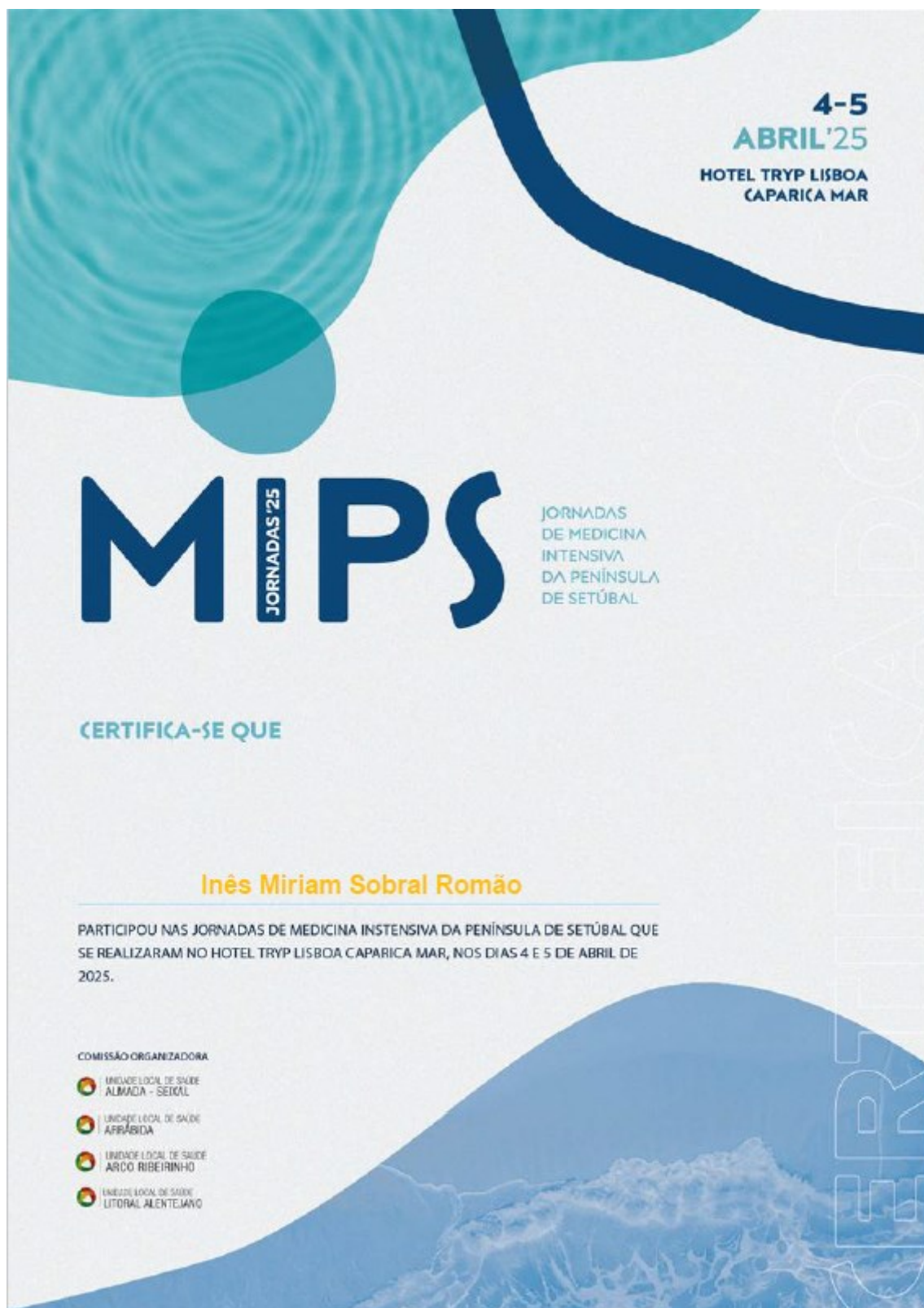
Funchal, 03 de maio de 2024



(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º 51/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho.
MIDTC

Anexo II: Certificado de Participação nas Jornadas de Medicina Intensiva



Anexo III: Certificado de Apresentação de Póster “Intervenções de
Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em
Situação Crítica: Revisão *Scoping*”



**4-5
ABRIL'25**
HOTEL TRYP LISBOA
CAPARICA MAR

MIPS

JORNADAS
DE MEDICINA
INTENSIVA
DA PENÍNSULA
DE SETÚBAL

CERTIFIKA-SE QUE

Inês Romão

Participou nas 1as Jornadas Medicina Intensiva da Península de Setúbal, que se realizaram no Hotel Tryp Caparica Mar, nos dias 4 e 5 de Abril de 2025, e apresentou o **POSTER**:
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO SCOPING"

AUTORES: Inês Romão, Joana Telinhos, Sofia Padinha

COMISSÃO ORGANIZADORA

- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA - SEIXAL
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ARRABIDA
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ARCO RIBEIRINHO
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LITORAL ALentejano

Anexo IV: Certificado de Curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN)



Para os devidos efeitos se declara que Inês Miriam Sobral Romão realizou o Curso **Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN®**, nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2019 em Lisboa, com a duração de 25 horas teórico-práticas, tendo obtido a classificação final de 92,5 /100.

Director do Curso


Cândida Durão

Coordenador do Curso


Carla Nascimento

Anexo V: Declaração de integração no grupo de controlo e dinamização da Sala de Emergência



SNS
SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



HOSPITAL
Garcia de Orta

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos curriculares se declara que a Sr^a Enf^a Inês Miriam Sobral Romão, com cédula profissional número 77024 e com o número mecanográfico 70377, no exercício das suas funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., desde 15 de janeiro de 2013, é um dos elementos pertencentes ao grupo de controlo e dinamização da Sala de Emergência, desde janeiro de 2015 a janeiro de 2017 e de março 2024 até à atualidade.

Almada, junho 2025

Enfermeiro Gestor do Serviço Urgência Geral


ANTÓNIO ROCHA
ENFERMEIRO CHEFE

Anexo VI: Certificado de Formação de Triagem de Prioridades na Urgência



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.

A referência à Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO GARCIA DE ORTA

Entidade Acreditada pela ACES através do Despacho 13079/06, Proc. Renovação nº 034/16-11-2020

Certifica-se que **INES MIRIAM SOBRAL ROMAO** natural de Almada, nascido a 13-03-1990, nacionalidade Portugal, sexo Feminino, portador do Cartão de cidadão nº13781901-3ZW4, válido até 03-08-2031, frequentou a 23-05-2016 com a duração total de 07h00 horas, o Curso de Formação Profissional

Triagem de prioridades na Urgência

Que decorreu a 23-05-2016, com a duração total de 07h00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 06 de fevereiro de 2024

P^o CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Ana Jorge
Presidente
Centro Garcia de Orta
Ensino e Formação
Garcia de Orta

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Enf.^a Clara Rocha
Coord. Centro Garcia de Orta
Formação, Ensino e Inovação

Certificado Nº 0/2016

MORADA
Av. Torrado da Silva
805-267 Almada

CONTACTO
351 212 640 294
geral@ego.min-saude.pt

www.hosp-garcia-de-orta.pt

Anexo VII: Certificado de Formação de Motivação e Liderança para Chefias de Equipa



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 22 de Abril)

CENTRO GARCIA DE ORTA

Entidade Acreditada pela ACES através do Despacho 130/5666, Proc. Renovação nº 034/14-11-2020

Certifica-se que **INES MIRIAM SOBRAL ROMAO** natural de Almada, nascido a 13-03-1990, nacionalidade Portugal, sexo Feminino, portador do Cartão de cidadão nº13781901-3ZW4, válido até 03-08-2031, frequentou a 19-04-2017 com a duração total de 21h00 horas, o Curso de Formação Profissional

Motivação e Liderança para Chefias de Equipa

Que decorreu a 19-04-2017, com a duração total de 21h00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 06 de fevereiro de 2024

P' O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Ana Jorge
Presidenta
Centro Garcia de Orta
Ensino Superior
Garcia de Orta

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Enf.ª Clara Rocha
Coord. Centro Garcia de Orta
Formação, Inovação e Integração

Certificado Nº 665/2017

ENDEREÇO
Av. Torrado da Silva
805-267 Almada

CONTACTO
351 212 640 294
geral@ego.min-saude.pt

www.egos.saude.pt