



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos

Vera Sofia Abrantes Almeida

Orientação: Professor Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica - a Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos

Vera Sofia Abrantes Almeida

Orientação: Professor Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica - a Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Ermelinda Caldeira

Arguente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientador: Professor Hugo Franco

Setúbal, 2023

DEDICATÓRIA

À minha mãe que sempre me apoiou
Ao meu pai que sempre me incentivou
E aos meus sobrinhos que me inspiram todos os dias

AGRADECIMENTOS

O percurso académico que culminou na elaboração deste relatório, foi pautado por diversas dificuldades e obstáculos, os quais não foram ultrapassados sem ajuda.

Assim, dirigem-se os mais sinceros agradecimentos:

Ao professor Hugo Franco, por toda a orientação, apoio, disponibilidade e muita paciência.

Às enfermeiras orientadoras de ambos os contextos de estágio, pelo incentivo, acompanhamento e partilha de conhecimentos, pelo apoio nas atividades desenvolvidas, pelos momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas.

Às colegas de curso pertencentes ao grupo de trabalho que acompanhou todo o percurso formativo teórico nas diversas unidades curriculares, pela amizade, companheirismo, apoio, incentivo e motivação. Foram uma inspiração.

Aos amigos pessoais, que sempre acreditaram no sucesso deste percurso, que ajudaram, partilharam conhecimentos, incentivaram, motivaram e estiveram sempre presentes. Um especial agradecimento ao Rui Guerreiro, Judite Constâncio, Isa Félix e José Costa.

RESUMO

A pessoa admitida em unidade de cuidados intensivos necessita de cuidados de enfermagem diferenciados durante um processo transitório de saúde-doença que nunca é vivenciado apenas pelo próprio, mas também pela sua família.

O cuidado à família deve ser uma das preocupações dos enfermeiros, incluindo-a nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, com vista a promover a sua recuperação.

A complexidade do ambiente e dos cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos pode apresentar um impacto negativo nas famílias. Assim, o acolhimento à família torna-se no momento privilegiado para a identificação precoce das suas necessidades, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica para o planeamento de intervenções personalizadas e dirigidas à minimização desse impacto.

A construção do Projeto de Intervenção Profissional ao longo do estágio, surge como tentativa de dar resposta a esta problemática. A Norma de Acolhimento à família e o Guia de Acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica foram dois instrumentos criados ao longo do percurso, para dar resposta às necessidades identificadas.

No presente relatório, encontra-se ainda, uma descrição reflexiva acerca da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, bem como das competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Família; Acolhimento; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The admitted person in the intensive care unit needs differentiated nursing care during the transitory process of health illness that is never experienced only by himself, but also by their family.

The care of the family should be one of the concerns of the nurses, including it in the healthcare of the person in a critical condition, in a way that promotes his recovery.

The complexity of the environment and the intensive care provided may present a negative impact on the families. Therefore, the reception of the families becomes the privileged moment for the precocious identification of their needs, enabling the creation of a therapeutical relationship for the planning of personalized directed interventions at minimizing that impact.

The construction of the Project of Professional Intervention during the internship appears as an attempt to provide an answer to this problem. The Reception Norm and Reception Guide to the Family of the Person in a Critical Condition were two instruments created during this internship to provide answers to the identified needs.

The present report also provides a thoughtful description of the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – Person in a Critical Condition, has the skills of a Master's in nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Condition; Family; Reception; Intensive Care Unit.

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Síntese das intervenções de enfermagem identificadas na Revisão Scoping ...	39
TABELA 2 - Sugestões para Guia de Acolhimento	59
TABELA 3 - Extração de dados relativos ao agendamento de visitas	60
TABELA 4 - Inquérito de Satisfação	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Tratamento de dados do inquérito para validação do tema de projeto 57

GRÁFICO 2 - Regime de Agendamento de Visitas59

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 - Análise SWOT do Problema Identificado	60
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

BO	Bloco Operatório
BPS	Behavioral Pain Scale
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral de Saúde
EEEMC-PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GCCT	Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN	International Council of Nurses
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	<i>Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
LA	Linha Arterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PIP	Projeto de Intervenção Profissional
PNEPC	Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RAM	Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
SO	Serviço de Observação
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida

SUG	Serviço de Urgência Geral
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UIPA	Unidade de Internamento Polivalente de Agudos
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	19
1.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	19
1.2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DO CUIDAR.....	27
1.3 ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UCI.....	30
1.4 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM UCI: UMA REVISÃO SCOPING.....	34
2 APRECIACÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	39
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	40
2.1.1 Estrutura, Recursos Humanos e Materiais.....	41
2.1.2 Produção de Cuidados.....	43
2.2 UCI CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.....	45
2.2.1 Estrutura, Recursos Humanos e Materiais.....	46
2.2.2 Produção de Cuidados.....	49
3 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	53
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	54
3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	61
3.3 PLANEAMENTO, MEIOS E ESTRATÉGIAS, E EXECUÇÃO.....	62

3.4	AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	70
4	ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DO DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	74
4.1	MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	75
4.2	COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	76
4.3	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	80
4.4	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PSC	99
5	CONCLUSÃO.....	119
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
	APÊNDICES	136
	Apêndice 1 – Resumo Artigo Científico.....	137
	Apêndice 2 - Inquérito Para Validação Do Tema Acolhimento À Família da PSC	141
	Apêndice 3 - Cronograma de Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos – 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023	144
	Apêndice 4 - Norma De Acolhimento À Família Da Pessoa Em Situação Crítica Na Unidade De Cuidados Intensivos De Cirurgia Cardiotorácica	146
	Apêndice 5 - Guia De Acolhimento	151
	Apêndice 6 - <i>Check-List</i> De Acolhimento.....	154
	Apêndice 7 – Poster Científico.....	156
	Apêndice 8 – Plano De Cuidados	158

ANEXOS	170
Anexo 1 – Certificado Congresso Enfermagem Intensiva 2023	171
Anexo 2 - Certificado Webinar Do Departamento De Enfermagem Médico--Cirúrgica / Adulto E Idoso - Esel: A Evidência Na Intervenção Clínica	173
Anexo 3 - Webinar A Família Na Transição Saúde - Doença-Intervenção De Enfermagem....	175
Anexo 4 – Certificado Congresso VII Jornadas Técnicas De Medicina Intensiva	177
Anexo 5 - Certificado SBV	179
Anexo 6 - Certificado SAV	181
Anexo 7 - Certificado ITLS	183

INTRODUÇÃO

Na sequência da Unidade Curricular Relatório, inserida no 2º ano do 6º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Évora, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Beja, surge o presente relatório, que visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC).

O referido Mestrado, encontra-se regulamentado em Diário da República, n.º 84/16, 2ª Série, pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio (Ministério da Educação e Ciência, 2016), retificado em 6 de agosto de 2018 pela Declaração de Retificação n.º 652/2018 (Universidade de Évora [UE], 2018).

Já as condições para atribuição do grau de Mestre, encontram-se regularizadas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 e respetivas modificações, sendo a publicação mais recente, o Decreto-Lei n.º 65/2018 publicado no Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto. Segundo este documento, o grau de Mestre é atribuído a todos os que demonstrem: deter conhecimentos que permitam a sua aplicação nos diversos contextos, muitas vezes no âmbito da investigação, assim como a capacidade de aprofundar e desenvolver os conhecimentos já adquiridos; saber empregar os seus conhecimentos na resolução de problemas nos mais diversos contextos; competência para gerir situações complexas, desenvolver resoluções, ou mesmo, emitir juízos, refletindo sobre as implicações e responsabilidades sociais e éticas, que advenham dessas soluções e juízos; ter a capacidade de comunicar conhecimentos e conclusões de forma clara e evidente; capacidades que permitam manter uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada ou autónoma (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

O mesmo Decreto-Lei, no Artigo 20.º, revela que, para a obtenção do grau de Mestre, o ciclo de estudos deve integrar *“uma dissertação de natureza científica, ou um trabalho de projeto, (...), ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)”* (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p.4164).

Neste sentido, com este Relatório, pretende-se uma descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas à luz da evidência científica, no decorrer dos dois períodos de estágio inerentes a este curso, por forma a ser submetido a prova pública perante um júri, conforme descrito no Regulamento de Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2017a).

Importa ainda referir que, de acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem, o grau de mestre deve garantir a aquisição de uma especialização de carácter profissional, assim como, de conhecimento científico que permita, pela sua aplicabilidade, a resolução de problemas em novas circunstâncias e em domínios alargados e multidisciplinares. Assim, e segundo o mesmo documento, são tidos como objetivos do Mestrado, *“desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem (...)”, “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (...)”, “capacitar para a governação clínica (...)”* e *“contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”* (AESES, 2017b, p.5).

É suposto o presente relatório espelhar as competências adquiridas ao longo deste percurso académico, indo de encontro às competências estipuladas nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e das Competências Específicas do EEEMC-PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nesta sequência, é através dos dois períodos de estágio decorridos no 1º semestre do 2º ano letivo, e da implementação de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) desenvolvido nesses contextos, que será possível dar resposta a todos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de EEEMC-PSC.

Ressalva-se que o referido PIP segue a metodologia de projeto, a qual tem como objetivo *“(...) centrar-se na resolução de problemas (...)”* e, através da mesma *“(...) adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real”*, sendo ainda, vista como *“(...) uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática”* (Ruivo et al., 2010, p.3). Assim, o projeto tem por base a investigação, análise e resolução de um problema, sendo flexível e dinâmico no que se refere às atividades a desenvolver com vista à sua concretização, ajustando-se e adaptando-se, sempre que necessário. É um processo que se centra na intervenção, ou seja, não se limita apenas ao estudo da problemática em causa, mas visa ainda, a implementação de procedimentos que permitam a resolução do problema identificado (Ruivo et al. 2010).

Desta forma, o relatório assume como tema, a problemática abordada no PIP, e que se reporta ao *“Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos”*.

A preferência por esta temática prende-se, não só pela sua extrema importância, mas também pela deteção da inexistência de um protocolo de acolhimento à família ou mesmo um guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica (PSC) na UCI onde decorreu o estágio final. O problema identificado foi apresentado à enfermeira orientadora do estágio, ao professor orientador e à enfermeira gestora, tendo sido devidamente discutido e validado entre todos estes intervenientes.

A evidência (Lusquiños et al., 2019) demonstra que a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), necessita de terapia intensiva contínua e de tecnologia de suporte, por forma a manter a sua estabilidade fisiológica. Para estas autoras, o processo de doença nunca é vivenciado apenas pela pessoa doente, mas também pela sua família, a qual sofre o impacto deste acontecimento. Assim, uma das preocupações dos enfermeiros deve ser o cuidado à família, e não apenas na pessoa doente, sendo a família vista como uma extensão desta. Ainda segundo as mesmas autoras, a exigência dos cuidados intensivos em termos de tecnicidade, tende a levar os profissionais de enfermagem a apostar no desenvolvimento de competências na área da tecnologia direcionada ao cuidado ao doente crítico, assumindo este como o centro dos seus cuidados e descurando o cuidado à família e a importância desta no processo de recuperação do seu ente.

Lusquiños et al. (2019) defendem a inclusão da família nos cuidados de saúde, por forma a reduzir o impacto do internamento nas UCI's, assumindo-se como um dever ético e moral, com consequências significativas na saúde dos seus elementos e influenciando o processo de doença.

Para Fettermann et al. (2019), a complexidade do contexto das UCI's, é, para os familiares, um ambiente desconhecido, sendo associado a sentimentos de sofrimento, devido a todo o aparato tecnológico que envolve o doente crítico. Surge assim, a sensação de ameaça de morte, gerando emoções negativas no utente e seus familiares, como dúvida, medo, ansiedade, angústia e depressão.

Segundo Araújo et al. (2021), o acolhimento de famílias em UCI's torna-se essencial, uma vez que este processo permite a origem de novos sentimentos relacionados com o vínculo criado com os profissionais de saúde, minimizando sensações como medo e impotência. Para as autoras, *“(...) ao praticar o acolhimento, a equipe de saúde desenvolve uma assistência humanizada, que não é apenas centrada no paciente, mas considera a sua família na relação do cuidado”*, (Araújo et al., 2021, p.2).

O desenvolvimento desta temática ao longo do relatório, é suportado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, que a define como um processo desencadeado por acontecimentos críticos e modificações, em pessoas ou ambientes. Segundo esta teoria, os enfermeiros são tidos como os principais cuidadores dos utentes e famílias, que atravessam processos de transição, pelo que, tendem a ser quem os prepara antecipadamente para as iminentes transições, facilitando a aprendizagem de novas capacidades relacionadas com as suas vivências de saúde e doença (Meleis et al., 2010).

Justifica-se, ainda, a pertinência do tema, à luz dos Padrões de Qualidade de Enfermagem, no que se refere ao enunciado “A Satisfação do Cliente”, o qual visa a busca constante da excelência no exercício profissional, por forma a conseguir elevados níveis de satisfação por parte dos utentes. De entre as várias vertentes, associadas a este enunciado, destaca-se “o

envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”, “*a procura constante da empatia nas interações com o cliente*”, e “*o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.14). Pretende-se assim, alcançar um equilíbrio entre o grau de satisfação do utente e família e a capacidade de resposta dos profissionais de enfermagem, através da otimização de um processo de acolhimento à família eficaz, tendo por base a empatia e o grau de confiança estabelecido nesta tríade.

De salientar que este trabalho é desenvolvido, tendo como pilar o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, para quem as “(...) *competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais*” (Benner, 2005, p.39). Segundo a mesma autora, o conhecimento prático adquire-se com o tempo e experiência, ou seja, a prática é desenvolvida pela aprendizagem sustentada pela experiência (Benner, 2005).

Posto isto, foi definido como objetivo geral deste relatório: realizar uma reflexão crítica e descritiva das competências de Mestre em Enfermagem, das competências comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem e específicas de EEEMC-PSC, adquiridas durante os dois períodos de estágio, assim como das atividades desenvolvidas que permitiram essa aquisição.

Definiu-se ainda, como objetivos específicos:

- Descrever os contextos em que ambos os estágios foram desenvolvidos;
- Apresentar o PIP, descrevendo as diferentes etapas do seu progresso;
- Demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, de competências específicas do EEEMC-PSC, assim como das competências de Mestre em Enfermagem.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se subdividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é elaborado um enquadramento teórico e conceptual da temática abordada e uma alusão à teoria de enfermagem na qual, este se alicerça. No segundo capítulo é exposta uma descrição dos locais de estágio, onde são caracterizados: estrutura física, recursos humanos e produção de cuidados. No terceiro, é feita uma descrição do desenvolvimento do PIP e das suas etapas. Por fim, no último capítulo, é realizada uma descrição reflexiva e fundamentada, tendo por base a evidência científica, das competências adquiridas ao longo deste processo formativo, e que vão de encontro às competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, às competências específicas do EEEMC-PSC e às competências de Mestre em Enfermagem.

Finaliza-se este documento, com uma conclusão onde são expostas as considerações finais.

Este relatório segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7ª edição, segue as normas para elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A Enfermagem, tida como ciência, constitui-se a partir do conhecimento que representa a sua essência. E como ciência, a Enfermagem é detentora de fenómenos que podem ser expressos de forma crítica, através de teorias e sistemas científicos (Santos et al., 2019).

Ainda segundo Santos et al. (2019), foi Florence Nightingale a perscrutora da construção histórica do decurso do pensamento científico em enfermagem, já que no seu percurso, identificou saberes e princípios para a tomada de decisão. Definiu ainda, padrões morais para o perfil do enfermeiro e os relacionou com as enfermidades e o meio ambiente, na gestão da manutenção da saúde.

Para Stewart et al. (2022), a Enfermagem é uma profissão aliada à área científica, cujas práticas são baseadas em evidência, independentemente da área de cuidados onde é praticada. A atualização contínua de conhecimentos com base na evidência científica, vem dar resposta às crescentes exigências de saúde, criadas pelos diversos desafios da atualidade, que implicam constantes adaptações a novos tratamentos e tecnologias.

Para estes autores, o investimento em formação em enfermagem irá contribuir para a promoção da prestação de cuidados de saúde que as comunidades mais necessitem, por parte dos sistemas de saúde, através da melhoria dos conhecimentos e competências dos profissionais, do aumento dos níveis de confiança relativamente às capacidades de liderança, pensamento crítico e tomada de decisão e do aumento da satisfação na profissão.

É com base em teorias específicas, que o corpo de conhecimento em enfermagem, deve ser desenvolvido, adquirindo o status de ciência. São as teorias de enfermagem que permitem ao enfermeiro, refletir e desenvolver o pensamento crítico e clínico, tendo como foco a pessoa com as suas necessidades biopsicossociais e espirituais. O referencial teórico, favorece assim, a formação e a estruturação do raciocínio científico do enfermeiro (Santos et al., 2019).

Como já foi referido anteriormente, o referencial teórico sobre o qual se alicerça este trabalho, é a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a qual será seguidamente descrita. Neste capítulo será ainda apresentada uma fundamentação teórica e acerca da importância da inclusão da família no processo do cuidar e do acolhimento à família da pessoa em situação crítica em UCI.

1.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Segundo a literatura, o metaparadigma da enfermagem é constituído por quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. É o metaparadigma que identifica o

teor primordial de uma disciplina. Assim, no metaparadigma da enfermagem, cada um destes conceitos é representado como uma abstração, isto é, a pessoa pode representar um ser humano, uma família, uma comunidade ou a humanidade, sendo quem recebe o cuidado de enfermagem. A saúde pode representar uma condição de bem-estar, o ambiente pode representar as imediações, a comunidade ou mesmo o universo, e a enfermagem representa a ciência e a arte da disciplina (George et al., 2000).

Já os paradigmas, são tidos como modelos conceituais que facultam um vasto quadro de referência, o qual aborda de forma sistemática, os fenómenos com os quais a disciplina se relaciona. Estes modelos oferecem diferentes perspectivas de enfermagem, consoante as suas características (Tomey e Alligood, 2004).

A teoria, surge assim, como uma articulação coerente, ordenada e sistematizada de um conjunto de afirmações ou manifestos, relacionados a questões de uma determinada matéria e declaradas como um todo. *“É uma representação simbólica daqueles aspetos da realidade que são descobertos ou inventados para descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, eventos, situações, condições ou relacionamentos. As teorias possuem conceitos que estão relacionados aos fenómenos da disciplina”* (Meleis, 2012, p. 29).

É a teoria que confere significado ao conhecimento, permitindo melhorar a prática, explicando e antecipando fenómenos. E são os métodos sistematicamente desenvolvidos através da teoria, que vão orientar o raciocínio crítico e a tomada de decisão na prática profissional. A teoria promove assim, a autonomia profissional e orienta a prática, o ensino e a investigação em enfermagem (Tomey e Alligoog, 2004).

Meleis (2012), define teoria de enfermagem como *“(...) uma conceituação de algum aspeto da realidade de enfermagem comunicada com o propósito de descrever fenómenos, explicar relações entre fenómenos, prever consequências ou prescrever cuidados de enfermagem”* (Meleis, 2012, p. 29).

Sendo uma teoria de médio alcance, a Teoria das Transições possui um nível menos abstrato do conhecimento teórico. As teorias de médio alcance compreendem particularidades características da prática de enfermagem e possuem um foco de interesse mais limitado que as teorias de longo alcance, determinando situações como o estado de saúde, a população de doentes, e a área de atuação dos profissionais de enfermagem ou a sua intervenção. Desta forma, as teorias de médio alcance são mais precisas e focam-se na resposta a questões direcionadas à prática de enfermagem (Tomey e Alligoog, 2004).

Para Meleis et al. (2010), os elementos em transição podem ser pessoas, grupos, famílias, organizações, enfermeiros ou outros. Essa experiência transicional, pode representar um potencial risco para esses elementos, tornando-se numa preocupação de enfermagem. Assim, as intervenções dos enfermeiros focam-se na prevenção desses riscos, na promoção do bem-estar e na otimização das atividades de autocuidado.

Os mesmos autores ressaltam a importância das estratégias a adotar pelos profissionais de enfermagem, na prestação de cuidado e apoio às pessoas, por forma a ser possível desenvolver processos de transição saudáveis e com resultados positivos. Uma vez que são os enfermeiros quem mais tempo investe no acompanhamento dos utentes enquanto estes atravessam uma ou várias mudanças nas suas vidas, com implicações a nível de saúde, acaba por ser esta a classe profissional mais capacitada para intervir e facilitar essas transições.

Meleis et al. (2010) define transições como processos desencadeados por eventos críticos e mudanças em pessoas ou ambientes. E de forma a ser possível compreender as experiências associadas às transições, é necessário descobrir as experiências de cada indivíduo dentro do seu círculo de familiares, amigos ou colegas de trabalho, assim como os fatores facilitadores ou limitativos, que o auxiliam ou impedem de conseguir atingir um processo de transição saudável.

O enfermeiro encontra-se perante uma pessoa em transição, quando percebe que esse processo se relaciona com a sua saúde, o seu bem-estar e a sua capacidade de cuidar de si próprio. É também o enfermeiro que interage com os ambientes que ajudam ou restringem as transições pessoais, comunitárias ou familiares (Meleis et al., 2010). Nos contextos de cuidados intensivos, o enfermeiro tem ao seu cuidado, pessoas e respetivos familiares, que atravessam processos de doença complexos, com repercussões a nível do seu conforto e autonomia em termos de autocuidado, muitas vezes com impacto a nível emocional. Mendes (2020) refere que a situação de doença crítica surge de forma súbita na vida quotidiana da pessoa e sua família, em qualquer fase do seu ciclo de vida, revelando-se como um processo de transição pela fragilidade vivenciada. *“(...) a doença aguda condiciona o modo como cada um dos membros da família sente e age, uma vez que tendem a centrar aí as suas preocupações e foco de atenção. Fragiliza-os de modo particular, individual e coletivamente”* (Mendes, 2020, p.2).

Assim, a criação de ambientes de transição saudáveis, torna-se um dos objetivos do modelo de cuidados de transição. Outro modelo para promover as transições saudáveis, é a suplementação de papel (Meleis et al., 2010).

De acordo com os mesmos autores, o papel, é tido como uma representação sociopsicológica, sendo bastante útil na avaliação de problemas e no planeamento de intervenções de enfermagem. É durante a prestação de cuidados aos utentes, que os enfermeiros se deparam com as mais variadas situações de alteração de papel, tais como, nascimento, morte, ou a transição de um estado de bem-estar para um estado de doença. Este profissional pode assim, fazer uma avaliação das necessidades psicossociais da pessoa durante os processos de transição de papéis e planejar as intervenções mais adequadas com base nas necessidades identificadas.

A transição de papel implica uma alteração nas relações e expectativas do indivíduo, e exige a incorporação de novos conhecimentos que permitam a mudança de comportamento e, conseqüentemente, a mudança da definição da própria pessoa no seu contexto social. A

transição surge assim, como um modelo dinâmico, integrado por diferentes processos, construídos durante a aprendizagem e aquisição de competências (Meleis et al., 2010).

De forma a se compreender melhor esta teoria, dividiram-se as transições em quatro grandes categorias, nomeadamente, as transições de desenvolvimento, as transições situacionais, as transições saúde-doença e as transições organizacionais. Relativamente às transições de desenvolvimento, Meleis et al. (2010) defendem que estas são muitas vezes, encontradas no decurso normal do crescimento e desenvolvimento (mental e fisiológico), podendo estar associadas a implicações de saúde, principalmente no que diz respeito a duas fases significativas da vida, ou seja, na transição da infância para a adolescência e da idade adulta para a velhice. A primeira fase associa-se a problemas como formação de identidade, uso impróprio de drogas, problemas de sexualidade ou maternidade na adolescência. Já a segunda fase incide em problemas gerontológicos direcionados à identidade, reforma e doenças crónicas.

Quanto às transições situacionais, estas relacionam-se com a soma ou subtração de elementos a uma formação de papéis pré-existente, tais como o nascimento de um novo membro da família ou o falecimento de alguém. Qualquer uma dessas situações, exige uma redefinição de papéis dos elementos envolvidos nessa rede de interações. Mas, transições situacionais também se reportam a mudanças geográficas (como nos casos de migração), altas hospitalares ou transição para lares de idosos ou instituições de reabilitação (Meleis et al., 2010).

Na categoria das transições saúde-doença, encontram-se as mudanças repentinas de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda, as mudanças graduais de um estado de saúde para um estado de doença, ou mudança de papel relativo a transição de um estado de doença para um estado de saúde ou bem-estar. Mas não só. Também os processos de desmame de ventilação mecânica ou a progressão de alimentação por sonda para alimentação por via oral, são exemplos de processos considerados transições saúde-doença, uma vez que existe um progresso na recuperação de uma doença crítica (Meleis et al., 2010).

Nas UCI's, a grande maioria das transições que os utentes e respetivas famílias atravessam, dizem respeito às transições de saúde-doença, uma vez que, mesmo no caso do internamento ser eletivo, a pessoa passa de um estado pré-internamento, em que se encontra adaptada ao seu quotidiano, para um estado de grande fragilidade clínica, com dependência de cuidados de terceiros e de suporte terapêutico e tecnológico para manutenção do seu estado hemodinâmico, com toda a hostilidade que este ambiente pode representar. Para Lusquiños et al. (2019), o internamento em UCI, remete impreterivelmente para o cuidado à pessoa em situação crítica, que necessita de terapia intensiva e de tecnologia de suporte para manter a sua estabilidade fisiológica. E *“em sua experiência contínua do exercício saúde-doença de um dos seus membros, a família vive uma situação de transição que revela, cada vez mais, o que significa o adoecimento e quais implicações se seguirão”* (Mendes, 2019, p.155).

Para Meleis et al. (2010), este tipo de transições é bastante influenciado pela diversidade cultural, pelas diferentes doenças (agudas ou crónicas), pelas diferentes áreas clínicas (saúde mental, cirurgia, cuidados paliativos, entre outros) e pelo estágio de vida em que se dá a transição (criança, adolescente, adulto, idoso). Já a transição organizacional, diz respeito às alterações nos ambientes que pertencem aos contextos do enfermeiro, e podem estar relacionadas com o ambiente social, político, económico, ou mesmo com alterações a nível da estrutura e dinâmica da própria organização.

De acordo com os mesmos autores, em todas estas transições, independentemente da categoria, é possível ocorrer aquisição ou perda de papéis, ou aquisição e perda de papéis em simultâneo. Por exemplo, no caso de o nascimento de um bebé, em que a progenitora ao adquirir o papel de mãe, perde em simultâneo uma série de papéis cosmopolitas.

Contudo, quando existe dificuldade no conhecimento ou desempenho de um papel ou dos sentimentos associados ao comportamento desse papel, conforme entendido pelo próprio, estamos perante uma insuficiência de papel. Esta situação pode resultar em incongruências entre as expectativas do papel criadas pelo próprio, e o comportamento efetivo do papel (Meleis et al., 2010).

Ainda segundo os mesmos autores, a insuficiência de papel pode ser voluntária, quando alguém recusa totalmente, desempenhar um determinado papel, ou involuntária, quando motivada por vários tipos de sentimentos ou emoções, como ansiedade, depressão, apatia, frustração, tristeza, agressividade ou hostilidade. Qualquer um dos tipos de insuficiência de papel pode impedir a progressão de uma transição saudável de um indivíduo, em direção à saúde e bem-estar.

Dentro do contexto de cuidados intensivos, também se assiste à aquisição e perda de papéis, como no caso do utente, que perde os papéis que desempenhava no seu dia a dia antes do internamento (como pai, trabalhador ou outros) e adquire o papel de pessoa em situação crítica, que enfrenta um processo de recuperação complexo. Ou a sua família, que adquire o papel de cuidador, tendo que se adaptar ao contexto de internamento com todas as regras e limitações que este impõe, tendo que gerir o seu quotidiano com os horários de visitas, e tendo que planear o futuro, aquando da alta do seu ente, e possível necessidade de cuidados no domicílio. Caso exista dificuldade na aceitação e/ou desempenho destes novos papéis, encontramos-nos perante uma insuficiência de papel.

Segundo Choi et al. (2020), a admissão de uma pessoa em UCI, implica restrições de acesso e limitações de contacto relativamente aos seus familiares, os quais se deparam com o seu ente num ambiente desconhecido e estranho. A família pode assim, desenvolver respostas psicológicas negativas, na forma de ansiedade, sintomas de depressão e stress pós-traumático, as quais podem persistir até mesmo, após a alta, afetando a capacidade de os familiares manterem o seu papel de cuidadores.

Em resposta a este problema, surge a suplementação de papel, tida como um processo através do qual, a insuficiência ou potencial insuficiência de papel, é identificada pelo próprio e/ou por outros elementos significativos, criando-se condições e estratégias de esclarecimento de papel, usadas para o desenvolvimento de uma intervenção preventiva ou terapêutica, com o objetivo de diminuir, melhorar ou prevenir essa mesma insuficiência de papel (Meleis et al., 2010).

Tendo como finalidade, um processo de intervenção de enfermagem, a suplementação de papel operacionaliza-se então, através do esclarecimento de papel, da tomada de papel, da moldagem de papel, de grupos de referência, e de comunicação e interação. Assim, o esclarecimento de papel define-se como o domínio do conhecimento ou das informações necessárias para desempenhar um determinado papel. Diz respeito aos comportamentos, sentimentos e objetivos associados a um papel relacionado com outras pessoas num determinado contexto. No percurso da vida, os indivíduos deixam velhos papéis, adquirem novos, modificam papéis já existentes, e administram vários papéis em simultâneo (Meleis et al., 2010).

Assim, também no ambiente da UCI, é o enfermeiro, o profissional que se encontra mais próximo das famílias, proximidade essa que tem como ponto de partida um processo de acolhimento após a admissão da pessoa. Desta forma, e segundo Fernandes e Silva (2016), o enfermeiro deve conhecer cada família e identificar as suas dificuldades, de modo a conseguir facilitar a sua adaptação a esta nova fase da sua vida, implementando estratégias que permitam manter o equilíbrio da família ou a sua recuperação perante uma situação de crise. Ou seja, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para identificar os casos de insuficiência de papel por parte das famílias, através da identificação das suas dificuldades e necessidades.

Para fazer face a esta problemática, são criadas estratégias de suplementação de papel. No caso das famílias de pessoas admitidas em UCI, essas estratégias, passam muitas vezes pelo fornecimento de informações aos respetivos familiares, promovendo a aquisição de conhecimentos acerca da situação clínica do utente, assim como dos cuidados que o familiar enquanto cuidador, poderá ser capaz de executar. Incorre-se então, em processos de esclarecimento de papel. Para Wong et al. (2017), as famílias necessitam de informações específicas e fidedignas acerca da situação clínica e tratamento da pessoa admitida em UCI, o que poderá facilitar a sua capacidade de superação da situação emocionalmente avassaladora que atravessam. Os sentimentos negativos que surgem nestes contextos, podem ser atenuados pela aprendizagem dos familiares, sobre o ambiente da UCI, assim como as condições e tratamento do seu ente.

Já a tomada de papel, envolve as capacidades empáticas do ego, cognitiva e afetivamente. É a capacidade de assumir o papel do outro, a sua posição ou o seu ponto de vista. Este processo

sugere que as pessoas aprendem a desempenhar papéis, não individualmente, mas em pares (Meleis et al., 2010).

Quanto à modelagem de papel, segundo Meleis et al. (2010) ocorre por um processo de imitação, ou seja, quando o indivíduo observa outro representando e desempenhando um determinado papel, passível de ser entendido e replicado. A modelagem representa o tipo mais prevalente de aprendizagem de papéis sociais, sendo apreendida por meio de um processo de tentativa e erro.

Relativamente aos grupos de referência, para os mesmos autores, estes representam uma estratégia essencial, que envolve a pessoa e outros elementos significativos, os quais estão integrados no contexto de um grupo adequadamente designado para esse efeito. Por exemplo, na antecipação de papéis dos pais, ambos os elementos devem reunir com um grupo cujos intervenientes se encontrem em situações semelhantes.

Por último, a comunicação e interação, remetem para o mecanismo através do qual o significado é criado, sendo um processo essencial na suplementação de papel. A comunicação é assim vista, como um processo comportamental, alicerçado num sistema de símbolos partilhados, através dos quais, são transmitidas e interpretadas mensagens entre os intervenientes sociais. Desta forma, a comunicação e interação são considerados processos fundamentais no esclarecimento de papéis, sendo centrais na suplementação de papel, uma vez que, é através de uma comunicação clara que os papéis evoluem (Meleis et al., 2010).

De acordo com Meleis et al. (2010), a transição, sendo uma mudança de uma fase da vida, condição ou estado, é um conceito abrangente, que engloba os conceitos de processo, período de tempo e percepção.

Processo, remete para fases e sequências. Caso o evento que causa a transição, contenha um prazo, seja curto ou longo, então a transição é considerada um processo. O início e o fim, não ocorrem em simultâneo, ou seja, existe uma sensação de movimento, de progressão ou desenvolvimento. O espaço entre o início e o fim pode ser longo ou não, e o seu final pode ter as mesmas características do início ou não (Meleis et al., 2010).

Para estes autores, o período de tempo indica um evento contínuo, mas limitado, e estende-se desde a primeira antecipação da transição até que seja atingida a estabilidade do novo estado.

Relativamente à percepção, esta relaciona-se com o significado que a transição representa para a pessoa que atravessa esse processo. Importa salientar que os significados atribuídos aos episódios de transição, variam entre indivíduos, comunidade e sociedades, influenciando assim o seu resultado. Por exemplo, o internamento hospitalar pode ser associado ao conceito de cura para alguns, e de prenúncio de morte para outros, consoante a sua cultura (Meleis et al., 2010).

Já em cuidados intensivos, é comum as famílias associarem o internamento de um familiar ao risco eminente de vida. *“Nas transições saúde-doença, nomeadamente de doença aguda têm*

associado a si a ideia de finitude e de limitação da resposta terapêutica com enorme imprevisibilidade” (Mendes, 2018, p.203).

Os padrões de resposta, são uma característica das transições que surge de comportamentos observáveis e não observáveis que ocorrem durante todo o processo. No caso, os comportamentos englobam padrões que refletem a estrutura, os eventos intrapsíquicos e os eventos associados ao contexto sociocultural. Desta forma, o conhecimento dos padrões seria útil na orientação e avaliação de enfermagem, tendo em conta que, para a sua eficácia, deveria ser levada em consideração como a transição e os seus eventos associados, são entendidos e reconhecidos pela própria pessoa. Assim, através das dimensões anteriormente descritas, seria possível criar uma base para dar início à construção de um instrumento que permitisse aos profissionais, conceber um perfil do indivíduo, percebendo como este entende o seu processo de transição. As pistas desse perfil, permitiriam ao enfermeiro, aferir com maior precisão, o significado que a situação representa para a pessoa, servindo de ponto de partida para o planeamento da intervenção (Meleis et al., 2010).

Segundo Meleis et al. (2010), a intervenção pode ser terapêutica ou preventiva. É terapêutica quando ocorre após as consequências de a transição terem sido experimentadas pela pessoa. É preventiva quando ocorre antes da transição ou antes de se facilitar o processo de transição. Quando já é tarde para a implementação de intervenções preventivas, a avaliação de enfermagem deve destacar os tipos de transições sociais e pessoais em que a pessoa se encontra envolvida, de modo a ajudar a garantir que as intervenções planeadas sejam suficientemente relevantes, de forma a surtirem um efeito terapêutico.

A enfermagem como prática baseada num modelo de transição, não se foca apenas em intervenções terapêuticas direcionadas para a cura, até porque o retorno a um estado de saúde livre de doença, pode não ser possível. O objetivo de enfermagem passa assim, pela promoção do conforto e da capacitação para gerir o problema de saúde atual, e pela criação de estratégias que possibilitem a proteção e promoção da saúde da pessoa no futuro (Meleis et al., 2010).

No limiar de um evento com risco de vida, como na admissão de um utente em situação crítica numa UCI, dá-se o início de uma transição, tanto para a pessoa como para a sua família ou pessoas significativas, e surgem questões nas suas mentes direcionadas para o futuro, ou seja, questiona-se se vai falecer, se vai sobreviver, se sobreviver como será a recuperação, entre outras. Portanto, as próprias questões indicam um processo de transição, de uma época em que não existiam estas dúvidas e receios, para o momento do impacto atual. Então, quanto mais cedo essas dúvidas e receios forem identificadas, reconhecidas e trabalhadas, mais facilmente se alcança a transição para a recuperação (Meleis et al., 2010).

Em suma e relacionando a ideia aqui desenvolvida com a temática deste relatório, é fácil perceber o enquadramento, uma vez que o processo de acolhimento à família inicia-se logo após a admissão da pessoa na UCI. Isto implica que o indivíduo se encontre em vários processos de

transição dos quais se destaca a categoria saúde-doença, uma vez que a pessoa passa de um estado de bem-estar para uma situação de pós-cirurgia cardíaca, torácica ou ambas, com todas complicações que essa intervenção acarreta, nomeadamente ventilação mecânica invasiva, dispositivos médicos, dor, desconforto, entre outros. Aliado a este cenário, surgem sentimentos de medo, ansiedade, stress ou insegurança, tanto por parte da pessoa em si, como por parte da sua família. Assim, também a família atravessa um processo de transição saúde-doença, em que passa pelo impacto de ver o seu ente querido num ambiente que lhe é estranho e desconhecido, onde o familiar se apresenta debilitado, rodeado de dispositivos médicos, muitas vezes inconsciente pela sedação, com múltiplos drenos e máquinas que alarmam, tudo fatores que vão induzir sentimentos de stress, ansiedade, medo ou angústia. E neste processo de transição, há também a aquisição de um novo papel por parte do familiar de referência, o papel de cuidador, o que também pode ser um fator de ansiedade, pois o mesmo pode não se sentir preparado para desempenhar essa função ou ter dúvidas por esclarecer. Incorre-se assim, no risco de se desenvolver um processo de insuficiência de papel, o qual irá exigir uma intervenção de suplementação de papel para dar resposta a esta situação.

Posto isto, destaca-se a importância de traçar um plano de intervenções preventivas, que facilitem e promovam as transições descritas.

1.2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DO CUIDAR

O conceito família remete para elementos que se encontram emocionalmente conectados entre si. Assim, a família pode ser nuclear tradicional (cujos componentes se resumem a pais e filhos), alargada (constituída por indivíduos de várias gerações) ou estender-se à comunidade em sua volta (Mendes, 2019).

Para a mesma autora, a família constrói-se com base no convívio e na partilha de sentimentos e conhecimentos, sendo possível a criação de fortes vínculos, entre os membros que a compõem. Estes compartilham crenças, interesses e valores comuns, influenciando-se emocionalmente e encontrando expectativas mutuas.

O conceito de família encontra-se intimamente relacionado com as conceções de vinculação, grupo e proximidade, verificando-se que a dinâmica individual assenta num exercício de grupo. A família deve ser vista como um todo, sendo resultado da junção das partes que a constituem e que a tornam única e singular. E é neste contexto que se atravessam transições, as quais se podem revelar como processos de felicidade ou de desassossego (Mendes, 2020).

Já o Regulamento dos Padrões de Qualidade de Enfermagem de Saúde Familiar, define família como sendo um grupo de seres humanos que constitui uma unidade social composta por

elementos conectados através de consanguinidade, laços emocionais ou parentesco legal, incluindo outras pessoas que possam ser importantes para o utente (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Desta forma, a família pode ser vista apenas, como um acompanhante, alguém sem laços familiares com o utente, como um vizinho ou amigo, pois o que importa é o papel que este representa na vida da pessoa, as funções que desempenha, e os laços emocionais que os unem (Sá, 2023).

De modo a promover a humanização dos cuidados, é essencial apostar no cuidado centrado na família, onde esta também é vista como alvo de cuidados, tendo por base uma abordagem holística. Ao incluir a família no foco do cuidar, os enfermeiros integram-na na sua esfera de preocupação, o que constitui um adjuvante fundamental na redução do impacto do internamento em UCI (Lusquiños et al., 2019). *“A família constitui uma extensão do próprio doente, revelando-se como um alvo de prestação de cuidados por parte da equipa de enfermagem (...)”* (Ramos et al., 2018, p.5).

Cuidar é, assim *“(...) uma exigência da 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). Mas cuidado de enfermagem é mais do que “cuidar”, uma vez que exige competências específicas associadas a uma profissão, assim como uma conduta de ética que vá de encontro ao “outro”, tendo em conta a sua singularidade, numa base de respeito e acompanhamento com vista à proteção e manutenção da sua qualidade de vida (Sá, 2023).

Ainda nas palavras de Sá (2023), a inclusão da família na prática diária constitui um dever ético e deontológico dos enfermeiros, uma vez que, a evidência revela o impacto significativo que a família tem sobre a saúde e bem-estar dos seus elementos.

Parada et al. (2021), defendem que a admissão de uma pessoa numa UCI e a complexidade do seu estado de saúde, geram na família perturbações do foro emocional e situacional, que se manifestam através de sentimentos e emoções como medo, stress e angústia, o que motiva uma série de necessidades, as quais devem ser atendidas em tempo útil. Dar resposta às necessidades dos familiares relativamente aos cuidados de saúde, é considerado um indicador de qualidade dos cuidados prestados. O indicador deve ter em consideração a satisfação, as expectativas e as opiniões dos utentes e suas famílias, expondo assim, as suas necessidades mais relevantes (Parada et al., 2021).

Para os mesmos autores, numa perspetiva centrada no utente e família, no contexto de uma UCI, devem ser estabelecidas relações enfermeiro-família, mais próximas, mais dinâmicas e menos complexas, onde a família possa ser entendida como um desafio, ao qual deve ser dada resposta com base na melhor evidência.

Wong et al. (2017) também reconhecem o impacto da família sobre o bem-estar emocional e psicológico da pessoa, assim como a sua capacidade de apoiar o utente, pelo que assumem

a importância da implementação de estratégias por parte das equipas de profissionais de saúde, focadas no apoio e inclusão das famílias nos cuidados clínicos.

Choi et al. (2020), sublinham a relevância de manter a capacidade da família na tomada de decisões em nome do utente quando este não se encontra habilitado para tal, decorrente do seu estado clínico. Capacidade esta, que poderá ser afetada por respostas psicológicas negativas, geradas pelo stress situacional e ambiental de elevada intensidade, associado ao internamento de um ente em UCI, no decorrer de uma doença ou situação crítica.

Os mesmos autores enaltecem ainda, a importância em manter a saúde física e mental das famílias, por forma a permitir-lhes continuar o papel de cuidadores após a alta dos seus familiares internados em UCI.

Wong et al. (2018) consideram que, na sua generalidade, as famílias constituem os elementos mais próximos da pessoa admitida em UCI, sendo detentores de conhecimentos acerca do histórico de saúde, tanto física, como psicossocial ou emocional do seu ente. Desta forma, a família tem o poder de influenciar a capacidade de intervenção da equipa de profissionais sobre o utente, tornando-a mais eficaz. A família pode ainda, facilitar a tomada de decisão dos profissionais acerca de questões relacionadas com cuidados e tratamentos, através da prestação de esclarecimentos sobre as preferências da pessoa. Isto aplica-se aos utentes que permaneçam inconscientes ou quimicamente sedados ao longo do internamento e, portanto, incapazes de decidir sobre os seus cuidados. Nestas circunstâncias, é a família, quem se encontra na melhor posição para substituir o seu ente na tomada de decisão e na partilha de informação que ajude a direcionar as intervenções da equipa de saúde (Wong et al., 2018).

Também Ramos et al. (2018), ressaltam a família como parte integrante do contexto social da pessoa, sendo um importante contributo para o planeamento das intervenções dos profissionais de saúde, podendo influenciar de forma positiva, os resultados da condição do utente.

Segundo McAndrew et al. (2020), pesquisas e estudos apontam para uma diminuição do delírio e da ansiedade da pessoa admitida em UCI, diminuição essa, associada à presença de familiares. Afirmam ainda, que intervenções que incluam a família no foco dos cuidados, podem diminuir os tempos de internamento, reduzindo os custos hospitalares e melhorando os níveis de satisfação tanto da pessoa como dos seus familiares.

Para Frade et al. (2021), a família constitui uma importante unidade de suporte aos elementos que carecem de cuidados, independentemente da sua idade. Neste sentido, cabe aos profissionais de enfermagem, envolver, preparar e capacitar as famílias, nos cuidados de cooperação, com vista à obtenção de uma maior qualidade dos cuidados prestados.

A família é assim, vista como parte integrante de uma abordagem holística do processo do cuidar, sendo transversal ao ciclo vital da pessoa, e a resposta às suas necessidades em

contexto de cuidados intensivos torna-se muitas vezes, um desafio para os enfermeiros (Sá, 2023).

1.3 ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UCI

O cuidado de enfermagem direcionado à pessoa em situação crítica tem vindo a sofrer uma evolução significativa, no que diz respeito à qualidade da assistência ao utente admitido em UCI, sobretudo devido ao grande investimento tecnológico do qual esta área tem sido alvo nos últimos anos. Define-se pessoa em situação crítica, como aquela cuja vida se encontra comprometida por falência ou eminência de falência de um ou mais órgãos, e cuja sobrevivência se encontra dependente de terapêutica e recursos avançados de vigilância e monitorização (Sá, 2023).

Nas unidades de saúde dedicadas a este nível de cuidados, é habitual haver uma associação direta entre os cuidados de enfermagem e a tecnicidade e destreza dos diversos procedimentos exigidos por toda uma dinâmica composta por ações complexas, onde o risco de vida é uma constante que gera sentimentos e emoções intensas, tanto por parte da pessoa doente como da sua família, e até mesmo da equipa de enfermagem (Sá, 2023).

O contexto de cuidados intensivos, caracteriza-se pela sua especificidade e complexidade, o que, segundo Lusquiños et al. (2019), tende a desviar o foco de intervenção dos enfermeiros, do cuidado à família, deixando esta para segundo plano. Também Ramos et al. (2018), realçam o facto de diversos estudos demonstrarem uma tendência evidente das equipas de enfermagem dirigirem a sua atuação no que concerne à prestação de cuidados, para o doente crítico, descurando o cuidado à família.

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

Segundo Ramos et al. (2018), a admissão de um utente numa UCI pode potenciar o desenvolvimento de problemas emocionais, tanto para o doente crítico como para a sua família, pois esta experiencia sentimentos de dor, ansiedade, frustração e raiva perante o sofrimento do seu ente, podendo manifestar preocupação e até medo da morte. Neste contexto de internamento em cuidados intensivos, os mesmos autores sublinham a necessidade de “(...) *acompanhar a família neste processo crítico, acolhendo-a, trabalhando com a mesma, numa perspetiva mais humanista do cuidar, que se revela como um dos pilares e essência da*

enfermagem” (Ramos et al., 2018, p.6). Defende-se o acolhimento, como prática favorável à criação de vínculo entre o utente, a família e a equipa de enfermagem, onde o cuidado é centrado nesta parceria, e não apenas na doença em si (Ramos et al., 2018).

Lusquiños et al. (2019), reconhecem ainda o acolhimento à família, como um meio facilitador na mitigação do impacto do contexto de UCI perante os familiares, e enaltecem a importância da uniformização da abordagem à família, uma vez que inconsistências nas formas de atuação, podem gerar sentimentos ambivalentes perante os diferentes profissionais e prejudicar o ambiente da unidade.

As autoras defendem também, a utilização de panfletos informativos com dados úteis para as famílias, que buscam esclarecimentos e informações num meio desconhecido, tornando-se um suporte facilitador deste processo.

Para Ramos et al. (2018), o elevado nível tecnológico característico das UCI's, e a ampla gama de dispositivos e equipamentos de suporte e monitorização conectados aos utentes admitidos nestas unidades, tornam-se geradores significativos de ansiedade e preocupação para os familiares, podendo ser mais perturbadores do que a própria doença em si. Perante este contexto, o acolhimento à família é visto como uma importante ferramenta, na divulgação de conhecimento ao familiar com o intuito de minimizar o sofrimento deste. A estratégia, passa assim, por preparar o familiar antes da entrada na UCI, explicando de forma clara e objetiva, que dispositivos e equipamentos vai encontrar, quais as suas funções e qual a evolução do utente.

Nas palavras de Araújo et al. (2021), ao promover uma relação de confiança com a equipa de saúde, o acolhimento à família favorece a redução de sentimentos como o medo, desamparo e impotência, uma vez que é desenvolvida uma assistência humanizada que abrange doente e seus familiares. No entanto, estudos revelam alguns dos obstáculos que podem dificultar a realização do acolhimento em UCI, tais como a complexidade dos cuidados em si, tanto a nível tecnológico como assistencial, sobrecarregando muitas vezes os profissionais, os quais se demonstram depois, menos disponíveis para as famílias (Araújo et al., 2021).

Também as restrições de horários de visitas, diversidade de informação fornecida por diferentes profissionais ou mesmo a comunicação mal-adaptada com recurso ao uso de termos técnicos passíveis de não serem compreendidos pelos familiares, tornam-se condicionantes a um acolhimento eficaz, podendo levar ao acumulo de dúvidas e receios, e exacerbando sensações de ansiedade. Por outro lado, uma atitude acolhedora por parte da equipa de enfermagem, tendo por base uma comunicação eficaz, clara e empática perante a família, permite que esta exponha as suas dúvidas e anseios, sendo devidamente esclarecida. (Araújo et al., 2021).

Num estudo realizado por Soares et al. (2019), a implantação de um protocolo de acolhimento que dava ênfase à preparação prévia da família sobre o contexto em que iria vivenciar a primeira visita do doente crítico, mostrou minimizar o impacto negativo do embate

inicial com a realidade dos cuidados intensivos, facilitando o processo adaptativo dos familiares com o ambiente de UCI e com a respetiva equipa de profissionais de saúde. Os mesmos autores sublinham ainda a pertinência da apresentação do profissional na abordagem à família, fazendo referência ao seu nome e função, assumindo-se este como um elemento promotor da criação de vínculo e do início do processo de acolhimento.

Também Oliveira (2020), enfatiza a importância de um acolhimento adequado à família, pois é na primeira visita que se tornam mais evidentes as necessidades dos familiares, sendo o impacto visual um dos maiores fatores geradores de stress. Cabe assim, ao enfermeiro, dirigir as suas intervenções, no sentido de reduzir a ansiedade, o medo e o stress do familiar, focando a sua atenção na adaptação ao ambiente da UCI e equipamentos, na comunicação acerca do estado atual do doente e na explicação de instruções de como proceder junto do utente. Desta forma, e tendo por base uma comunicação eficaz e uma atitude assertiva, é da competência do enfermeiro transmitir informações acerca de regras e normas da UCI, assim como o esclarecimento de dúvidas em relação ao doente crítico e ao serviço em si, promovendo a confiança e tranquilidade do familiar.

Ainda segundo Oliveira (2020), o enfermeiro assume um papel importante desde o primeiro momento em que acolhe os familiares, pois é na primeira visita que estes tendem a formar opiniões acerca destes profissionais, tornando-se uma oportunidade crucial para permitir que as primeiras impressões a serem criadas, não sejam negativas.

A mesma autora defende no seu trabalho, a criação de um guia de acolhimento que vise minimizar o impacto sentido pela família na primeira visita, assim como a angústia e outros sentimentos negativos vivenciados nestes contextos, facilitando a sua integração nos cuidados intensivos.

Segundo Sá e Henriques (2021), estudos enfatizam a transmissão de informação no acolhimento à família, onde é explicado o funcionamento do serviço e esclarecidas dúvidas face às especificidades da UCI e complexidade da situação crítica, com base numa linguagem passível de ser compreendida pelo familiar.

Estas autoras sublinham ainda, a importância da informação escrita, como constituindo um complemento significativo do que é transmitido oralmente, como seja através de guias de acolhimento.

Fernandes e Silva (2016), também reforçam a ideia de que a saúde de cada pessoa influencia a funcionalidade de toda a unidade familiar e, portanto, toda a família incorre no risco de sofrer coletivamente com o doente crítico no seu processo de doença e internamento em UCI. No seu estudo, as autoras enaltecem a perceção dos enfermeiros acerca da necessidade de acolhimento à família como forma de possibilitar a humanização de um ambiente caracterizado pelo tecnicismo, agressividade e frieza. Referem ainda que uma das respostas a esta temática, passou pela criação de protocolos de acolhimento aos familiares, reforçando que *“na perspetiva*

destes profissionais, a forma como este processo de acolhimento é conduzida e o caráter humanizado que o caracteriza é determinante para a reação do familiar ao longo do internamento” (Fernandes e Silva, 2016, p.1902).

O ambiente desconhecido da unidade de internamento com as suas especificidades aliadas às suas características físicas, sofisticação tecnológica e a própria condição da pessoa em situação crítica, exercem sobre o familiar um forte impacto inicial. Desta forma, torna-se imperativo a orientação da família, assim como o esclarecimento de dúvidas, durante o processo de acolhimento, recorrendo a atitudes como a escuta, o diálogo, a presença, o compromisso, a valorização do outro e a partilha de experiências (Fernandes e Silva, 2016).

As mesmas autoras evidenciam também a importância da família como elo de ligação entre o doente e o profissional de enfermagem, sendo a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, assim como as suas necessidades, os seus medos, costumes e hábitos, assumindo um papel essencial no processo de saúde e doença do seu ente internado.

Tal como já foi referido anteriormente, Silva (2019), vem igualmente salientar a importância da uniformização da comunicação para com a família, uma vez que inconsistências na informação transmitida por diferentes profissionais, em ocasiões distintas, pode ser prejudicial na relação estabelecida entre estes elementos. Surge assim, a necessidade de estabelecer um sistema de comunicação eficaz e uniforme, por parte da equipa de enfermagem, particularmente no momento em que se inicia o acolhimento à família do doente em situação crítica.

No seu trabalho, Silva (2019) sugere estratégias que promovam uma comunicação eficiente com os familiares e consequente diminuição dos efeitos negativos que o internamento em UCI pode acarretar, nomeadamente: preparação antecipada da família relativamente ao impacto visual com que vai ser confrontada na primeira visita, aferição das expectativas da família relativamente ao doente e equipa de saúde, esclarecimento de normas e regras de funcionamento da unidade (seja pelo diálogo ou suporte escrito), identificação do familiar de referência o qual estabelecerá relação direta entre equipa de profissionais de saúde e restantes membros de família (para transmissão de informações importantes ou gestão de decisões terapêuticas), definição de número de visitas e respetivos horários, e indicações de como obter informações do médico assistente e de enfermagem.

No entanto, importa referir que o ato do acolhimento não termina na primeira visita, sendo considerado um processo em permanência, ao longo de todo o internamento, sendo contínuo e centrado no cuidado à família, a qual é vista como foco de cuidado, em associação com o cuidado ao doente (Silva, 2019).

Tal como autores já mencionados, esta autora destaca também a relevância de informação em suporte papel, como folhetos informativos ou guias com indicações e esclarecimentos úteis, constituindo assim, uma estratégia facilitadora tanto para os familiares como para os profissionais, como complemento da informação transmitida verbalmente.

No centro da relação estabelecida entre enfermeiro, pessoa e família, encontra-se uma comunicação eficaz, considerada o alicerce da relação terapêutica, e tornando-se fundamental no sucesso desta parceria (Lusquiños et al., 2019). Também Ramos et al. (2018), salientam a importância da comunicação na prestação de cuidados ao doente crítico, já que uma comunicação eficiente com a família, promove a construção de uma relação de confiança, estimulando a parceria da família nos cuidados e contribuindo para a excelência do exercício da profissão de enfermagem.

Para Sá e Henriques (2021), a comunicação torna-se uma das necessidades mais emergentes da família, dados os sentimentos de incerteza associados à situação do doente crítico, ao seu risco de vida e ainda ao ambiente tecnológico que o rodeia. Assim, “(...) *a comunicação terapêutica em enfermagem com a família permite diminuir o seu sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade*” (Sá e Henriques, 2021, p.1).

Em qualquer atividade humana, a eficácia está diretamente relacionada com uma comunicação eficiente, e esta premissa também é verdadeira no que concerne à área da saúde. Neste âmbito, segundo Lopes (2020), a comunicação tem como propósito, esclarecer utentes e comunidades, direcionando as suas decisões no sentido de promoção da sua saúde, com base na adoção ou alteração de comportamentos, que visem atingir esse objetivo. Salienta-se assim, a importância de uma comunicação mais focada na pessoa cuidada, enaltecendo o seu valor como membro ativo no seu projeto de saúde. Uma comunicação incorreta ou menos eficaz, entre o profissional de saúde e o utente/família, poderá ter efeitos nefastos, traduzidos em dificuldades no acompanhamento da pessoa (Lopes, 2020).

Portanto, a comunicação encontra-se na base da relação estabelecida entre profissionais de saúde e respetivos utentes/familiares, sendo o pilar que sustenta a prestação de cuidados com rumo à excelência.

1.4 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM UCI: UMA REVISÃO SCOPING

Por forma a conferir sustentabilidade e consistência ao presente relatório, e ao mesmo tempo enriquecer a fundamentação da temática abordada à luz da evidência científica, foi desenvolvido um estudo secundário na forma de uma Revisão *Scoping*, norteada pela questão de investigação: “*Qual a intervenção do enfermeiro no acolhimento à família da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos?*”

Este estudo deu origem a um artigo científico, cujo resumo se remete para o apêndice 1. A opção de documentar apenas o resumo deste artigo, prende-se com a intenção de, posteriormente, se proceder à sua publicação em revista científica.

Como objetivo do estudo, definiu-se: mapear a evidência científica disponível sobre intervenções de enfermagem referentes ao acolhimento à família da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos.

Relativamente à metodologia utilizada, optou-se pelo recurso às recomendações preconizadas pelo Joanna Briggs Institute, tendo a pesquisa sido realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL complete e MEDLINE complete, via EBSCOhost. O estudo foi concluído em fevereiro de 2023.

A seleção dos critérios de inclusão, teve como ponto de partida, o acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto), tendo-se considerado como população, a família da pessoa em situação crítica, como conceitos, acolhimento e intervenção de enfermagem, e como contexto, unidades de cuidados intensivos. Desta forma, foram incluídos todos os estudos primários e secundários, de natureza quantitativa, qualitativa e mistos. Foram excluídos os editoriais, artigos de opinião e de reflexão, dado o seu baixo nível de evidência científica segundo a escala de Joanna Briggs Institute (2020). Foram incluídos os artigos redigidos em português, inglês e espanhol. Excluíram-se todas as Unidades de Cuidados Intensivos com clientes com idade inferior a 18 anos menos 1 dia.

Como resultado, foram incluídos neste estudo, seis artigos, cujo intervalo de publicação se encontra entre 2016 e 2022. Todos os estudos remetem para experiências de familiares adultos de utentes também adultos, admitidos em unidades de cuidados intensivos. Também todos os estudos descrevem o impacto negativo que a admissão de uma pessoa numa UCI, pode ter na sua família, gerando sentimentos de ansiedade, medo, depressão, stress e incerteza, muitas vezes associada ao risco de vida ou possibilidade de morte. Todos os estudos defendem a inclusão da família nos cuidados de enfermagem, tendo em vista uma abordagem mais humanizada que possa abranger a tríade pessoa/família/profissional de enfermagem, e não só a doença em si, evidenciando as diversas vantagens que advêm desse processo, em termos de mitigação do impacto negativo que a admissão da pessoa numa UCI possa causar nos familiares.

Quatro dos estudos identificam a necessidade de informação por parte dos familiares como uma das necessidades predominantes destes elementos, e três estudos enaltecem a necessidade de melhorar a comunicação entre a família e as equipas de saúde. Para Parada et al. (2021) a necessidade de informação é tida como a ausência ou insuficiência de conhecimentos sobre a situação do seu familiar, os cuidados que este recebe, equipamentos tecnológicos que o rodeiam, assim como outras especificidades da unidade, como contacto telefónico ou normas e regulamentos da instituição.

Por outro lado, a falta de informação e a incerteza, são considerados importantes fatores no desenvolvimento de ansiedade e depressão nos familiares do utente em UCI (Huerta et al., 2019).

Dois estudos dão destaque à incerteza gerada nas famílias pela admissão de um ente em UCI. Para Wong et al. (2017), a incerteza é entendida como um estado vivenciado pelas famílias, quando estas não têm controlo sobre a condição, tratamento e prognóstico do seu ente em situação crítica. Assim, a família é sujeita a um sofrimento emocional como consequência do seu estado de incerteza. Desta forma, criar estratégias para minimizar a incerteza das famílias de utentes admitidos em UCI, deve ser um dos objetivos do cuidado centrado na família.

Os mesmos autores, no mesmo artigo, correlacionam a incerteza com a carência de informação, referindo que, a espera pela informação é frequentemente descrita como sendo um dos aspetos mais difíceis de superar durante a experiência de internamento em UCI. Surge assim, um sentimento de impotência sempre que a informação não é recebida adequadamente, o que origina ansiedade e angústia.

Três dos artigos realçam a necessidade de fornecer apoio aos familiares, seja emocional, ou através de intervenções educacionais. Segundo Naef et al. (2022), durante a permanência da pessoa em UCI, os familiares experienciam elevados níveis de stress e incerteza, o que afeta de forma negativa, a sua saúde mental, despoletando sentimentos de ansiedade, depressão, stress pós-traumático e luto complicado. Para os mesmos autores, existe uma clara necessidade de melhorar a comunicação com a família e o apoio prestado a estas, durante as doenças críticas, de forma a otimizar a prestação de cuidados na UCI, minimizando este tipo de sentimentos.

Choi et al. (2020), no seu artigo, enaltecem o facto dos familiares dos utentes, serem habitualmente cuidadores dos mesmos, por questões de culturalidade, tendo em atenção que o estudo é de origem sul coreana. Essa particularidade levanta grandes desafios quando os entes destes familiares são admitidos em unidades de cuidados intensivos. Os autores definem assim, estes elementos como familiares cuidadores, e em contexto de internamento em UCI, estes assumem um papel de cuidadores informais, que podem fornecer suporte físico, financeiro, emocional ou espiritual para com os seus entes.

No sentido de dar resposta às necessidades de informação por parte dos familiares, Parada et al. (2021), destacam no seu estudo o uso de folhetos informativos, sessões educativas (realizadas por profissional de enfermagem capacitado para a referida função), telefonemas, uso de tecnologias de informação e comunicação (vídeos informativos podem melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e a família), e reuniões familiares (essenciais para fornecer as informações ao familiar).

Huerta et al. (2019) optaram pela transmissão de informações aos familiares dos utentes internados em UCI por SMS (short message service) com base na avaliação de enfermagem do utente.

Wong et al. (2017) sugerem a determinação da necessidade de informações de cada família, garantindo que estas sejam entregues num formato que os familiares possam interpretar e entender facilmente. Sugerem também a explicação da finalidade do equipamento típico de UCI, de modo que as famílias se sintam mais tranquilas, mais confortadas e, portanto, menos vulneráveis emocionalmente e oferecer atualizações frequentes da condição, progresso e tratamento dos utentes, especialmente nas primeiras 24 a 72 horas após a admissão na UCI.

Mol et al. (2016) optaram pela introdução de uma entrevista de admissão com os familiares no segundo dia de internamento na UCI, numa sala silenciosa, com recurso a uma entrevista semiestruturada por meio de uma *checklist* com o intuito de aferir dúvidas e necessidades. Acrescentaram também, como complemento à entrevista, a entrega de folhetos com informações sobre os possíveis problemas físicos, efeitos cognitivos e emocionais a longo prazo na UCI e folhetos sobre assistência social, estacionamento, alimentação e hospedagem no hospital e um diário para expressarem sentimentos e emoções. Por último, foi dado enfoque à introdução de sessões psicossociais semanais, onde as situações de todos os utentes e familiares devem ser discutidas por uma equipe colaborativa multidisciplinar.

Para dar resposta às necessidades de apoio emocional por parte dos familiares e no sentido de melhorar a comunicação, Naef et al. (2022) criaram o FSI (intervenção de suporte familiar) o qual oferece três componentes de intervenção intimamente interligadas e interativas: envolvimento e ligação (envolve a construção de relacionamentos com as famílias, conectando e coordenando atividades de cuidados familiares, bem como cuidados de transição e acompanhamento para familiares e utentes sobreviventes); apoio (baseado em uma abordagem de enfermagem de sistemas familiares relacionais e inclui avaliação da estrutura, processos e recursos familiares, e apoio às famílias por meio de intervenções psicoeducacionais); comunicar (concentra-se na comunicação interprofissional estruturada e na tomada de decisões compartilhada com as famílias).

Já Choi et al. (2020) estudaram: o emprego de horários modificados de visita familiar, com aumento da frequência de visitas; métodos de fornecimento de informações através de folhetos, videoclipes, orientação presencial, um pacote de orientação (um link para a página do hospital, um livreto e uma orientação presencial) e um serviço de mensagem de texto adicional; intervenções para apoiar os familiares durante a transição de utentes da UCI para a enfermaria geral através de uma intervenção educacional. De todas as intervenções descritas, o estudo destacou como experiências positivas por parte dos familiares, os horários de visitas mais frequentes ou mais alargados.

De uma forma geral, os estudos apresentaram resultados bastante positivos relativamente às intervenções propostas ou implementadas, com aumento da satisfação das famílias e promoção da qualidade dos cuidados, destacando-se as intervenções que davam resposta às necessidades de informação.

Com o objetivo de facilitar a leitura e interpretação das principais intervenções de enfermagem identificadas nesta revisão e que dão resposta ao objetivo inicialmente proposto, estas foram compiladas no quadro seguidamente apresentado.

Intervenções de Enfermagem	
Intervenções no âmbito da Informação e Literacia	<p>Folhetos informativos, sessões educativas, telefonemas, TIC (tecnologias de informação e comunicação), reuniões familiares (Parada et al., 2021).</p> <p>SMS (<i>short message service</i>) (Huerta et al., 2019).</p> <p>Determinação da necessidade de informações de cada família, esclarecimentos acerca da finalidade do equipamento típico de UCI, atualizações frequentes perante a família, sobre a condição, progresso e tratamento do familiar (Wong et al., 2017).</p> <p>Entrevista de admissão com os familiares no segundo dia de internamento na UCI, folhetos com informações sobre os possíveis problemas físicos, efeitos cognitivos e emocionais a longo prazo na UCI, folhetos sobre assistência social, estacionamento, alimentação e hospedagem no hospital, diário para expressarem sentimentos e emoções, e sessões psicossociais semanais (Mol et al., 2016).</p>
Intervenções no âmbito da Segurança e Qualidade	<p>FSI (intervenção de suporte familiar) – envolvimento e ligação, apoio, comunicar (Naef et al., 2022)</p> <p>Horários modificados de visita familiar, com aumento da frequência de visitas, folhetos, videoclipes, orientação presencial, um pacote de orientação (um link para a página do hospital, um livreto e uma orientação presencial) e um serviço de mensagem de texto adicional, e intervenção educacional (Choi et al., 2020)</p>

Tabela 1 Síntese das intervenções de enfermagem identificadas na Revisão Scoping

2 APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Os estágios profissionais possibilitam adquirir e desenvolver as competências necessárias para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e do título de EEEMC-PSC. Importa, por

isso, descrever e caracterizar os contextos em que estes decorreram, por forma a permitir uma melhor compreensão das atividades desenvolvidas, assim como, da elaboração e implementação do PIP.

Para dar resposta a este processo formativo, foram realizados dois períodos de estágio em dois contextos clínicos diferentes. O primeiro estágio desenrolou-se num Serviço de Urgência Geral (SUG), e teve uma duração de seis semanas, que corresponderam a 144 horas de contacto. O segundo estágio, intitulado como Estágio Final, decorreu numa UCI de cirurgia cardiotorácica, e teve a duração de 18 semanas, correspondentes a 336 horas de contacto.

De modo a ser respeitada a proteção de dados, pela Lei n.º 59/2019 de 8 de agosto, não serão mencionadas as instituições em questão, nem identificado nenhum dos elementos afetos a essas instituições, que tenham contribuído para o progresso desta formação.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG encontra-se integrado num centro hospitalar composto por dois hospitais, geograficamente próximos entre si, tendo sido criado em 2009, através do Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, na sequência do processo de transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais. É detentor de cerca de 30 valências clínicas, garantindo assistência a nível de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia, Urgência e Hospitalização domiciliária, assegurando ainda, quase todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2022a).

Apresenta uma área de influência que abrange 4 concelhos, correspondente a uma população de mais de 219 mil habitantes, segundo dados dos Censos de 2021 (SNS, 2022a).

Este centro hospitalar assume como missão a *“(..). prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, (...), exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração (...)*” (SNS, 2022b).

Como visão, reconhece ser *“(..). um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população”* (SNS, 2022b).

Rege-se, ainda, por valores como: humanismo, profissionalismo, eficiência, inovação, dedicação e responsabilidade (SNS, 2022b).

2.1.1 Estrutura, Recursos Humanos e Materiais

O SUG caracteriza-se por ser um serviço amplo e dividido em 2 áreas. A área de ambulatório é constituída por 3 gabinetes médicos atribuídos aos médicos tarefeiros, 1 gabinete médico de pneumologia, 1 gabinete médico de medicina interna, 2 gabinetes médicos de ortopedia, 2 gabinetes médicos de cirurgia e 1 gabinete médico de psiquiatria. Junto a estes gabinetes, existem 1 sala de enfermagem de apoio às especialidades médicas de cirurgia, pneumologia e ortopedia, 1 sala de pequena cirurgia, 1 sala para doentes inalatórios, 1 sala de enfermagem que dá apoio à medicina interna (balcão laranjas e balcão geral amarelos), uma sala de espera para doentes triados que se encontram em macas e cadeiras de rodas e respetivos acompanhantes, 2 salas de espera para doentes triados mas a aguardar observação médica (uma área de balcão verde e uma área de balcão amarelos e laranjas), 1 sala de espera exterior para utentes não triados e acompanhantes, 1 sala de enfermagem de apoio a doentes suspeitos ou positivos para Covid-19 e balcão geral (verdes), 1 sala para aloca doentes suspeitos de Covid-19, 1 sala para aloca doentes positivos para Covid-19, 1 gabinete de ECG, 1 gabinete administrativo, 1 casa de banho para utentes alocados ao balcão amarelos e laranjas, 2 casas de banho para utentes associados ao balcão verde, 1 casa de banho para doentes positivos para Covid-19, 1 sala de sujos na área do balcão amarelos e 1 sala de sujos na área balcão verdes, 1 sala de reanimação com capacidade para 2 doentes e 1 sala de triagem. Na área de internamento, temos o SO (serviço de observação) onde existe um espaço com capacidade para 20 doentes, e diversas macas alocadas ao longo do corredor (sem número definido), 1 sala de isolamento com capacidade para 2 doentes, uma sala de apoio para higienes e procedimentos de enfermagem, 1 sala de sujos, 1 sala de limpos, e a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) com capacidade para 8 doentes, com 2 unidades preparadas com ventiladores para ventilação invasiva. Para além destes espaços, existem ainda 1 copa, 1 sala de enfermagem, 1 sala comum para médicos, 3 arrecadações para aloca todo o tipo de material, 1 gabinete para a Enfermeira Gestora, 1 gabinete para o diretor clinico, 2 quartos médicos, 3 vestiários para profissionais e 1 casa de banho para profissionais de saúde.

A admissão dos utentes faz-se através da inscrição administrativa do episódio de urgência, prosseguindo o utente para a triagem de Manchester, a qual é feita, por norma por 1 enfermeiro, ou por 2 enfermeiros quando a afluência de utentes é muito elevada, ou seja, sempre que o tempo de espera ultrapasse os 30 minutos ou estão mais de 10 utentes em espera para triagem. A partir daí, o utente é observado pela equipe médica e fica em balcão até ser devidamente encaminhado para área de internamento (SO ou UIPA) ou para serviços de internamento das diversas especialidades hospitalares, ou para alta.

O sistema de triagem de Manchester foi implementado no SUG em novembro de 2006, de modo a que os utentes sejam triados e classificados por cores, cada uma correspondente a um nível de prioridade clínica, pela qual devem ser atendidos. Desta forma, os utentes são atendidos tendo em conta a sua situação clínica, e não por ordem de chegada.

O SUG também recebe doentes transferidos de outras unidades hospitalares, ou de serviços de internamento do próprio centro hospitalar.

De uma forma geral, as condições clínicas que orientam as decisões médicas para internamento no SO ou UIPA são: falência respiratória, falência hemodinâmica, pós-operatórios e politraumatizados quando complicados por uma das situações anteriormente descritas, intoxicações graves, doença coronária aguda, patologias médicas e cirúrgicas agudas ou crónicas agudizadas.

Para o SO são escalados 5 enfermeiros para os turnos da manhã e tarde, e 4 para o turno da noite, para a UIPA são escalados 2 enfermeiros para as 24h, para a sala de reanimação 1 enfermeiro para as 24h e para a área de ambulatório dos balcões de apoio às especialidades de cirurgia, ortopedia, pneumologia e medicina interna, 4 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 3 enfermeiros no turno da noite e na área dedicada aos doentes com Covid-19, 1 enfermeiro nas 24h. Para além destes elementos, fica 1 enfermeiro chefe de equipa de apoio à gestão durante as 24h, e 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, de apoio à gestão nos turnos das manhãs de semana, assim como a Enfermeira Gestora do serviço.

Na sala de emergência são admitidos doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR), doentes triados com prioridade vermelha, doentes politraumatizados (acidentados, com lesão penetrante na cabeça, tórax ou abdómen), amputação ou fraturas expostas ou com alterações do estado de consciência com score na escala de Comas de Glasgow inferior a 9, vítimas de violência por arma branca ou de fogo, e doentes com queimaduras de 2º e 3º graus em 30% ou mais, de área corporal afetada. A sala tem capacidade para receber dois utentes em simultâneo e está equipada com 2 monitores cardíacos, um carro de emergência com um desfibrilhador e um ventilador portátil. Para esta sala estão destacados permanentemente 1 enfermeiro, 1 médico internista, 1 cirurgião e 1 assistente operacional. Em situações que assim o exijam (por exemplo, PCR) a equipa passa a ser constituída por 2 médicos, 3 enfermeiros e 1 assistente operacional, sendo redimensionada à medida das necessidades. Estes elementos, previamente destacados no início de cada turno, são chamados à sala por meio do toque de uma campainha.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é constituída por 89 enfermeiros, dos quais 14 são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os restantes são enfermeiros generalistas. As idades variam entre 22 anos e 60 anos. Em termos de tempo de profissão, varia entre os 30 anos e 1 ano.

Relativamente aos horários das visitas, na área de internamento (SO e UIPA) é permitida uma visita por doente entre as 17h e a 18h, com uma duração de 15min cada. Na área de

ambulatório os utentes têm direito a um acompanhante sem limite de tempo. Todas estas informações foram obtidas por observação direta ou fornecidas pela enfermeira orientadora deste estágio.

2.1.2 Produção de Cuidados

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde, surge como uma preocupação do Conselho de Administração do centro hospitalar em causa. Em 2022 verificou-se uma recuperação da atividade assistencial, comparativamente com os dois anos anteriores fustigados pela pandemia Covid-19. Esta situação traduziu-se num aumento de 4,4% de consultas realizadas e uma redução do tempo máximo de espera em 184 dias, face a 2021 (CHBM, 2022b).

Como já foi referido anteriormente, O SUG abrange uma população com mais de 219 mil habitantes, segundo os dados referentes a 2022. Segundo o Relatório e Contas de 2021 referente a este centro hospitalar, nesse ano registou-se um aumento populacional superior ao verificado no restante Continente e Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (CHBM, 2022a).

Também a pirâmide etária sofreu alterações, nomeadamente um crescimento na faixa de idades acima dos 65 anos, acentuando o envelhecimento da população.

Em 2022 foram realizados cerca de 155 mil atendimentos no SUG, ou seja, cerca de 425 atendimentos por dia. Da totalidade de atendimentos, cerca de 9 mil resultaram em internamento (SNS, 2022c).

Em novembro de 2022 (últimos dados), 63,8% dos episódios de urgência atendidos, encontravam-se dentro dos tempos de atendimento previstos, consoante as cores da triagem de Manchester (menos 0,8% comparativamente com o período homólogo do ano anterior). Da totalidade de atendimentos, 4,2% corresponderam a utentes recorrentes, com mais de 4 episódios de urgência, e 48,4% corresponderam a atendimentos triados com prioridade verde, azul e branca (mais 0,6% comparativamente com o período homólogo do ano anterior). E de todos os atendimentos de tipologia urgente (geral, pediátrica e obstétrica), cerca de 68% corresponderam a episódios de urgência geral (Ministério da Saúde, 2023).

Ainda relativamente aos tempos de espera para atendimento, durante o ano de 2021, verificou-se uma tendência para a deterioração, assim como já se teria verificado em 2020. Este facto relaciona-se com constrangimentos associados à pandemia Covid-19, que motivou a criação de circuitos distintos para utentes suspeitos ou confirmados com essa patologia, e para utentes com outras sintomatologias, o que exigiu o reforço das equipas e a sua dispersão. No entanto, devido ao esforço para adaptação e reorganização do espaço e dos profissionais do SUG, foi possível assegurar níveis de atendimento razoáveis (CHBM, 2022a).

O centro hospitalar promove diversas formações e ações de aprendizagem e desenvolvimento para profissionais das respetivas instituições. Estas atividades no formato presencial, foram suspensas durante a pandemia Covid-19, mas retomaram em 2022. No seu total, foram realizadas cerca de 476 horas de formação, correspondentes a 335 ações de formação, com um total de 4426 participantes (CHBM, 2022a). Parece, portanto, ter havido uma boa adesão por parte dos profissionais de saúde, às ações de formação, o que reflete a motivação dos mesmos.

Quanto à gestão dos cuidados de enfermagem no SUG, verificou-se que as equipas de enfermagem cumprem um horário rotativo, dividido em turnos de 8 horas (manhãs, tardes e noites), cobrindo o total das 24 horas diárias. Como já foi anteriormente referido, em todos os turnos encontra-se destacado, pelo menos um elemento com funções de gestão, papel esse que nas tardes e noites é atribuído a um enfermeiro chefe de equipa, ou na ausência dessa possibilidade, um elemento perito, geralmente ocupando a posição de segundo ou terceiro elemento, na escala hierárquica de cada equipa. É este elemento que faz a distribuição dos vários enfermeiros pelos diversos sectores do SUG, podendo reajustar essa distribuição consoante a afluência de utentes e as necessidades sentidas em cada posto.

A metodologia de trabalho em vigor, é o método individual de trabalho, sendo que, cada enfermeiro centra o seu foco de atenção no cuidado aos utentes que se encontram no sector onde desempenha funções. Para Ventura-Silva et al. (2021) este método consiste na abordagem da assistência de uma forma global, por parte de um único enfermeiro, à pessoa ou grupo de pessoas, ao longo de um turno. O utente é assim, tido como o centro da assistência, em torno do qual são organizados os cuidados de enfermagem, consoante as necessidades identificadas.

Desta forma, esta parece ser a metodologia de trabalho mais adequada, permitindo o estabelecimento de um fio condutor na gestão dos cuidados de enfermagem prestados, evitando-se a fragmentação ou interrupção desta assistência, minimizando-se os riscos de erro terapêutico e promovendo-se a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados. Consequentemente, a prática do método individual de trabalho, motiva a satisfação por parte dos utentes e famílias e pode refletir-se na eficácia e eficiência da instituição, por exemplo, na diminuição de custos ou tempos de internamento.

No SUG, os elementos detentores de especialidade, incluindo o título de EEEMC-PSC, são selecionados pela enfermeira gestora, para assumir a função de chefes de equipa e de responsáveis de turno, uma vez que estes possuem competências técnicas, científicas, humanas, relacionais e de liderança, que lhes conferem maior capacidade na coordenação de uma equipa de enfermeiros. Assim, na ausência da enfermeira gestora ou das enfermeiras de apoio à gestão, isto é, sempre que é necessário o enfermeiro especialista assumir a função de responsável de turno, este deve gerir recursos humanos, distribuindo os enfermeiros pelos diversos sectores de trabalho por turno, tendo em conta os conhecimentos, competências, tempo

de experiência profissional e de trabalho no SUG, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a otimização do processo relacional entre utente e enfermeiro. Deve também gerir recursos materiais, promovendo a correta utilização desses recursos, a manutenção dos equipamentos e a eficaz gestão dos medicamentos. É ainda, este elemento o responsável por: transmitir informações clínicas e de enfermagem acerca de todos os utentes internado em SO e UIPA, ao enfermeiro responsável do turno seguinte, assim como outras informações relevantes, ocorrências e incidentes sofridos ao longo do turno; supervisionar a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros; articular a transferência de utentes ou processos e circuitos inerentes ao centro hospitalar, com outros serviços do mesmo centro; seleccionar o enfermeiro mais capacitado para a realização do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, de forma a garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do utente; registar em plataforma própria, incidentes relevantes, tornando-os passíveis de intervenção, correção, melhoria e reflexão para futura tomada de decisão; supervisionar e orientar os enfermeiros responsáveis por alunos em contexto de estágio, contribuir para a coesão, dinâmica e espírito de equipa; identificar e gerir situações de crise e conflito no turno; fornecer informação personalizada aos familiares dos utentes internados em SO e UIPA em horário próprio; colaborar na comunicação de más notícias juntamente com médico responsável; proceder à reposição de medicamentos nos sectores de trabalho, por níveis.

2.2 UCI CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

A UCI de cirurgia cardiotorácica onde decorreu o estágio final, encontra-se inserida num dos hospitais integrantes de um dos maiores centros hospitalares da capital. Este centro hospitalar nasce em 2004, sendo composto por quatro hospitais geograficamente próximos. No entanto, dois desses hospitais acabaram por encerrar. Em 2007, o centro hospitalar passou a integrar mais dois hospitais e a 1 de março de 2012, passou a integrar mais dois, perfazendo um total de seis hospitais. Em 2018, passou a ser reconhecido como centro universitário, pelo Decreto-Lei n.º 61/2018 de 3 de agosto. Assume como missão, a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as diversas unidades de prestação de cuidados de saúde abrangidas pelo Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2022).

A sua visão alicerça-se no ensino universitário e formação pós-graduada, que lhe conferem elevada diferenciação científica, tecnológica e técnica, sendo reconhecido como instituição de referência. Já no que se refere aos valores, a sua atividade é pautada por: competência técnica; ética profissional; segurança e conforto do doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação

sistemática; atividade orientada para resultados; trabalho em equipa multidisciplinar e pluriprofissional; e boas condições de trabalho (MS, 2022).

De forma a garantir uma prestação de cuidados seguros, eficazes, integrados e centrados no utente e família, o centro hospitalar assume ainda como finalidade, a implementação de metodologias de melhoria contínua da qualidade organizacional e clínica, tendo por base uma abordagem estruturada, mensurável e auditável (MS, 2022).

A política de Qualidade deste centro hospitalar, assenta na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e objetivos estratégicos explícitos no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026. Nesta sequência, assume-se que a melhoria contínua da qualidade, é uma responsabilidade inerente a cada um dos colaboradores da instituição e a todas as suas unidades orgânicas. Desta forma, cada unidade deve desenvolver planos de ação, com objetivos precisos, realistas e mensuráveis, direcionados para uma utilização de recursos eficiente, tendo por base a garantia de boas práticas, confidencialidade, segurança e parcerias com utentes e família (MS, 2022).

Um dos objetivos do programa de melhoria contínua deste centro hospitalar, assenta no reconhecimento por parte de organizações externas idóneas, dos progressos alcançados no que concerne ao controlo, garantia e melhoria da qualidade, onde estão integradas a certificação e a acreditação da qualidade (MS, 2022).

Visando a eficácia, excelência e segurança dos cuidados de saúde prestados nas unidades inseridas neste centro hospitalar, assume-se a supervisão clínica como instrumento de suporte, direcionada para a promoção de competências profissionais, tendo por base o pressuposto de que a formação contínua e o desenvolvimento profissional, são responsabilidades assumidas pela instituição e por cada um dos seus colaboradores. Desta forma, os programas de supervisão clínica preveem: a seleção da metodologia mais adequada aos objetivos e necessidades de cada área e grupo profissional, a estimativa de recursos necessários à sua consecução, e a definição de requisitos para supervisores. A sua introdução em cada área, especialidade e unidade funcional é efetivada pela Direção da Área, Responsáveis ou Coordenadores da mesma, e tem em linha de conta: a sensibilização das equipas para o empenho e adesão ao processo de supervisão clínica, a avaliação e monitorização do benefício e qualidade do mesmo processo, o seu contributo no desenvolvimento dos profissionais de cada unidade e a manutenção da segurança dos cuidados (Nabais et al., 2018).

2.2.1 Estrutura, Recursos Humanos e Materiais

A UCI de cirurgia cardiotorácica encontra-se integrada num serviço hospitalar, o qual é reconhecido como centro de referência ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), centro de referência de assistências ventriculares, centro de referência de transplantação cardíaca, centro de referência de cirurgia cardíaca adultos e pediátrica, e é o único centro de transplantação pulmonar em Portugal.

Este serviço subdivide-se assim, em três sectores essenciais: uma enfermaria com capacidade para 29 camas, um bloco operatório (BO) com 3 salas de cirurgia e uma UCI que se divide numa sala para adultos com capacidade para 9 utentes, 3 quartos de isolamento (2 com pressão positiva e 1 com pressão negativa) e uma sala para pediatria com capacidade para 3 crianças.

Existe ainda um espaço onde operava uma unidade de cuidados intermédios, que atualmente se encontra desativada. A enfermaria integra na sua estrutura, casa de banho para mulheres e casa de banho para homens, rouparia, sala de tratamentos, sala de enfermagem, sala de sujos, arrecadação, copa e sala de pausa, e gabinete de consultas. Entre a enfermaria e a UCI, localiza-se o BO, o qual se encontra capacitado para realização de cirurgias cardíacas, torácicas e transplantação cardíaca e pulmonar, sendo as mais frequentes, as cirurgias de by-pass coronário, as substituições valvulares e os transplantes pulmonares.

Na área que dá acesso à UCI, existe 1 copa, 1 sala de pausa, 1 gabinete da enfermeira gestora do serviço, 1 sala de apoio com consumíveis, 1 sala de sujos e 1 sala de limpos. O espaço da UCI em si, é dotado de tecnologia de vanguarda e operacionalizada por uma equipa de profissionais de saúde que dá resposta a doentes críticos submetidos a cirurgia e que se encontram habitualmente em fase pós-operatória. Essa equipa, caracteriza-se por ser multidisciplinar e é composta por médicos, enfermeiros, dietista, fisioterapeutas, assistentes operacionais, psicóloga, entres outros.

Fisicamente, apresenta uma disposição em “*open-space*” por forma a permitir uma vigilância direta e contínua de todos os utentes em simultâneo. As unidades individuais de cada utente, encontram-se separadas com cortinas, as quais são utilizadas sempre que necessário proteger a privacidade e dignidade dos mesmos.

A UCI recebe maioritariamente, utentes de pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, utentes de pós-operatório imediato de cirurgia torácica, casos de insuficiência respiratória grave, angina instável ou arritmias malignas, e utentes de pré-operatório em casos de ventilação assistida ou instabilidade hemodinâmica grave. Entre as patologias cardíacas mais frequentes, encontram-se a estenose aórtica, a doença coronária, doença valvular e as endocardites.

Relativamente ao percurso realizado pelos utentes, em casos de cirurgias programadas, estes são referenciados pela consulta externa dos diferentes serviços do centro hospitalar ao qual esta UCI pertence, mas também a partir de outras instituições ou centros hospitalares. Podem também ser encaminhados, diretamente do serviço de urgência do mesmo centro

hospitalar ou de outros, após contacto prévio com o médico que se encontra de serviço na UCI, nesse horário.

Ainda nos casos das cirurgias programadas, inicialmente é realizada uma consulta pré-operatória, médica e de enfermagem, onde são recolhidos dados pessoais e familiares, antecedentes pessoais e transmitidas informações pertinentes relativamente ao procedimento cirúrgico e pós-operatório. Esta consulta pode ocorrer vários meses antes da cirurgia se efetivar, podendo o tempo de espera, ultrapassar um ano.

O utente, dá então, entrada na enfermaria, cerca de 24h, antes da cirurgia. Cumpre a devida preparação pré-cirúrgica, consoante o tipo de cirurgia que irá realizar, e é-lhe explicado o que é expectável acontecer e sentir no pós-operatório. Se não ocorrerem intercorrências durante o período de internamento na enfermaria, o doente vai ao BO no tempo estipulado. Como já foi referido, o pós-operatório imediato é assumido pela UCI, e é a equipa do BO que transfere o utente.

Nos cuidados intensivos, os utentes permanecem em média 24 a 48 horas, dependendo da evolução do seu estado clínico, sendo posteriormente, transferidos novamente para a enfermaria, acompanhados por enfermeiro e assistente operacional. Nos casos de transplantação cardíaca e pulmonar, o tempo de internamento em UCI pode se alongar por vários dias ou semanas, dependendo da evolução clínica da cada utente.

À data da alta, é entregue um guia de alta e fornecidas várias indicações e aconselhamentos visando a promoção da recuperação em domicílio.

Já no domicílio, o utente mantém acompanhamento de enfermagem através de consulta de *follow-up*, onde se avaliam as suas necessidades, esclarecem dúvidas, se promove o processo de adesão terapêutica, assim como a mudança de hábitos, visando a melhoria da qualidade de vida. As consultas de *follow-up* são realizadas via telefone ou, pessoalmente, caso coincidam com a consulta médica. Em termos de periodicidade, esta consulta é realizada aos 3 dias de pós-alta, aos 30 dias, 3 meses, 6 meses e 1 ano. Este acompanhamento é complementado com recurso a uma escala que é preenchida no dia de admissão na enfermaria, a EQ-5D-5L. Esta escala tem como objetivo avaliar o estado de saúde relacionado com a qualidade de vida, gerando um valor de índice que possa ser usado na avaliação de cuidados de saúde (Euroqol, 2021). O instrumento compreende cinco domínios (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor e ansiedade) e cada domínio tem cinco níveis que vão de “sem problemas” a “problemas extremos” registando assim, uma autoavaliação da saúde do utente (Euroqol, 2021). A escala é aplicada novamente 3 meses após a alta e aos 6 meses após a alta, permitindo assim perceber o perfil de saúde do utente, e a sua evolução no que diz respeito à qualidade de vida, compreendendo se existe ou não, a necessidade de algum tipo de reajuste em termos de cuidados, terapêutica ou outro tipo de encaminhamento.

Relativamente ao atual horário de visitas da UCI, o regime em vigor realiza-se por agendamento via telefone, sendo que, cada utente pode ter uma visita por dia, durante cerca de 30 minutos, tendo em conta ainda, as recentes restrições pela pandemia da Covid19. São permitidas visitas por apenas 2 elementos da família para cada utente, que serão sempre os mesmos ao longo do internamento na UCI. Estes elementos terão que alternar entre dias de visitas, uma vez que não é permitido duas visitas para o mesmo doente, no mesmo dia, mesmo que não seja em simultâneo. Esta marcação é feita pela equipa de enfermagem, com o objetivo de gerir a afluência de famílias dentro da UCI, evitando grandes aglomerados de pessoas.

Neste serviço, as equipas de enfermagem operam em roulement, alternando entre UCI (adultos e pediatria) e enfermaria, ficando sempre um enfermeiro responsável por turno (chefe de equipa, ou outro perito, na ausência de um chefe). A distribuição dos vários enfermeiros pelos diferentes sectores é feita diariamente pela enfermeira gestora do serviço. Nos turnos das manhãs de semana, existem sempre dois elementos de apoio à gestão.

A equipa é constituída por 68 enfermeiros, dos quais, 46 exercem funções em UCI podendo alternar com enfermaria. Os restantes apenas ficam destacados para a enfermaria. As idades variam entre os 22 anos de idade e os 53 anos de idade. O tempo de experiência profissional varia entre 1 mês (encontravam-se elementos em integração enquanto decorria o período de estágio) e os 27 anos. Em termos de habilitações académicas, a equipa conta com um enfermeiro Mestre em Saúde Pública, um enfermeiro Especialista em Reabilitação, três enfermeiros Mestres e Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e dois mestrandos para esta mesma especialidade.

As informações aqui expostas, foram obtidas por observação direta e fornecidas pela enfermeira orientadora do estágio, assim como pela enfermeira gestora do serviço.

2.2.2 Produção de Cuidados

Segundo o Relatório de gestão e contas do Exercício de 2021 (o último disponível), o centro hospitalar em causa, assume-se como instituição de referência na prestação de cuidados, uma vez que promove a prática de uma medicina inovadora e de excelência, que assegura o melhor diagnóstico e respetivo tratamento médico disponíveis, dando resposta, não só ao território nacional, mas também às regiões autónomas, a utentes evacuados dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), assim como a cidadãos estrangeiro residentes no país, em trânsito ou em férias (CHULC, 2022).

A área de abrangência deste centro, é constituída por 13 freguesias, correspondendo a cerca de 275 mil habitantes. Contudo, sendo uma instituição de destino para referência

diferenciada, o seu âmbito de influência é ampliado para o nível regional e nacional, pelo que é correto afirmar que a sua capacidade abrange cerca de 1.8 milhões de habitantes (CHULC, 2022).

Relativamente à população residente na sua área de abrangência direta, registou-se uma diminuição da população (de 283 mil para 275 mil) e do índice de envelhecimento (de 180 para 177), face a 2020 (CHULC, 2022).

Importa referir que este centro hospitalar integra o Centro de Investigação, criado em 2017, com o objetivo de promover a prática de investigação de qualidade, de forma organizada e sustentada, unindo conhecimento e experiências de referência nacional e internacional (CHULC, 2022).

No ano de 2021, foram concretizadas 551 ações de formação, que compreenderam um total de 13.774 participantes, 2.288 horas de monitorização e 55.014 horas de formação efetiva. Estes dados assumem-se como indicadores que revelam uma elevada adesão por parte dos profissionais, às ações formativas propostas. Registou-se ainda, uma subida percentual significativa, relativamente a toda a atividade formativa, comparativamente com o ano anterior, tendo sido superior a 60%. O número de formandos que participaram das formações decorridas em 2021, foi superior ao contabilizado em 2019 (mais 17%), apesar do número de formações ter sido menor (menos 11%) em relação a 2019. Da totalidade de participantes, destaca-se o grupo profissional de enfermagem como aquele que obteve maior participação, 67% do total de participantes (CHULC, 2022). Mais uma vez, os dados de adesão à formação, traduzem o crescente interesse e motivação dos profissionais, rumo à excelência da sua prática profissional.

Em 2021, registou-se um agravamento da pandemia em Portugal, com início em novembro de 2020 e que se prolongou até fevereiro do ano seguinte. Esta situação causou constrangimentos na atividade programada não urgente. No entanto, foi possível esta instituição manter os níveis de produção de 2021, próximos dos verificados em 2019, ultrapassando-os até, em certas linhas de produção (CHULC, 2022).

Em dezembro de 2021, foi registada uma lotação praticada de 1.186 camas de utentes agudos, ou seja, mais 11 camas que o período homólogo do ano anterior, e menos 91 camas que em dezembro de 2019. O centro hospitalar registou ainda, cerca de 42.6 mil utentes saídos, em 2021, isto é, mais 3.6% (mais 1.467 utentes saídos) face a 2020, e menos 8.8% (menos 4.107 utentes saídos) que em 2019. Já a demora média registada, foi de 9.3 dias, pouco inferior ao verificado em 2020 (9.4 dias) e em 2019 (9.45 dias). A taxa de ocupação rondou, assim, os 87% (CHULC, 2022).

No que diz respeito à área da cirurgia, em 2021 realizaram-se 38.356 cirurgias, correspondentes a 105 cirurgias por dia, o que se traduziu num aumento de 18% relativamente a 2020 (mais 16 cirurgias por dia). No que se refere apenas a cirurgias programadas, o aumento foi de 21% face a 2020, e de 1% face a 2019. A crise pandémica causou constrangimentos e

condicionantes na atividade cirúrgica, pela necessidade de realocar os profissionais para as UCI's, pela suspensão de atividade programada não prioritária ou urgente, pela cessação do agendamento de cirurgias que pudessem vir a exigir cuidados intensivos, e ainda, pela recusa de muitos utentes em serem intervencionados (CHULC, 2022).

Em 2021, o número de novos utentes inscritos para cirurgia elevou-se cerca de 21%, isto é, aproximadamente mais 6 mil novos utentes face a 2020. Já o número de utentes em lista de espera a 31 de dezembro de 2021, reduziu cerca de 9.4% (menos 1.372 utentes) face ao período homólogo de 2020. Quanto ao tempo de espera, a média registada a 31 de dezembro de 2021, foi de 244 dias, menos 4 dias face a 2019 e menos 59 dias face a 2020 (CHULC, 2022).

O centro hospitalar assume grande preocupação em relação à lista de inscritos para cirurgia (LIC), principalmente no que se refere aos utentes com mais de 1 ano de espera. Como medidas para mitigar esta situação, surgiram alertas que são enviados semanalmente para as especialidades clínicas, identificando os casos com maior prioridade e os mais antigos a aguardar marcação cirúrgica (CHULC, 2022).

Relativamente à transplantação, existe o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), o qual é responsável pela coordenação da atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células, nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, na sua área de referência, com a possibilidade de extensão a nível nacional e internacional. Assim, em 2021, há registo de referência e avaliação pelos GCCT deste centro hospitalar, de 1.021 órgãos, tanto dos hospitais da sua rede de referência, como da rede de outros 4 GCCT nacionais, e ainda de ofertas internacionais (Organizacion Nacional de Transplantes de Espanha). Destes, foram utilizados 328 órgãos, 254 dos quais, implantados pelas unidades de transplantação relativas ao GCCT do centro hospitalar em causa (CHULC, 2022).

Já no que concerne a colheitas, o GCCT do referido centro hospitalar, realizou em 2021, 122 colheitas no total, as quais resultaram em 257 órgãos colhidos e 219 tecidos. Desses, 34 correspondem a colheita de pulmão e 11 a colheita de coração (CHULC, 2022).

Salienta-se que, no âmbito da colheita e transplantação pulmonar, este centro hospitalar dá resposta a todo o país. É ainda, o único centro que, excetuando o transplante hepático pediátrico, realiza todos os transplantes de órgãos, sendo, como já foi anteriormente referido, o único onde é realizado o transplante de pulmão (CHULC, 2022).

Focando na UCI de cirurgia cardiotorácica, apurou-se que, no seu total, foram realizados em 2021, 7 transplantes cardíacos, correspondentes a 14,3% da totalidade destes transplantes a nível nacional, e 64 transplantes pulmonares. No mesmo ano, esta UCI registou um valor de 1.286 utentes saídos (sem transferência interna), mais 172 utentes que no ano anterior, e uma demora média de internamento de 10.8 dias, ou seja, menos 1.2 dias que em 2020 (CHULC, 2022).

Relativamente à gestão dos cuidados de enfermagem, as equipas cumprem um horário rotativo, dividido em turnos de 8h (manhãs, tardes e noites), e em todos os turnos existe pelo menos, um enfermeiro destacado com funções de gestão, sendo este elemento, habitualmente um chefe de equipa, ou um perito, por norma situado na segunda ou terceira posição da escala hierárquica de cada equipa. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores do serviço, fica programada nas manhãs para as 24h e fins de semana. No entanto, são os elementos com funções de gestão, responsáveis pelos restantes turnos, que gerem a necessidade de redistribuição da equipa de enfermagem, e na UCI, distribuem os elementos pelos utentes a quem irão prestar cuidados, tendo em atenção o grau de gravidade e a experiência dos profissionais.

Tanto na UCI como na enfermaria, é preconizado o método individual de trabalho, no qual, cada enfermeiro assume a responsabilidade de todos os cuidados a prestar aos utentes que lhe são atribuídos (1 ou 2 utentes, conforme o nível de gravidade). No entanto, durante a admissão de um utente ou em casos de emergência (instabilidade hemodinâmica agravada ou paragem cardiorrespiratória), é utilizado o método de trabalho em equipa, o qual demonstra um elevado nível de maturidade profissional na adaptação às necessidades do serviço.

Como já foi referido anteriormente, a metodologia individual de trabalho preconiza que um único enfermeiro seja responsável pela gestão e execução dos cuidados de enfermagem a um ou mais utentes, dando resposta às suas necessidades, sem que hajam interrupções ou fragmentações na assistência prestada, sendo esse profissional quem concebe, implementa e avalia os cuidados prestados (Ventura-Silva, 2021). Por este motivo, considera-se esta, uma metodologia adequada e que promove a segurança dos cuidados, assim como a sua qualidade, indo de encontro ao propósito dos programas de melhoria contínua da qualidade que dão resposta à gestão do risco clínico e segurança do doente, que é alvo de certificação e acreditação por parte de organizações externas, no caso, do Programa Internacional de Acreditação de Hospitais do CHKS (Insight for better healthcare) (CHKS, 2020).

Este método permite ainda, ao enfermeiro com funções de gestão, a supervisão dos cuidados prestados pelos enfermeiros, conferindo-lhe um poder de decisão no decorrer desse processo.

À semelhança do SUG referente ao contexto de estágio anterior, também na UCI de cirurgia cardiorrástica, os enfermeiros especialistas são preferencialmente escolhidos pela enfermeira gestora para assumir funções como chefes de equipa e responsáveis de turno na ausência desta, ou dos elementos de apoio à gestão. Assim, o enfermeiro especialista tem a seu cargo a gestão de recursos humanos, gerindo e otimizando a distribuição dos enfermeiros entre os sectores enfermaria, UCI e UCI pediátrica, tendo em consideração o seu nível de conhecimentos, competências e tempo de experiência profissional e de trabalho neste serviço, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É ainda responsável pela gestão de recursos

materiais, garantindo a correta utilização dos equipamentos e a sua manutenção, e a gestão de medicação.

O enfermeiro especialista, fica sempre atribuído ao sector da UCI, podendo, no entanto, dar apoio e esclarecer dúvidas aos elementos atribuídos aos restantes sectores. Assim, a este elemento compete: receber e transmitir informações clínicas e de enfermagem sobre todos os utentes internados na UCI, ao responsável do turno seguinte, assim como outras ocorrências relevantes ou incidentes sofridos durante o turno; fazer a distribuição dos enfermeiros pelos utentes internados na UCI, tendo em conta o grau de gravidade e complexidade de cuidados que estes exigem e as competências e experiência profissional dos profissionais; supervisionar a qualidade e continuidade dos cuidados prestados; supervisionar, apoiar e promover o cumprimento das políticas e procedimentos inerentes à instituição, relacionados com as boas práticas de enfermagem; registar em plataforma própria, incidentes relevantes ocorridos durante o turno, por forma a possibilitar a sua devida correção, melhoria e reflexão para futura tomada de decisão; colaborar nos ensinamentos clínicos dos estudantes, supervisionando e orientando o enfermeiro responsável pelo aluno, quando este não é um enfermeiro especialista; integrar novos elementos na UCI de acordo com o plano de integração do serviço; contribuir para a união, dinâmica e espírito de equipa; gerir situações de crise ou conflito no turno; supervisionar as atividades e desempenho da equipa, propondo alterações que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados; participar em programas de melhoria contínua da qualidade.

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A temática abordada no presente relatório, constituiu o ponto de partida para dar resposta aos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de

EEEMC-PSC, através do desenvolvimento e implementação de um PIP no local onde decorreu o estágio final, a UCI de cirurgia cardiotorácica.

Importa relembrar que o referido PIP foi elaborado seguindo a metodologia de projeto, a qual se baseia “(...) *numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução*” (Ruivo et al., 2010, p.2), promovendo assim, a aplicação da prática baseada na evidência.

Desta forma, o PIP teve como finalidade, contribuir para o desenvolvimento de competências e enriquecimento de conhecimentos, não só de quem o arquitetou, mas também dos profissionais de enfermagem a quem este se dirigiu, promovendo a aquisição de meios e estratégias que permitissem dar resposta à temática em abordagem. Para Ruivo et al. (2010), a metodologia de projeto é um processo faseado, subdividindo-se em cinco estádios: elaboração do diagnóstico de situação, planeamento das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planificadas, avaliação e divulgação dos resultados conseguidos.

Assim, em seguida é apresentada a descrição do desenrolar do PIP, tendo em conta as diferentes fases inerentes à metodologia de projeto.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira fase desta metodologia, reporta-se então, ao diagnóstico de situação e *visa* “(...) *a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar*” (Ruivo et al., 2010, p.10). Por outras palavras, nesta etapa, definem-se problemas, estabelecem-se prioridades, e apuram-se possíveis causas, procurando depois, os recursos e mecanismos de mudança. Para chegar ao problema recorre-se habitualmente, a especialistas na área, bases de dados e opiniões ou questões deixadas por outros investigadores, com recurso a instrumentos de diagnóstico, tais como entrevistas, inquéritos ou métodos de análise de situação, como a análise SWOT (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, importa esclarecer a identificação do problema e diagnóstico de situação do projeto desenvolvido neste percurso académico. De acordo com Ruivo et al. (2010), no desenrolar de um projeto no âmbito da saúde, torna-se essencial desenvolver uma pesquisa que vise o levantamento das necessidades da população, num determinado contexto, e que permita planejar e executar atividades que possam dar resposta aos problemas identificados. Para as mesmas autoras, para atingir a eficácia dessa resposta, é fundamental o envolvimento de profissionais de saúde, que são fulcrais no processo de mudança dentro das instituições, da mesma forma que é “(...) *importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada*

às suas funções e que invistam na formação contínua” (Ruivo et al., 2010, p.10). Assim, foi com recurso a uma entrevista exploratória não estruturada, que se chegou ao problema identificado.

De acordo com Santos et al. (2019), este tipo de entrevista visa procurar o conhecimento e a informação que existe acerca de um determinado tema, oriundo de diversos pontos de vista. Para que este instrumento de recolha de informação seja eficaz, são necessárias algumas condições, tais como: a seleção dos entrevistados, os quais devem ser capazes de revelar informações úteis para a pesquisa (peritos, testemunhas, população alvo da investigação, entre outros); que o processo se apresente como não-diretivo, isto é, que se efetue de forma aberta; que seja formado pelo menor número de questões possível; que o investigador não se envolva no conteúdo; que decorra num ambiente adequado e que permita aprofundar conhecimentos sobre o tema (Santos et al., 2019).

Para Campos (2020) a entrevista pode ser estruturada, semiestruturada ou não estruturada. Na entrevista não estruturada não existe um guião predefinido, é deixada em aberto, ao critério de quem entrevista. Segundo Batista et al. (2017), neste tipo de entrevista o tema é abordado livremente e tem uma finalidade essencialmente exploratória.

Segundo os últimos autores, a entrevista semiestruturada concilia perguntas abertas com perguntas fechadas, e o entrevistado tem a possibilidade de se posicionar a favor ou não, do tema. Já na entrevista estruturada, segue-se um guião rígido de perguntas fixas, que por norma, são em grande número (Batista et al., 2017).

Deste modo, foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada com a Enfermeira Orientadora deste estágio, onde se apurou a necessidade de intervir na área do acolhimento à família da pessoa em situação crítica, logo após a admissão, ou seja, no primeiro impacto com o contexto da unidade, tendo sido identificada, logo à partida, a ausência de um guia de acolhimento e de uma norma de acolhimento que uniformizasse a abordagem do enfermeiro perante a família da pessoa em situação crítica admitida na UCI.

Esta entrevista foi posteriormente estendida à Enfermeira Gestora do serviço por forma a legitimar o diagnóstico levantado e a recolher as suas opiniões e ideias, com vista ao enriquecimento do trabalho a ser desenvolvido neste projeto.

A otimização do acolhimento à família da pessoa em situação crítica admitida em UCI vai promover o planeamento e implementação de intervenções preventivas que facilitem processos de transição saúde-doença. Meleis et al. (2010), defendem que, se os indivíduos não se encontrarem devidamente preparados para uma experiência de transição, poderão desenvolver potenciais problemas que os conduzam a uma situação de insuficiência de papel, com necessidade de intervenções preventivas e/ou terapêuticas no que concerne à suplementação de papel.

Foi ainda, realizado um inquérito aos enfermeiros peritos e proficientes a exercer funções nesta unidade, por forma a recolher contributos que pudessem sustentar esta necessidade e

opiniões que pudessem direcionar as intervenções mais adequadas à mitigação da mesma. A preferência por enfermeiros peritos e proficientes para a aplicação deste inquérito (o qual se remete para apêndice), prendeu-se com a sua experiência profissional. Para Benner (2005), a enfermeira proficiente é a profissional capacitada para reconhecer sinais de deterioração do estado de um doente, mesmo antes deste apresentar alterações explícitas nos seus sinais vitais. Já o perito, é detentor de uma compreensão intuitiva das situações e capta diretamente os problemas e suas soluções sem que se perca de entre um amplo espectro de diagnósticos. Desta forma, para a autora, a enfermeira perita é “(...) *muito respeitada tanto pelas colegas como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competências*” (Benner, 2005, p.58). Assim, foi depreendido que os enfermeiros peritos teriam uma visão mais crítica e global desta temática, podendo ter, numa fase posterior, um papel relevante, quanto à implementação deste projeto por, pelo estatuto que representavam, promoverem a aceitação do mesmo, perante os restantes elementos das equipas de enfermagem.

Num universo de 68 enfermeiros, dos quais, 46 exerciam funções em UCI, foram questionados 20 elementos de entre este grupo específico. Ressalva-se que houve o cuidado de se abranger elementos de todas as equipas de enfermagem, de modo a se obter a maior representatividade possível. Os enfermeiros alvo deste inquérito caracterizavam-se por ter entre 4 e 27 anos de exercício de funções nesta UCI, sendo que 1 destes elementos era EEEMC-PSC, 1 era Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 2 encontravam-se na posição de mestrandos de EEEMC-PSC e Enfermagem de Reabilitação.

Destacam-se alguns dos resultados obtidos:

- 85% dos inquiridos considerava importante, a família do doente crítico ter a possibilidade de realizar a primeira visita pós-operatória, logo após a saída do BO;
- 100% dos inquiridos, considerava a primeira visita da família do doente crítico internado na UCI de cirurgia cardiotorácica, como sendo geradora de stress e ansiedade para o familiar, tendo em conta a tipologia e complexidade das cirurgias a que os utentes são submetidos no BO desta unidade;
- 100% dos inquiridos, concordava com o facto de ser possível minimizar os sentimentos de stress e ansiedade da família, através da otimização de um processo de acolhimento mais eficaz, o qual se poderia suportar numa norma de acolhimento à família que uniformizasse, não só a abordagem do enfermeiro perante os familiares, mas também a informação que lhes seria transmitida;
- 100% dos inquiridos, considerava facilitadora a utilização de um guia de acolhimento à família, adaptado à UCI em causa e adaptado às características das respetivas pessoas admitidas e equipa de profissionais, como complemento à informação que seria transmitida verbalmente.

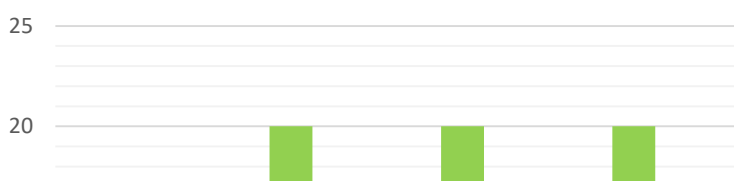


Gráfico 1 Tratamento de dados do Inquérito para validação do tema de projeto

Relativamente ao Guia de Acolhimento, foram recolhidos vários contributos e sugestões por parte dos elementos questionados, os quais foram compilados e apresentados na seguinte tabela.

Temas	Visitas	Contactos telefónicos	Contexto Visual da UCI	Informações	Medidas de controlo de infeção
Sugestões	Horário de Visitas	Contacto direto da UCI	Imagem ilustrativa e legendada que represente um doente com os dispositivos mais comuns da UCI	Horário de contactos telefónicos para informações	Descrição de cuidados antes, durante e após contacto com o utente (lavagem e desinfeção das mãos, trocar de máscara, bata ou avental...)
	Regras de marcação e agendamento de visitas	Horário para contactos telefónicos (ex. contactar para marcação de visitas, entre X e X horas)	Descrição do contexto físico e visual em que a visita irá encontrar o doente, destacando monitores, alarmes sonoros, drenos,	Alertar para o facto da informação ser dada à pessoa de referência	Alertar para evitar contacto físico com outros utentes ou familiares

Tabela 2 Sugestões para Guia de Acolhimento	Normas de visitas (quantas visitas/dia, quantas visitas em simultâneo, tempo de duração da visita)	Recursos da equipa multidisciplinar (serviço social, psicologia, serviço religioso, dietética...)	ventilador, cateteres...) Alertar para, caso o utente se encontre consciente, manter discurso calmo e tentar evitar o cansaço do mesmo com demasiadas questões	Alertar para o facto da pessoa de referência ser alguém previamente escolhido pelo utente, não tendo que ser necessariamente um familiar por laços de sangue	
	Alertar para a família não trazer alimentos, água, objetos de valor ou dispositivos eletrónicos como telemóvel, em contexto de UCI	Alertar para evitar contacto telefónico nos horários das passagens de turno	Descrição física da UCI (<i>open-space</i> , com possibilidade de ver outros utentes, de ouvir alarmes dos seus dispositivos...)		
	Alerta: antes da visita entrar na UCI, deve deixar os seus objetos pessoais (malas, casacos, guarda-chuva...) no bengaleiro		Desmistificar ventilação mecânica		
			Desmistificar sedação		
			Alertar para evitar fazer ruído dentro da UCI		
			Alertar para o facto de ser possível tocar no utente mas com a devida atenção aos dispositivos em redor do mesmo		

Por fim, apenas 40% dos inquiridos, concordava com o regime de agendamento e marcação de visitas que se encontrava em vigor.

Regime de Agendamento de Visitas em Vigor



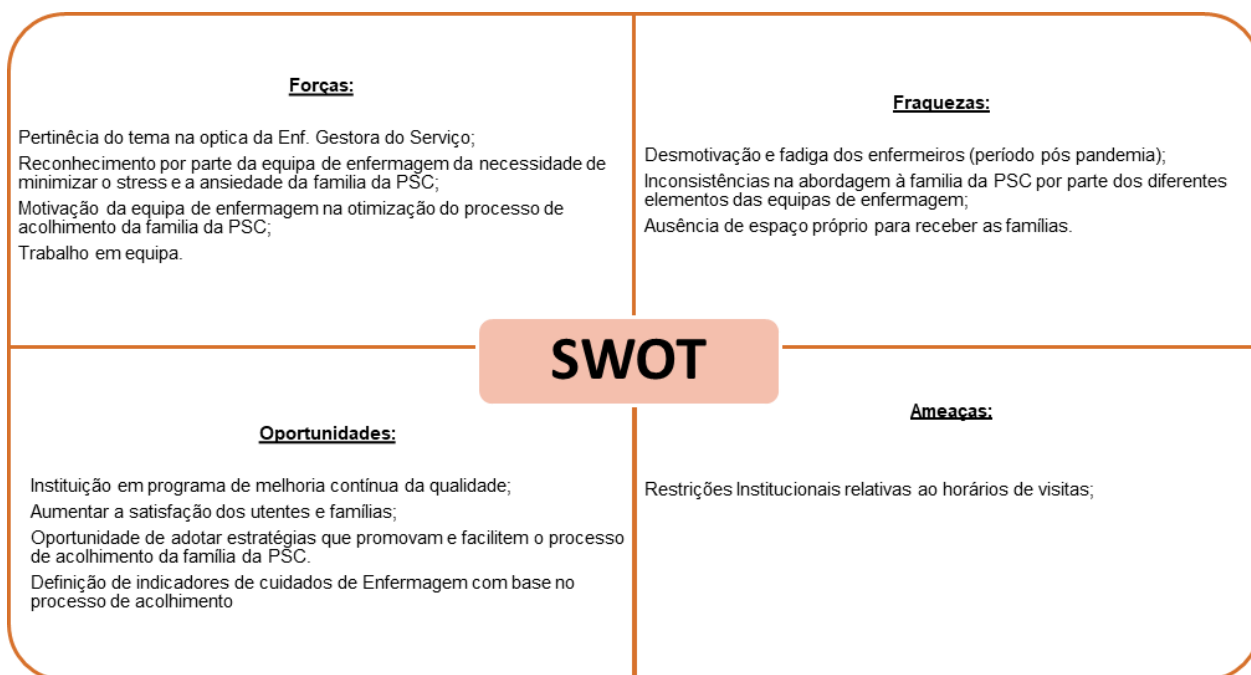
Gráfico 2 Regime de Agendamento de Visitas

Relativamente a esta temática, foram vários os motivos de concordância ou discordância apresentados, e múltiplas as sugestões feitas pelos elementos questionados. Estes dados foram compilados na seguinte tabela, e apresentados à enfermeira gestora do serviço, no sentido de perceber se seria possível este processo sofrer alguma atualização, e em que moldes.

	Enfermeiros Concordavam	Enfermeiros Discordavam
Motivos	Sem marcação, incorre-se no risco de se juntarem muitos familiares em simultâneo dentro da UCI.	Por vezes, a visita coincide com um procedimento, atrasando e encurtando o tempo de visita, já que, entretanto começa a visita seguinte.
	O regime de agendamento por marcação de visita vai mais de encontro à disponibilidade dos familiares.	Com marcação, o período de tempo para visitas na UCI torna-se mais extenso, do que no regime anterior (sem marcação e com horário fixo).
	Facilita a dinâmica do serviço.	Promove maior afastamento da família como parceiro de cuidados (visita restritiva em termos de nº de visitas e de tempo de visita).
		Sobrecarga dos enfermeiros, em termos de tempo, uma vez que as marcações por telefone são feitas por estes
Sugestões	Manter regime de agendamento por marcação mas a marcação ser feita pelos administrativos	Voltar ao regime anterior (pré-Covid19, sem marcação).
	Manter regime de agendamento por marcação mas alargar a possibilidade do doente ter ao longo dos dias, a visita de diferentes elementos da família, não ficando limitado a apenas 2 elementos.	Manter regime de agendamento por marcação, mas permitir visitas para 2 ou 3 doentes em simultâneo, desde que não sejam doentes fisicamente perto uns dos outros.
	Manter regime de agendamento por marcação, mas permitir visitas para 2 ou 3 doentes em simultâneo, desde que não sejam doentes fisicamente perto uns dos outros.	Voltar ao regime anterior mas alargar o período de visitas.
		Manter regime de agendamento por marcação mas balizado por horário fixo.
		Voltar ao anterior regime, sem marcação, e se sintomas de Covid19, não entra.

Tabela 3 Extração de dados relativos ao agendamento de visitas

Por forma a analisar a viabilidade interna e externa deste projeto de intervenção, realizou-se uma análise SWOT, procurando identificar forças e oportunidades, e ultrapassar fraquezas e ameaças. Segundo Ruivo et al. (2010) esta é uma técnica muito utilizada no âmbito da investigação, não só na elaboração de diagnósticos, como na análise organizacional e tem por base, um exercício de organização distribuído num quadro, subdividido em quatro partes. Cada uma dessas partes corresponde a fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Segundo os mesmos autores, esta técnica possibilita uma reflexão acerca dos fatores positivos e negativos de uma problemática em estudo. Assim, associadas aos fatores positivos, encontram-se as forças (pontos fortes, potencialidades, trunfos e vantagens) “(...) que são elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto as oportunidades são de carácter ou origem exógena” (Ruivo et al., 2010, p.14). Relativamente aos fatores negativos, encontram-se as fraquezas (fragilidades, pontos fracos e desvantagens) de carácter interno ao sistema, e as ameaças (constrangimentos) de carácter externo e que compõem as circunstâncias que podem prejudicar o processo. Desta forma, segue-se a análise SWOT elaborada para este trabalho.



Fluxograma 1 Análise SWOT do Problema Identificado

Posto isto, é fácil perceber que tanto nas forças, como nas oportunidades, se identificam aspetos suficientes que suportam e sustentam a importância da temática levantada no diagnóstico de situação, e que favorecem a implementação deste projeto. A pertinência do tema é reconhecida pela enfermeira gestora, a equipa de enfermagem consente com a necessidade de minimizar sentimentos de stress e ansiedade da família da PSC e transparecem motivação

para colaborar na otimização do processo de acolhimento à família, o que promove o trabalho em equipa.

Surge assim, a oportunidade de adotar estratégias que permitam fazer face à problemática identificada, as quais obtiveram um *feedback* bastante positivo por parte da equipa de enfermagem, e através das quais será possível obter resultados que se traduzam no aumento dos níveis de satisfação dos utentes e respetivas famílias, o que vai impreterivelmente de encontro ao propósito dos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No que diz respeito às fraquezas e ameaças, com a implementação do PIP, será possível ultrapassá-las, uma vez que, ao otimizar e favorecer o processo de acolhimento à família da PSC, evitando inconsistências nas abordagens feitas pelos diferentes elementos de enfermagem e minimizando sentimentos de stress e ansiedade nas famílias, surge a possibilidade de criar um ponto de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e o utente e família, facilitando esta gestão, evitando situações de confronto e conflito, e promovendo a recuperação da pessoa, o que consequentemente, vai evitar uma sobrecarga de trabalho para o enfermeiro.

Apesar da ausência de um espaço próprio para a realização do processo de acolhimento à família e das restrições institucionais no que confere aos horários de visitas, estes aspetos podem ser melhor aceites e geridos com as famílias com a transmissão de informações precisas e consistentes entre todos os enfermeiros, evitando a confusão, o equívoco e a dúvida, e promovendo o esclarecimento claro e conciso.

Tendo sido identificada a problemática em causa através de uma entrevista exploratória não estruturada à enfermeira orientadora do estágio, depois desta ter sido devidamente validada pela enfermeira gestora do serviço através do mesmo tipo de entrevista, depois de ter sido validada por uma amostra da equipa de enfermagem com recurso a um inquérito e por fim, após ter sido avaliada a sua viabilidade através de uma análise SWOT, assume-se como finalizado o desenvolvimento do diagnóstico de situação.

Parte-se, então, para as próximas etapas inerentes à metodologia de projeto, onde se procuraram recursos e se planearam estratégias passíveis de dar resposta ao diagnóstico realizado.

Salienta-se ainda, a importância dos contributos extraídos dos inquéritos realizados aos enfermeiros, no desenvolvimento dos instrumentos aliados às estratégias que integram as próximas etapas do PIP.

3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação, tornou-se imperativo delinear objetivos que orientassem a execução do projeto em construção.

Para Nascimento et al. (2021) a competência engloba conhecimentos e habilidades adquiridos por meio da formação e das experiências profissionais, capacitando o indivíduo a atuar de forma responsável, alcançando o reconhecimento pelos outros. No âmbito da enfermagem, a dinâmica da aprendizagem acarreta vários desafios, sendo essencial eleger um mecanismo que permita ultrapassá-los. Assim, e segundo os mesmos autores, surge a taxonomia dos Objetivos Educacionais em 1956, como resultado do trabalho de um conselho de especialistas de diversas universidades dos Estados Unidos da América, dirigido por Benjamin Samuel Bloom, ficando conhecida como Taxonomia de Bloom. Este instrumento assenta numa ordenação hierárquica de objetivos na esfera educacional, a qual se subdivide em três áreas, nomeadamente a cognitiva (envolvendo o conteúdo intelectualmente apreendido), psicomotora (abrangendo as competências de execução de tarefas práticas) e afetiva (associando espectros de perceção emocional e valores).

Neste sentido, a definição dos objetivos deste trabalho enquadrou-se no domínio cognitivo pela sua conotação com a aprendizagem e aquisição de conhecimentos. Aqui, os objetivos podem ser divididos em seis categorias, hierarquizadas por ordem de complexidade, em conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação (Nascimento et al., 2021).

Assim, foi definido como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, otimizando o acolhimento à família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.

E como objetivos específicos, foram delineados os seguintes:

- Reunir a mais recente evidência sobre a temática abordada, com recurso a uma revisão da literatura e uma revisão *Scoping*;
 - Desenvolver uma norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica;
 - Elaborar um guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica;
 - Operacionalizar a norma de acolhimento junto da equipa de enfermagem.

3.3 PLANEAMENTO, MEIOS E ESTRATÉGIAS, E EXECUÇÃO

Na sequência da metodologia de projeto, seguem-se as fases de planeamento das intervenções que dão resposta ao problema identificado, meios e estratégias necessários ao desenvolvimento e implementação dessas mesmas intervenções, assim como a sua execução.

Assim, segundo Ruivo et al. (2010) na fase de planeamento é elaborado um plano detalhado que engloba as atividades a realizar e a sua calendarização num cronograma. Neste, a calendarização das atividades define as suas datas de início e fim, as quais podem sofrer alterações ao longo do desenrolar do projeto, implicando a necessidade de revisão de recursos e duração das mesmas. Remete-se o cronograma deste projeto para o apêndice 3.

Para a execução do projeto, são criadas estratégias, que se traduzem na capacidade de se realizar corretamente ou de forma eficiente, uma determinada tarefa. As tarefas centram-se, essencialmente, na utilização dos recursos disponíveis de forma eficaz, *“(...) no método selecionado para a execução do projeto e na articulação entre os diversos membros que integram o projeto”* (Ruivo et al., 2010, p.21).

Por fim, a fase de execução, reporta-se à realização efetiva do projeto, isto é, a colocação na prática de tudo o que foi estudado e planeado nas fases anteriores, tendo em vista, a resolução do problema. Destaca-se, nesta fase, a participação do orientador, dado que este *“(...) pode disponibilizar recursos materiais e humanos imprescindíveis para o processo de execução de projeto”* (Ruivo et al., 2010, p.23). Esta é uma etapa privilegiada, no sentido em que, começam a surgir resultados, tais como aprendizagens, desenvolvimento de competências e resoluções de problemas.

Tendo em conta a evidente relação que existe entre as etapas de planeamento, meios e estratégias e execução, optou-se por abordar as mesmas em simultâneo.

Assim, foi elaborada uma proposta de PIP e suas respetivas atividades e intervenções que dessem resposta aos objetivos propostos, e apresentada à enfermeira orientadora de estágio, à enfermeira gestora do serviço e ao docente orientador deste processo formativo, tendo sido unânime a sua aprovação.

Desta forma, e tendo em vista a concretização do objetivo geral, foram delineadas atividades e estratégias para cada um dos objetivos específicos, assim como os recursos necessários para o alcance dos mesmos, e respetivos indicadores de avaliação.

Objetivo: *Reunir a mais recente evidência sobre a temática abordada, com recurso a uma revisão da literatura e uma revisão Scoping;*

Atividades Planeadas:

- Realização de uma pesquisa bibliográfica em livros, bases de dados científicas e em repositórios científicos de acesso aberto em Portugal, acerca do acolhimento à família da pessoa em situação crítica em UCI;
- Realização de uma revisão *Scoping* onde foi possível identificar intervenções de enfermagem referentes ao acolhimento da pessoa em situação crítica em UCI.

Recursos Humanos:

- Docente orientador de estágio.

Meios e Recursos Materiais:

- Suporte informático (computador e Internet) com acesso a bases de dados científicas;
- Programa informático Rayyan como facilitador na triagem inicial de resumos e títulos de artigos científicos.

Indicador de Avaliação: Realização de uma pesquisa bibliográfica e de uma revisão *Scoping* sobre a temática abordada que permitissem desenvolver o PIP sob uma sólida fundamentação teórica.

A revisão *Scoping* não foi só importante para a fundamentação da temática defendida neste projeto. Para Francis (2022), a saúde como ciência baseada na evidência, é uma área que se encontra em crescimento. Surgem assim, as revisões *Scoping*, como estratégias com a finalidade de sintetizar as evidências de forma eficiente e rigorosa.

Assim, através da revisão *Scoping* desenvolvida ao longo do estágio final, foi possível identificar intervenções de enfermagem que facilitam ou promovem o acolhimento das famílias em contexto de UCI, o que constituiu um valioso contributo na seleção e desenvolvimento dos instrumentos propostos para dar resposta aos restantes objetivos específicos do PIP. Estes instrumentos vão de encontro às estratégias a adotar pelos enfermeiros no cuidado às famílias, que segundo Meleis et al. (2010), devem possibilitar o desenvolvimento de transições saudáveis e com resultados positivos.

O familiar, que num espaço de horas passa a ter o seu ente querido numa situação de saúde crítica, dependente de cuidados especializados e complexos, num ambiente que lhe é estranho, desconhecido e hostil, adquire, portanto, esse novo papel. Cabe ao enfermeiro, através de um processo de acolhimento eficaz e otimizado, compreender quais as dificuldades da pessoa em assumir esse papel, quais as suas necessidades e quais as suas dúvidas mais prementes. *“As transições de papéis exigem que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere seu*

comportamento e, assim, mude sua definição de si mesma em seu contexto social” (Meleis et al., 2010, p.15).

Objetivo: *Desenvolver uma norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica.*

Atividades Planeadas:

- Consulta de normas de outras instituições sobre a mesma temática;
- Observação das intervenções realizadas pelos enfermeiros no acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI;
- Consulta das informações extraídas do inquérito realizado previamente à equipa de enfermagem no sentido de validar a temática do PIP;
- Elaboração de uma proposta de norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI, que uniformizasse a abordagem dos enfermeiros perante os familiares, assim como a informação transmitida;
- Apresentação da proposta de norma à enfermeira orientadora de estágio;
- Apresentação da proposta de norma à enfermeira gestora do serviço.

Recursos Humanos:

- Enfermeira orientadora de estágio;
- Enfermeira gestora do serviço;
- Docente orientador de estágio.

Meios e Recursos Materiais:

- Suporte informático (computador e internet);
- Impressora;
- Papel.

Indicador de Avaliação: Realização da norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI.

A proposta de norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica nesta UCI, foi elaborada tendo em conta as características da unidade em si, do seu espaço físico, o percurso que o utente habitualmente segue, a tipologia habitual da situação crítica em que a pessoa se encontra, e, como já foi referido, as informações e opiniões extraídas do inquérito realizado à amostra da equipa de enfermagem durante o desenvolvimento do diagnóstico de situação.

Esta proposta foi apresentada, primeiramente à enfermeira orientadora de estágio, a qual teceu algumas sugestões e ajustes, os quais foram devidamente efetivados. Foi também apresentada ao docente orientador do estágio e por fim à enfermeira gestora do serviço, ficando a aguardar o seu *feedback* e posterior validação. Remete-se este documento para o apêndice 4.

Objetivo: *Elaborar um guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica.*

Atividades Planeadas:

- Consulta de guias de acolhimento às famílias, de outras instituições, em contexto de cuidados intensivos;
- Observação do processo de acolhimento realizado pelos enfermeiros, à família da pessoa em situação crítica na UCI e das informações que eram transmitidas;
- Consulta das informações extraídas do inquérito realizado previamente à equipa de enfermagem no sentido de validar a temática do PIP;
- Elaboração de uma proposta de guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI, que complementasse as informações transmitidas durante o processo de acolhimento;
- Apresentação da proposta de guia de acolhimento à enfermeira orientadora de estágio;
- Apresentação da proposta de guia de acolhimento à enfermeira gestora do serviço.

Recursos Humanos:

- Enfermeira orientadora de estágio;
- Enfermeira gestora do serviço;
- Docente orientador de estágio.

Meios e Materiais:

- Suporte informático (computador e internet);
- Impressora;
- Papel.

Indicador de Avaliação: Apresentação do guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI.

Tal como aconteceu com a norma de acolhimento, também a proposta de guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica nesta UCI, foi elaborada tendo em conta as

suas características físicas e estruturais, a tipologia de utentes habitualmente admitidos, o seu percurso, e as informações extraídas do inquérito para validação da temática abordada. Houve o cuidado de utilizar uma linguagem simples e acessível, evitando termos técnicos ou de difícil compreensão. Tentou-se evitar manchas de texto densas que tornassem a leitura monótona ou desinteressante, e optou-se pela utilização de imagens que fossem úteis, perceptíveis, mas que não fossem facilmente impressionáveis ou causassem qualquer impacto negativo.

Este guia, tem como finalidade, complementar toda a informação fornecida pelo enfermeiro, ao familiar, no ato do acolhimento inicial, por forma a consolidar esses esclarecimentos, os quais podem ser facilmente esquecidos pela família que se encontra num estado de vulnerabilidade, enfrentando muitas vezes sentimentos de ansiedade, stress, medo e preocupação.

Este instrumento pode ser muito útil na suplementação de papel, ou seja, quando o enfermeiro intervém no sentido de fazer face à dificuldade que o familiar pode desenvolver na aquisição ou desempenho deste novo papel, facilitando assim o seu processo de transição. “A *suplementação de papel é (...) definida como a transmissão de informações ou experiências necessárias para trazer o titular do papel e outras pessoas importantes para a plena consciência dos padrões de comportamentos antecipados (...)*” (Meleis et al., 2010, p.17).

O guia deveria assim, ser entregue durante o processo de acolhimento à família, e encontra-se numa das etapas da norma de acolhimento. Remete-se este documento para o apêndice 5.

A proposta de guia de acolhimento à família, também foi apresentada, numa fase inicial, à enfermeira orientadora do estágio, tendo sofrido ajustes consoante as suas sugestões. Posteriormente foi apresentado ao docente orientador de estágio e por fim, à enfermeira gestora do serviço, ficando a aguardar o seu feedback e validação.

Objetivo: *Operacionalizar a norma de acolhimento junto da equipa de enfermagem.*

Atividades Planeadas:

- Elaboração de uma proposta de *Check-list* de complemento à norma de acolhimento à família, seguindo todas as etapas incluídas nessa mesma norma;
- Apresentação da proposta de *Check-list* à enfermeira orientadora de estágio;
- Apresentação da proposta de *Check-list* à enfermeira gestora do serviço;
- Planeamento de uma sessão de apresentação, na qual seriam divulgados os instrumentos criados no PIP;
- Elaboração da apresentação de suporte para a sessão, em formato PowerPoint;

- Exposição da sessão de apresentação do PIP à equipa de enfermagem, em 3 sessões, imediatamente antes das passagens de turno da manhã para a tarde, ou seja, pelas 16h, com a duração de 15 minutos;
- Fornecimento de guias de acolhimento e da *Check-list* em formato papel, entre os elementos presentes nas sessões;
- Gravação da sessão de apresentação nos computadores do serviço, de modo a ficar acessível a toda a equipa de enfermagem.

Recursos Humanos:

- Enfermeira orientadora de estágio;
- Docente orientador de estágio;
- Equipa de enfermagem da UCI.

Meios e Materiais:

- Suporte Informático (computador com PowerPoint);
- Impressora;
- Papel.

Indicador de Avaliação: Divulgação dos instrumentos produzidos para a concretização do PIP.

A *Check-list* foi elaborada de forma a ser de fácil interpretação e a servir como memorando, para que nenhuma das etapas da norma de acolhimento à família da PSC na UCI, ficasse esquecida ou fosse suprimida por lapso. Desta forma, este instrumento, segue todas as etapas contidas na norma de acolhimento, seguindo a mesma ordem. Assim, sempre que o enfermeiro iniciasse um processo de acolhimento à família, apenas teria que seguir as etapas descritas na *Check-list*. Este documento encontra-se construído em formato tabela, ocupando uma página, e após aprovação pela enfermeira gestora, seria plastificado e ficaria à entrada da UCI, juntamente com os guias de acolhimento, por forma a ser reutilizado pelos diversos profissionais de enfermagem, sem sofrer um processo de degradação rápido.

Remete-se a proposta de *Check-list* para o apêndice 6.

Assim como aconteceu com os anteriores documentos, também este foi inicialmente apresentado à enfermeira orientadora de estágio e posteriormente ao docente orientador e enfermeira gestora do serviço, ficando a aguardar o seu feedback e validação.

De modo a tornar possível a operacionalização dos instrumentos anteriormente referidos, junto da equipa de enfermagem, foi elaborada uma sessão de apresentação em formato

PowerPoint, com a duração de 15 minutos, onde é abordada, de uma forma muito sucinta, a importância da temática em causa, uma breve fundamentação teórica, são apresentados os resultados do inquérito para validação do tema, realizado na fase de diagnóstico, junto de uma amostra de enfermeiros que compõem a equipa da UCI, são apresentados os instrumentos desenvolvidos e a forma como devem ser utilizados.

O objetivo seria, realizar cerca de 3 sessões de apresentação do PIP, imediatamente antes das passagens de turno da manhã para a tarde, isto é, pelas 16h, de forma a abranger o maior leque possível de enfermeiros. No final das sessões, seria feito um apelo, para que a informação transmitida, fosse repassada aos restantes colegas que não estivessem presentes. Como complemento a esta transmissão de informação entre colegas, a sessão ficaria gravada nos computadores do serviço, de modo a ser facilmente acessível a todos.

O limite de 15 minutos para apresentação, teve como finalidade, evitar que esta se tornasse exaustiva e, assim, manter o interesse dos intervenientes, e ao mesmo tempo, não atrasar demasiado a passagem de turno, de modo a interferir o mínimo possível com a gestão de tempo de cuidados dos colegas.

A população alvo deste PIP, é então, constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados na UCI deste serviço, uma vez que, seriam estes, quem iria utilizar os instrumentos criados, para dar resposta ao objetivo geral, otimizando o acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI, incluindo esta no cuidado de enfermagem, e promovendo assim, a qualidade dos cuidados. A equipa de enfermagem, encontra-se caracterizada no capítulo “Apreciação dos Contextos de Estágio”.

Todas as propostas de instrumentos criadas e já referidas foram validadas pela enfermeira orientadora de estágio, mas ficaram pendentes da validação e autorização da enfermeira gestora do serviço. Foram feitas várias tentativas de marcação de reunião com a mesma, com o intuito de obter um *feedback*, mas sem sucesso. Segundo a enfermeira gestora, durante o período em que decorria o estágio, o serviço encontrava-se sujeito a outro tipo de prioridades, que impossibilitaram a disponibilidade por parte desta, para fazer uma análise crítica e detalhada dos documentos recebidos, de modo a permitir a validação e implementação dos mesmos. Contudo, ficou a garantia de dar continuidade a este projeto numa outra fase, quando as prioridades do serviço assim o permitissem, dada a importância e valor do mesmo, indo de encontro ao processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, incluindo a família no foco do cuidar.

De ressaltar que, apesar disso, até à elaboração de toda a documentação, foram cumpridos todos os prazos pré-estabelecidos no cronograma de estágio.

3.4 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As últimas etapas do projeto de intervenção, consistem nas fases de avaliação e divulgação dos resultados. De acordo com Ruivo et al. (2010), na metodologia de projeto, a avaliação é um processo contínuo, que permite a reanálise e redefinição de objetivos e estratégias, assim como a seleção de recursos ou meios. Segundo os mesmos autores, para uma avaliação rigorosa é fulcral recorrer a instrumentos de avaliação, os quais podem ter diferentes características. Algumas formas de proceder à avaliação consistem em inquéritos, entrevistas com o enfermeiro orientador e discussões em grupo, entre outras. Assim, a avaliação, sendo um processo dinâmico, exige uma comparação entre os objetivos inicialmente delineados e os objetivos efetivamente atingidos (Ruivo et al., 2010).

A avaliação final, deve avaliar o produto obtido como resultado do projeto. Isto implica a utilização de um método de verificação da concretização dos objetivos, como por exemplo, a elaboração de uma lista dos objetivos iniciais, verificando depois, se cada um deles foi atingido. Em caso afirmativo, torna-se necessário compreender a pertinência desse objetivo, se foi útil na concretização do projeto ou se, por outro lado, revelou-se pouco relevante no processo e qual a sua justificação para tal (Ruivo et al., 2010).

Já no caso dos objetivos não atingidos, segundo os mesmos autores, é necessário compreender quais os motivos que impediram ou dificultaram a sua consecução, e que consequências se refletiram no projeto. Deve ser feita uma reflexão e um plano de possíveis estratégias que permitam a concretização desses objetivos.

Quanto à divulgação dos resultados, Ruivo et al. (2010), defendem a importância desta etapa, uma vez que “(...) dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo et al., 2010, p.31). A divulgação dos resultados de um projeto na área da saúde, permite a disseminação da informação acerca dos esforços realizados pela instituição na promoção da melhoria dos cuidados, perante os seus utilizadores. Por outro lado, facultar informação científica aos profissionais, que poderá ser útil se adaptada e aplicada a outros serviços e instituições que passem por problemáticas semelhantes.

Assim, foi realizada uma avaliação e reflexão acerca dos objetivos anteriormente expostos, tendo por base os indicadores de avaliação estipulados para cada um deles.

Objetivo: *Reunir a mais recente evidência sobre a temática abordada, com recurso a uma revisão da literatura e uma revisão Scoping.*

Indicador de Avaliação: Realização de uma pesquisa bibliográfica e de uma revisão *Scoping* sobre a temática abordada que permitissem desenvolver o PIP sob uma sólida fundamentação teórica.

Como já foi referido, foi realizada uma revisão da literatura através de uma pesquisa bibliográfica, e foi elaborada uma revisão *Scoping* sob o tema: “A Intervenção do Enfermeiro no Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica, em UCI”. Esta revisão foi elaborada segundo as recomendações preconizadas pelo Joanna Briggs Institute, e encontra-se devidamente explanada no subcapítulo 1.4. Com este trabalho, foi possível conferir um suporte sólido à fundamentação da problemática desenvolvida no relatório e recolher importantes contributos na elaboração dos instrumentos propostos para fazer face ao diagnóstico de situação levantado.

Desta forma, considera-se que este objetivo foi alcançado com sucesso, tendo permitido o desenvolvimento do PIP e deste relatório, à luz da mais recente evidência científica.

Relativamente aos restantes objetivos, serão abordados em simultâneo. Assim, seguem-se os objetivos posteriores pela mesma ordem pela qual foram anteriormente abordados, assim como os seus indicadores de avaliação.

Objetivo: *Desenvolver uma norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica.*

Objetivo: *Elaborar um guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica.*

Objetivo: *Operacionalizar a norma de acolhimento junto da equipa de enfermagem.*

Indicadores de avaliação:

- Realização da norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI;
- Apresentação do guia de acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI;
- Divulgação dos instrumentos produzidos para a concretização do PIP.

Pelos motivos já referidos no final do subcapítulo anterior, considera-se que os últimos três objetivos foram parcialmente atingidos, uma vez que todas as propostas de instrumentos para a execução do PIP, foram devidamente elaboradas, à luz da evidência científica, tendo em conta as características do serviço onde o projeto se desenvolveu, a tipologia dos utentes e as apreciações recolhidas dos profissionais de enfermagem em exercício de funções na UCI em causa, de forma a que as ferramentas criadas fossem o mais adaptadas possível ao contexto.

A elaboração de todos os instrumentos teve o devido acompanhamento do docente orientador de estágio e da enfermeira orientadora, tendo sofrido as devidas alterações e ajustes

consoante as suas sugestões. Também todos estes documentos tiveram a aprovação da enfermeira orientadora e todos foram atempadamente entregues à enfermeira gestora do serviço, conforme se encontra definido no cronograma de estágio. Contudo, não obtendo o feedback e respetiva validação por parte da enfermeira gestora dentro do limite de tempo definido para a conclusão do estágio, não foi possível proceder à sua apresentação e implementação, e logo os objetivos não puderam ser considerados totalmente atingidos.

Ainda relativamente ao processo de avaliação, este deveria incidir sobre a aferição do índice de adesão à implementação do projeto, ou seja, ao cumprimento da norma de acolhimento à família da pessoa em situação crítica. Neste sentido, teria sido pedido aos enfermeiros, para registarem em notas de enfermagem, sempre que o acolhimento fosse realizado seguindo a norma de acolhimento à família elaborada no decorrer deste projeto, de forma a ser possível quantificar estes dados.

Para que fosse possível obter um *feedback* da adesão efetiva dos enfermeiros, à implementação deste projeto, seria necessário formular um indicador de resultado, que permitisse perceber se o contributo da apresentação do mesmo, teria ido de encontro aos objetivos propostos. Desta forma, foi criado o indicador de resultado: “taxa de adesão da norma de acolhimento à família da PSC”. O indicador seria refletido em percentagem e expresso na seguinte fórmula:

Adesão dos enfermeiros à Norma de Acolhimento = $(n^{\circ} \text{ de acolhimentos realizados segundo a Norma de Acolhimento}) / (n^{\circ} \text{ total de acolhimentos realizados}) \times 100$

De modo, ainda a possibilitar uma avaliação da eficácia da implementação do projeto em si, junto das famílias, importou formular um segundo indicador.

Neste sentido, seria pedido aos elementos de enfermagem, que no final de cada visita, fosse entregue ao familiar, um pequeno inquérito de satisfação, o qual seria depois inserido numa caixa que se encontraria à saída da UCI.

As informações transmitidas pelo enfermeiro, e o guia de acolhimento, foram úteis, no sentido em que ajudaram a compreender as regras do serviço e a tranquiliza-lo relativamente ao estado do seu familiar?			
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

Tabela 4 Inquérito de satisfação

Desta forma, foi criado o indicador de resultado: “Satisfação dos familiares submetidos ao acolhimento seguindo a Norma de Acolhimento à família da PSC na UCI, traduzindo-se na

diminuição de sentimentos de stress e ansiedade”. Este indicador seria expresso na seguinte fórmula:

Satisfação dos familiares = (nº de familiares que concordam que as informações transmitidas pelo enfermeiro e o guia de acolhimento foram úteis na compreensão das regras do serviço e na promoção da tranquilidade relativamente ao familiar internado) / (nº total de familiares inquiridos) X 100

Pretendia-se assim, para ambos os indicadores, alcançar um mínimo de 80% de resultado. Este valor permitiria uma maior probabilidade de sucesso no que se refere à implementação deste projeto, possibilitando uma maior motivação por parte dos profissionais para que continuassem este trabalho no sentido de alcançarem melhores resultados nas próximas metas a serem estipuladas.

Estas monitorizações deveriam ser realizadas trimestralmente por um ou mais enfermeiros que se tornassem responsáveis por dar continuidade a este projeto no serviço.

Deste modo, o objetivo geral deste projeto só poderia ser atingido após a implementação do mesmo. Contudo, e apesar dessa impossibilidade, assumiu-se que ficou trilhado um caminho, com todos os meios planeados para que qualquer enfermeiro tenha a capacidade de implementar os instrumentos criados, utiliza-los nas suas intervenções de enfermagem e até mesmo de proceder à sua monitorização/avaliação.

Relativamente à divulgação dos resultados deste relatório, importa referir que a sua concretização, defesa pública e posterior publicação em repositório científico de acesso aberto em Portugal, permitirão divulgar todo o processo de criação e construção do PIP, transmitindo e evidenciando a importância da temática abordada. O relatório constitui-se assim, como um importante meio de transmissão e difusão de informação, refletindo a relevância da prática baseada na evidência.

Quanto à revisão *Scoping* que se tornou um dos alicerces do desenvolvimento de todo o projeto, conferindo-lhe caráter científico, foi divulgada em formato de poster no Congresso de Enfermagem Intensiva, organizado pelo serviço de medicina intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra que decorreu nos dias 23 e 24 de março de 2023, e cujo certificado se remete para o apêndice 5.

Também o artigo ao qual a revisão *Scoping* deu origem, apresenta pretensões de ser posteriormente enviado e publicado em revista científica.

4 ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DO DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem como ciência, foca-se no cuidado à pessoa no decorrer do todo o seu ciclo de vida, ou seja, desde o nascimento até ao seu falecimento, envolvendo o cuidado ao indivíduo e sua família, em diversos contextos, requerendo competências gerais e específicas (Oliveira et al., 2015).

A competência em enfermagem compreende assim, conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos direcionados para o cuidado holístico, sendo considerada um conceito multidimensional, cujos atributos incluem valores profissionais, liderança, juízo crítico, e eficácia em relacionamentos interpessoais (Reyes e Álvarez, 2022).

Desta forma, para Oliveira et al. (2015), a competência é compreendida como um conceito-chave no que respeita à qualidade dos cuidados prestados e segurança dos utentes. *“A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, tem nos últimos anos ampliado o seu campo científico, afirmando-se progressivamente como ciência”* (Oliveira et al., 2015, p.153). De acordo com os mesmos autores, a formação contínua torna-se um importante vetor no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e das organizações de saúde, possibilitando a adaptação às inovações que surgem de uma realidade em constante mudança, tendo em vista a promoção da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados.

Nesta sequência, fica claro que *“(...) estar capacitado para um bom desempenho implica uma atualização permanente, pois a formação inicial, por si só, não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis ao longo da vida profissional”* (Oliveira et al., 2015, p. 153). Assim, a formação em enfermagem tem como objetivo, desenvolver capacidades de análise e de resolução de problemas, assim como o pensamento crítico no que se refere aos valores e princípios fundamentais que estruturam a base dos cuidados de enfermagem (Oliveira et al., 2015).

Segundo Stewart et al. (2022), o International Council of Nurses (ICN), incentiva a valorização da formação dos enfermeiros por parte dos sistemas de saúde de todos os países. Esta organização considera que o investimento na formação destes profissionais irá impulsionar os sistemas de saúde na prestação dos cuidados necessários às pessoas e comunidades, através da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, do consequente aumento da confiança no exercício de funções e da capacidade de liderança, assim como do desenvolvimento do pensamento crítico e tomada de decisões.

Percebe-se ainda, a existência de uma estreita articulação entre as atividades formativas e os respetivos contextos de trabalho, uma vez que emerge o reconhecimento do valor formativo

no meio onde são desempenhadas funções, originando processos de autoconstrução do enfermeiro tanto como pessoa, como profissional, o que passa pelo desenvolvimento de competências (Oliveira et al., 2015).

4.1 MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Como já foi referido, a enfermagem, ao longo das últimas décadas, tem vindo a ter um papel cada vez mais preponderante nos cuidados de saúde. É vista como uma ciência, com rigor e disciplina, que procura incessantemente dar resposta aos desafios de uma sociedade em constante mudança, social e tecnológica. Daí a aposta na formação, na investigação, no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências que permitam fazer face aos progressos a nível dos cuidados de saúde.

Uma vez que, a finalidade major deste trabalho, remete para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências que legitimem a obtenção do título de EEEMC-PSC e o grau de Mestre em Enfermagem, faz todo o sentido alicerçar a sua estrutura no referencial teórico de Patrícia Benner, nomeadamente no seu Modelo de Aquisição de Competências.

Assim, para Benner (2005, p.39), as “(...) *competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais.*” Depreende-se pelas suas palavras, que o conhecimento a ser desenvolvido para a profissão não basta ser transmitido pela teoria, pois este só se completa com a prática, no decurso da atividade profissional, através de experiências diárias. Esta autora baseou-se no modelo de aquisição de competências de Dreyfus (professor de filosofia que através do seu modelo demonstrou o desenvolvimento de um profissional através da aquisição de competências), referindo que “(...) *na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito*” (Benner, 2005, p.39).

Neste modelo fica assim implícito, que tanto os estudantes como profissionais de enfermagem, ao adquirirem e desenvolverem competências, irão progredir ao longo de cinco estados (Benner, 2005).

Segundo a mesma autora, o primeiro estado da sua teoria, correspondente ao **Iniciado**, e caracteriza-se pela ausência de experiência na prática clínica. Aqui, a confiança assenta em princípios abstratos à utilização de experiências passadas em concreto, não são identificadas prioridades, e o indivíduo rege-se por regras e normas. Nesta etapa, estão abrangidos os estudantes de enfermagem e os enfermeiros que iniciem a integração num novo contexto. Relativamente ao segundo estado, **Iniciado Avançado**, o enfermeiro já possui alguma experiência, no sentido em que já foi confrontado com situações práticas que o auxiliam na gestão de situações futuras similares. É capaz de identificar fatores repetitivos, mas ainda não

os consegue priorizar. No terceiro estado, **Competente**, o enfermeiro possui mais de dois anos de experiência no mesmo contexto, e tem consciência das suas ações de uma forma objetiva. No entanto, ainda não possui experiência suficiente que lhe permita reconhecer uma situação na sua globalidade. Estabelece prioridades, mas falha na sua celeridade e na resolução de imprevistos, conseguindo gerir situações rotineiras e alguns eventos inesperados. O estado, **Proficiente**, encontra-se em quarta posição. Chegando a esta etapa, o enfermeiro já desenvolveu capacidades que lhe permitem ter uma perceção global dos eventos, e apresenta uma perspetiva que é desenvolvida com base na sua experiência. Consegue entender as situações, chegando a antecipá-las, e adapta o plano de cuidados face às circunstâncias.

Por último, encontra-se o estado **Perito**. Aqui, o enfermeiro já adquiriu uma vasta experiência e desenvolveu a capacidade de enfrentar os desafios com os quais se depara. Consegue agir de acordo com a sua intuição, atempadamente e de acordo com os indícios, tendo um elevado grau de organização, e baseando-se em situações clínicas reais anteriormente experienciadas. É valorizado no seio da sua equipa devido ao seu profissionalismo e credibilidade, sendo difícil de avaliar. É passível de provocar desconforto no confronto com a instituição, devido aos seus argumentos valorizáveis, mas se porventura mudar de serviço, voltará ao nível de iniciado/iniciado avançado até se sentir devidamente integrado (Benner, 2005).

De acordo com esta autora, o conhecimento prático adquire-se com o tempo e experiência. A prática é desenvolvida pela aprendizagem sustentada pela experiência.

Desta forma, destaca-se a importância e pertinência dos períodos de estágio que decorreram durante o processo formativo, que permitiram cimentar e transpor para a prática clínica, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nas unidades curriculares ao longo do primeiro ano académico, possibilitando o desenvolvimento de competências de enfermagem, tendo sempre por base, o suporte da evidência científica.

4.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Respeitando o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018 publicado no Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto, para alcançar o grau de mestre, é necessário ter a capacidade de possuir, desenvolver e aprofundar conhecimentos, que permitam a sua aplicabilidade na prática ou em contexto de investigação. Este documento evidencia ainda, a capacidade de compreensão e resolução de problemas em novas situações e em ambientes multidisciplinares. Para adquirir estas competências, foram fulcrais as aulas teóricas lecionadas ao longo do primeiro ano académico, assim como os cursos teórico-práticos em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) ministrados pela entidade European

Resuscitation Council, e International Trauma Life Support (ITLS) ministrado pela entidade Femédica (Formação e Emergência Médica), cujos certificados se remetem para os anexos 5, 6 e 7, respetivamente. O primeiro ano académico foi, portanto, fundamental para o desenvolvimento e cimentação dos conhecimentos base assim como, para a aquisição de novos conhecimentos, e para o desenvolvimento de competências na área da investigação, de modo a sustentar a teoria e a prática, com base na melhor evidência científica.

Posteriormente, destaca-se a importância dos períodos de estágio, onde foi possível obter diversas oportunidades de aplicar os conhecimentos adquiridos na prática de enfermagem, e desenvolver e aprofundar novos conhecimentos de modo a dar resposta aos desafios impostos pelos novos contextos onde estes processos de aprendizagem decorriam.

Foi também durante os períodos de estágio que foram treinadas e desenvolvidas as capacidades de comunicar informações, conclusões ou reflexões a outros profissionais de forma clara e precisa, tal como é exigido no Decreto-Lei supracitado.

Ainda, segundo o mesmo documento, no Artigo 18º, nº5, no ensino politécnico, para a obtenção do grau de mestre, é necessário assegurar a aquisição de uma especialização de natureza profissional assim como o recurso à investigação baseada na prática, o que vai de encontro ao exigido e desenvolvido neste curso de mestrado, cujo enfoque recai sobre a Especialidade Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, e durante o qual foi elaborado um trabalho de investigação, no caso, uma revisão Scoping, já abordada nos capítulos anteriores.

Já segundo a Apresentação do Pedido Corrigido - Novo ciclo de estudos da Universidade de Évora, o alcance do sucesso deste processo formativo, implica o cumprimento de objetivos de aprendizagem, e tendo por base esta premissa, o mestre em enfermagem:

- 1 “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores,

integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora, 2015, p.24)

Relativamente ao primeiro ponto, estas competências foram devidamente desenvolvidas ao longo dos estágios, destacando-se as competências na área da gestão e supervisão de cuidados de enfermagem que foram praticadas durante o primeiro estágio, sob a orientação da EEEMC-PSC que estava responsável por este ensino clínico, a qual se encontrava na posição de chefe de equipa, assumindo diversas funções de gestão, tanto de profissionais, como de materiais ou relacionadas com a otimização do funcionamento do serviço, assim como funções de supervisão e acompanhamento dos diversos profissionais de enfermagem.

Quanto ao segundo ponto, todos os conhecimentos que foram adquiridos ou desenvolvidos ao longo de ambos os estágios, assim como os PIP's realizados, foram fundamentados tendo sempre por base a mais recente evidência científica encontrada, o mesmo tendo sucedido com a revisão scoping.

No que se refere ao terceiro ponto, a tomada de decisão e gestão de situações complexas foi praticada essencialmente na sala de emergência do serviço de urgência, e em UCI, a qual poderá ser espelhada no plano de cuidados elaborado no estágio realizado em UCI e que será abordado nos subcapítulos seguintes, assim como a sua componente ética associada a este tipo de contextos.

O ponto quatro remete para a aposta na formação contínua e atualização e desenvolvimento de competências durante e após o término deste mestrado, ao longo da vida profissional enquanto mestre em enfermagem. Segundo o ICN:

“À medida que continuamos a enfrentar os desafios atuais e as crescentes exigências de saúde das nossas populações, adaptando-nos a novos tratamentos e tecnologias e colaborando entre os vários sectores, é essencial que os enfermeiros tenham bases educacionais sólidas. Isto inclui formação académica superior, pós-graduações e o desenvolvimento profissional contínuo” (Stewart et al., 2022, p.14).

Tendo consciência da dimensão da importância deste princípio, é fácil estabelecer um compromisso de manter esta aposta no desenvolvimento e busca contínua de conhecimentos, sempre à luz da evidência científica, que permitam dar resposta aos diferentes desafios que certamente irão surgir ao longo do futuro percurso profissional. Como mestre em enfermagem, este aspeto ganha especial relevo, uma vez que, se adquire o dever de auxiliar os restantes elementos da equipa de enfermagem no esclarecimento de dúvidas, supervisionando os seus

cuidados, e inculcando-lhes a noção da importância de se investir na formação e no desenvolvimento de competências.

No que respeita ao ponto cinco, durante os períodos de estágio, ao ficar sob orientação de uma enfermeira especialista, foi feita automaticamente, a alocação no seio das equipas de enfermagem pertencentes às enfermeiras orientadoras dos respetivos locais de estágio, o que permitiu desenvolver relações profissionais entre os diversos elementos dessas equipas, cooperar com eles sempre que possível ou necessário, aprender, já que esses elementos, muitos deles experientes na respetiva área onde desempenhavam funções, se mostraram disponíveis para esclarecer dúvidas e explicar procedimentos. Foi também importante a interação com outros profissionais de saúde, nomeadamente auxiliares de ação médica, muito prestáveis nos cuidados diretos à pessoa, e com médicos, alguns extremamente disponíveis para esclarecer dúvidas e explicar procedimentos técnicos e cirúrgicos, como aconteceu com os cirurgiões do serviço de Cirurgia Cardiorácica. A adaptação aos serviços e às equipas, também implicou a adesão aos projetos em curso nesses contextos, como por exemplo, proceder às passagens de turno respeitando a adaptação feita pelos colegas da UCI, ao modelo ISBAR (*identify, situation, background, assessment, recommendation*), ou a adesão ao projeto de higienização das mãos criado pelo PPCIRA (programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos).

Remete-se o ponto seis para os PIP's, onde em cada local de estágio foi realizado um diagnóstico de situação, foram planeadas as intervenções para dar resposta ao problema identificado no diagnóstico e foram elaborados os instrumentos necessários para a implementação das intervenções. No primeiro estágio foi possível implementar a intervenção, a qual se traduziu numa ação de formação e conseqüente avaliação da mesma, e no segundo estágio, não tendo sido possível implementar as intervenções planeadas, foi estruturado ainda assim, toda a metodologia de avaliação a ser aplicada, aquando da implementação futura do projeto. Ambos os PIP's, seguiram a metodologia de projeto, e toda a sua fundamentação, e suporte teórico para a criação dos instrumentos que alicerçaram as intervenções de enfermagem, tiveram por base a mais recente evidência científica, assim como uma revisão scoping.

Relativamente ao ponto sete, ao longo dos dois períodos de estágios, foram várias as oportunidades em que foram demonstradas competências comuns e específicas de enfermeiro especialista nesta área de especialidade, principalmente no cuidado direto à PSC. Estas, e todas as competências defendidas nos restantes pontos deste subcapítulo, serão devidamente esclarecidas, clarificadas e explicitadas com diversos exemplos da prática clínica ao longo dos próximos subcapítulos.

4.3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo regulamentado em Diário da República, 2.ª série de 6 de fevereiro de 2019, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, Enfermeiro Especialista é aquele que se considera possuir capacidades científicas, técnicas e humanísticas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem.

Para além da verificação das competências especificadas em cada um dos regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe que estes profissionais compartilhem um conjunto comum de competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e que se assumem como objetivo deste Regulamento. Assim, de acordo com o mesmo documento, “competências comuns” são definidas como:

“(…) 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745)

As chamadas competências comuns dos enfermeiros especialistas, regidas pelas disposições da regulamentação em vigor, envolvem todos os aspetos relacionados com a educação dos clientes e pares, com a orientação, aconselhamento, liderança, descodificação, divulgação e condução de investigação relevante que permita promover o progresso da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se assim, em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desta forma, e na sequência do referido regulamento, no que se refere ao domínio “responsabilidade profissional, ética e legal” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4746) surgem duas competências comuns:

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

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

Na atualidade, os enfermeiros são frequentemente confrontados com a tomada de decisão ética. O rápido avanço a nível tecnológico e da ciência na área da saúde, acarreta consigo diversos problemas éticos para a prática dos profissionais de enfermagem. Torna-se assim, fundamental, o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão que conduzam à excelência da prática profissional e promovam a qualidade dos serviços de saúde (Nora et al., 2016).

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, foi fundamental a disciplina de Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem ministrada ao longo do primeiro ano letivo deste mestrado, cujos conteúdos lecionados constituíram importantes contributos para a compreensão e reflexão das várias dimensões éticas inerentes à responsabilidade profissional aquando do exercício da prática de enfermagem, sobretudo no que se refere à responsabilidade profissional e disciplinar, regida pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e pelo Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Ressalva-se também, o trabalho de carácter teórico desenvolvido nesta disciplina, que remetia para a temática da dignidade humana durante a pandemia Covid-19, que nos levou a refletir sobre atitudes, sentimentos, valores éticos, jurídicos e morais inerentes à prática profissional e aliados à dignidade humana das pessoas alvo de cuidados de saúde. Foi assim possível, uma melhor compreensão da dimensão e da importância desta temática na profissão de enfermagem, onde o papel do Enfermeiro passa pelo exercício de funções segundo os melhores padrões de qualidade, pela prática baseada na evidência, pela promoção da saúde e prevenção da doença, respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos que regem a profissão.

Ainda no decorrer deste percurso académico e por forma a desenvolver as referidas competências, tornou-se essencial considerar e analisar os vários instrumentos éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, assim como documentos referentes à proteção dos direitos humanos fundamentais.

Desta forma, ao longo dos dois períodos de estágio decorridos na sequência do presente mestrado, foi tida em consideração, sempre com o apoio e cooperação das enfermeiras orientadoras, a aplicação dos princípios éticos e deontológicos até então adquiridos, aquando da prestação de cuidados de enfermagem aos utentes admitidos quer no SUG, quer na UCI. Foram diversas as oportunidades de reflexão acerca destes princípios, o que constituiu um valioso contributo para o desenvolvimento da capacidade de aplicação dos mesmos, e da tomada de decisão.

Salienta-se também, durante a execução e implementação das diversas intervenções de enfermagem no seio das equipas de enfermeiros e em cooperação com os mesmos, a preocupação com a liberdade e dignidade da pessoa, e o cuidado em obedecer aos valores universais na relação profissional, tal como nos dita o Código Deontológico no seu Artigo 99º, “a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha e tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Assembleia da República, 2015, p.8087).

Segundo Nora et. al (2016), a tomada de decisão ética é tida como um requisito fundamental para que um enfermeiro seja considerado um profissional de excelência. A capacidade para a tomada de decisões está relacionada com a competência ética e a autonomia do profissional de enfermagem. A saúde e segurança da pessoa, depende bastante das decisões éticas tomadas pelo enfermeiro, decisões essas que podem atingir elevados níveis de complexidade (Nora et. Al, 2016).

Num estudo realizado por estes autores, foi possível perceber que compreender o contexto social e os valores das pessoas, é um veículo facilitador para a participação da tomada de decisão da pessoa, e da formulação da sua própria decisão ética. E também os princípios e os valores da ética da enfermagem influenciam grandemente a tomada de decisão ética em enfermagem. Os princípios com mais relevância no estudo, tidos como principais orientadores da tomada de decisão, foram o princípio da autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça.

No decorrer dos estágios, foram várias as ocasiões que exigiram a tomada de decisão ética, a qual era muitas vezes alvo de reflexão e discussão entre a equipa multidisciplinar, de modo a ser encontrada a melhor solução de entre o leque de opções que surgiam, valorizando-se frequentemente, a sabedoria dos elementos mais experientes, e tendo por base os princípios anteriormente descritos.

No estudo acima referido, os momentos de discussão e debate entre os elementos das equipas, surgem como essenciais, uma vez que, das reflexões daí decorrentes, é possível chegar a novas e melhores soluções para cada caso ético. Ao permitir a participação de outros elementos da equipa de profissionais na tomada de decisão, enriquece-se a discussão com os seus conhecimentos e experiência em prol da construção do melhor caminho para a resolução do dilema ético (Nora et. al, 2016).

Esta tomada de decisão compartilhada pela equipa multidisciplinar vai de encontro ao disposto no Artigo 112º do Código Deontológico, o qual afirma ser dever do enfermeiro “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (Assembleia da República, 2015, p.8080).

Ressalva-se como exemplo da prática clínica, o caso de um utente internado em UCI, um jovem, portador de assistência ventricular mecânica por falência cardíaca na sequência de patologia cardíaca genética. O suporte mecânico em causa apresenta função de bombeamento pulsátil ventricular a nível esquerdo e direito, e foi implementado após esgotadas todas as intervenções terapêuticas conservadoras, com risco de vida para o utente. No caso, o internamento com este tipo de suporte já teria, à data, mais de dois meses, encontrando-se o utente a aguardar órgão para transplante.

Após este tempo, surgiram múltiplas intercorrências infecciosas, encontrando-se o utente frequentemente em quadro de sépsis ou mesmo choque séptico, o que surgindo órgão, limitava a possibilidade de transplantação. Surgiram também intercorrências hemorrágicas, na sequência do difícil equilíbrio que deve ser mantido nestas situações, em termos de coagulação, mesmo cumprido os respetivos protocolos, pelo que hemorragias pelos locais de inserção de cateteres e do próprio mecanismo de assistência, eram frequentes, assim como epistaxis difíceis de controlar.

Nesta sequência, foram também detetadas lesões hemorrágicas cerebrais em exames de imagem. Todas estas intercorrências levaram a uma degradação geral e bastante significativa do estado clínico do utente, o que levantou questões éticas, no sentido de se continuar a investir nesta pessoa a qual se encontrava sob ventilação mecânica invasiva e sedoanalgesiada, não podendo participar em processos de tomada de decisão. Sempre que era feita tentativa de diminuir a sedoanalgesia, o utente mostrava-se em grande sofrimento, pelo que o processo era protelado. As questões éticas iam no sentido do prolongamento do sofrimento da pessoa a qual apresentava uma probabilidade de sucesso de transplantação cada vez menor, e a idade jovem do utente que levantava a questão da legitimidade na suspensão de medidas que visavam a sua recuperação e a aposta em medidas que promovessem o seu conforto assumindo-se um fim de vida em breve.

Assistiu-se a inúmeros debates e reflexões éticas e morais com diversos elementos da equipa multidisciplinar, entre enfermeiros, médicos, psicóloga, fisioterapeutas e acima de tudo, com a família, a qual era muito presente e foi sempre integrada em muitas destas reflexões e na tomada de decisão final. Salienta-se a forte convicção religiosa desta família, a qual se apoiou na prática da sua religião para gerir os seus sentimentos e emoções, as suas expectativas e também teve um peso considerável na sua tomada de decisão. Esta crença religiosa foi sempre respeitada, foi sempre dado espaço para a prática da sua religião junto do seu ente, de acordo com as condições da UCI e as normas próprias do serviço, indo de encontro ao Artigo 102º do Código Deontológico, nas suas alíneas “a) *Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; f) Respeitar e fazer respeitar*

as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (Assembleia da República, 2015, p.8079).

Afortunadamente, este caso teve um desfecho feliz, a tomada de decisão foi no sentido de se investir na recuperação do utente, o quadro séptico foi controlado, as lesões hemorrágicas a nível cerebral foram reabsorvidas, surgiu um órgão e o transplante foi realizado com sucesso.

Este caso foi de um enriquecimento extraordinário no que diz respeito à tomada de decisão ética e a tudo o que esta pode envolver, tendo sido um valioso contributo para reflexão e desenvolvimento de competências nesta área.

Em suma, na prestação de cuidados à pessoa nos contextos de estágio, procurou-se sempre integrar a mesma e/ou respetiva família, nos processos de tomada de decisão, agir como um facilitador desse processo, respeitando as suas crenças e valores, e tendo como referência as normas éticas e deontológicas e as leis que regem a profissão, tal como dita o Artigo 100º do Código Deontológico, segundo o qual, o enfermeiro deve *“a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) Responsabilizar -se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”* (Assembleia da República, 2015, p.8078).

De forma a existir uma decisão devidamente fundamentada, assente na dimensão ética e deontológica, é necessário analisar também a dimensão jurídica. De acordo com a Constituição da República Portuguesa revista em 2005, no Artigo 1º *“Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”* e no Artigo 2º *“A República Portuguesa é um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressão e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efetivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa”* (Ministério Público, 2005, p.1). Ou seja, a lei constitucional assenta na dignidade humana e defende o respeito e o direito pela liberdade. As leis e princípios jurídicos encontram-se inerentes a toda a população nos mais diversos contextos, incluindo profissionais de saúde e utentes, garantindo assim, o bom funcionamento de uma sociedade democrática.

Na defesa dos direitos humanos durante a prestação de cuidados, foi importante ter também em consideração documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual afirma no Artigo 1º *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos (...)”*, no Artigo 3º *“Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”*, no Artigo 18º *“Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião (...) assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado (...)”* e no Artigo 25º *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto (...) à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais*

necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença (...)” (Assembleia da República, 1978, p.489, 490).

No que respeita ao acesso à informação, no cuidado à pessoa, foi sempre tida em atenção, o esclarecimento acerca dos cuidados a serem prestados ou das intervenções às quais seria submetida, nomeadamente em que consistiam, qual a finalidade e riscos associados, à luz do direito ao consentimento livre e esclarecido, respeitando o Artigo 105º do Código Deontológico, segundo o qual o enfermeiro deve *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” e “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (Assembleia da República, 2015, p.8079). Respeita-se ainda a Lei de Bases da Saúde, no ponto 1 da base 2, que dita que todas as pessoas têm direito *“a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”, “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde” e “a aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado”* (Assembleia da República, 2019, p.56).

Principalmente em UCI, muitas vezes, decorrente do estado clínico da pessoa, esta apresenta limitações significativas em termos de capacidade de compreensão e expressão, que a impedem de participar na tomada de conhecimento e de decisão relativamente à sua saúde. Nestes casos, e sempre que possível, foi feito um esforço no sentido de incluir a família na de tomada de decisão, transmitindo as informações necessárias de modo a facilitar esses processos, e garantindo assim o cumprimento dos princípios e leis acima descritos.

No entanto, importa ressaltar, que relativamente à informação transmitida, seja por via oral ou escrita, deve ser sempre salvaguardada a sua confidencialidade e segurança, indo de encontro ao Artigo 106º do Código Deontológico, segundo o qual, é dever do enfermeiro *“considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” e “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”* (Assembleia da República, 2015, p.8079). Respeita-se ainda a Lei de Bases da Saúde, na Base 15, a qual afirma que *“a informação de saúde é propriedade da pessoa” e “a circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da*

informação de saúde, pela interoperabilidade e interconexão dos sistemas dentro do SNS e pelo princípio da intervenção mínima” (Assembleia da República, 2019, p.60).

Assim, todos os registos acerca dos utentes, eram elaborados em plataformas informáticas e protegidos por sistemas de *passwords*. Na UCI onde decorreu o estágio, de modo a garantir a transmissão de informação assegurando a sua confidencialidade perante a pessoa, e tendo em conta que a maioria dos internamentos eram eletivos, à data da admissão, era acordado com o utente qual o familiar de referência que este autorizaria que fossem transmitidas informações acerca do seu estado clínico ou que participasse em processos de tomada de decisão, caso o mesmo não se encontrasse em plenas capacidades de o fazer por si próprio.

A informação era assim, transmitida aquele familiar em específico, de preferência, pessoalmente, sendo que, o mesmo era informado que seria permitido a transmissão de algumas informações básicas via telefone, por forma a não ser exposta a privacidade do utente e a confidencialidade dos dados.

No que se refere ao direito da pessoa à privacidade, este revelou-se como desafiante no contexto do SUG, uma vez que a estrutura física do serviço era insuficiente para a afluência diária de utentes, muitos dos quais se encontravam em macas por várias horas ou mesmo dias, caso passassem para a zona do SO. Nestes contextos eram utilizados biombos para a prestação de cuidados diretos a estes utentes, como posicionamentos, ou em caso de técnicas mais invasivas, como colheitas de urina, algaliação, realização de pensos, estes eram temporariamente transferidos para uma sala própria para esse efeito, de modo a assegurar a privacidade e dignidade das pessoas dentro dos recursos físicos de que o serviço dispunha.

Também a transmissão de más notícias, como sendo um processo que exige privacidade e confidencialidade, não só no que se refere à transmissão da informação em si, mas ao contexto emocional que acarreta, dispunha no SUG, uma sala própria para essa abordagem. A transmissão de más notícias era da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa em colaboração com o médico chefe de equipa também. Sendo a orientadora deste estágio, chefe de equipa, foram várias as oportunidades de participação neste processo e que contribuíram para reflexão e desenvolvimento de competências também a este nível.

Desta forma foi possível respeitar o Artigo 107º do Código Deontológico, o qual dita ser dever do enfermeiro *“respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”* e *“salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”* (Assembleia da República, 2015, p.8080), e a Lei de Bases da Saúde que afirma na base 2, que todas as pessoas têm o direito *“à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”* (Assembleia da República, 2019, p.56).

Tendo em conta que o estágio final decorreu em contexto de UCI, importa salientar que *“a pessoa em situação crítica encontra-se no centro da atenção dos profissionais, que demandam*

incessantemente a manutenção da vida, num contexto de incerteza e complexidade” (Nunes, 2015, p.188). Desta forma, os cuidados prestados a estes utentes são altamente qualificados, permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações e procurando alcançar a recuperação total (Nunes, 2015).

Assim, durante os períodos de estágio, salienta-se o empenho na prestação de cuidados, tanto na vertente técnica como numa perspetiva mais humana, de modo a privilegiar os cuidados holísticos e centrados na pessoa, obedecendo ao Código Deontológico no Artigo 100º, onde é dever do enfermeiro *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (Assembleia da República, 2015, p.8079), e no Artigo 109º que afirma ser dever do enfermeiro *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Assembleia da República, 2015, p.8080).

Ressalva-se ainda, a Lei de Bases da Saúde, na base 17, a qual declara que *“a utilização das tecnologias da saúde deve reforçar a humanização e a dignidade da pessoa”* (Assembleia da República, 2019, p.60).

O desenvolvimento das competências em causa, foi ainda demonstrado aquando do desenvolvimento do PIP, já que foram respeitados os princípios éticos de investigação, e aquando da aplicação dos inquéritos à equipa de enfermagem, durante a fase do diagnóstico de situação, os elementos alvo dos inquéritos foram devidamente informados acerca do anonimato e confidencialidade de todos os participantes, à luz do consentimento livre e esclarecido. Também todos os intervenientes e instituições abrangidos neste relatório foram devidamente omitidos, garantindo-se assim a sua confidencialidade.

Por fim, a referenciação bibliográfica executada de forma correta no decorrer do presente relatório, revela o respeito e a ética perante a informação utilizada.

Posto isto, consideram-se adquiridas e desenvolvidas as competências comuns inicialmente mencionadas, inerentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No que diz respeito ao domínio “da melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747), surgem três competências comuns:

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Relativamente o alcance das competências inerentes ao referido domínio, salienta-se a importância do contributo dos conteúdos lecionados na unidade curricular de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, uma vez que o planeamento estratégico para a implementação de metas direcionadas para a melhoria contínua da qualidade, apresenta-se como uma das finalidades das instituições de saúde, tendo o enfermeiro especialista, um papel preponderante na conceção de indicadores de qualidade que permitam atingir essas metas.

Importa também enaltecer os conteúdos lecionados na unidade curricular Médico-Cirúrgica 5, onde foi construído um plano de prevenção e controlo de infeção, e onde foi explorada a temática das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Na continuação do desenvolvimento de competências neste domínio, optou-se pela revisão e análise de documentação considerada pertinente para esta área, designadamente o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Ministério da Saúde, 2021), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Ao longo dos períodos de estágio, foi ainda realizada pesquisa e consulta de documentos afetos às políticas de gestão e de projetos no âmbito da melhoria contínua inerentes às respetivas instituições, assim como protocolos e normas vigentes, por forma a adotar as melhores práticas durante a prestação de cuidados.

A segurança em saúde encontra-se impreterivelmente correlacionada com a qualidade em saúde, uma vez que a carência de uma, prejudica a outra.

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (Ministério da Saúde, 2021, p.96)

Assim, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, visa a promoção da segurança durante a prestação de cuidados, através da modificação e adaptação de políticas de saúde, constituindo um instrumento de apoio a gestores de topo, gestores de risco e profissionais de saúde, requerendo um envolvimento ativo e responsável por parte da governação das instituições, no sentido de aumentar a segurança da prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2021). Nesta sequência, assume-se como missão da Direção Geral de Saúde “(...) *planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde e,*

como atribuições, a promoção das atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde” (Ministério da Saúde, 2021, p.96).

Dada a tipologia e complexidade dos cuidados a prestar à PSC tanto em UCI como no SUG, e atendendo à urgência que muitas vezes é exigida na execução das intervenções em prol da estabilização rápida e eficaz do estado hemodinâmico da pessoa, tornou-se evidente a necessidade do domínio de conhecimentos nessa área, assim como do manuseamento de diversos equipamentos e instrumentos eletrónicos, por parte dos profissionais de saúde. Assim, e de modo a tentar fazer face a esta problemática, foi feita uma aposta em termos de pesquisa, análise, revisão e reflexão, tendo sempre por base a mais recente evidência científica, recorrendo também a normas, algoritmos e protocolos complexos em vigor nas respetivas instituições, de modo a adquirir e desenvolver conhecimentos que permitissem uma resposta o mais adequada possível perante cada situação.

Como exemplo, foram utilizados protocolos relacionados com a prevenção da pneumonia associada à ventilação, cumprindo os devidos feixes de intervenção. Também a utilização de escalas de avaliação, como a Escala de Coma de Glasgow, para avaliar o nível de consciência, a escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) para avaliar o nível de sedação, ou a escala BPS (Behavioral Pain Scale) para avaliar a dor na pessoa sedada, contribuíram para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Respeitou-se assim, o enunciado “*prevenção de complicações*” o qual alude ser da competência do EEEMC-PSC “*a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis*”, “*a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados*”, “*o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas*”, ou “*a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos*” entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.5).

Mas apostar na segurança também implica atuar numa perspetiva preventiva, identificando e gerindo potenciais riscos que coloquem em causa a saúde, bem-estar e segurança da pessoa. Neste sentido foram utilizadas escalas de avaliação de risco, no caso, a Escala de Braden, para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, que está protocolada ser realizada a cada dois dias e a qual permite a implementação de intervenções preventivas, consoante o seu resultado, como a adequação de colchões ou o aumento da frequência de posicionamentos. E também a avaliação da Escala de Morse, que avalia o risco de queda, o qual pode ser bastante significativo em pessoas conscientes e que desenvolvem quadros de confusão, delirium, agitação, ou que realizam levante com múltiplos dispositivos

agregados. Esta escala está protocolada ser reavaliada a cada sete dias ou aquando queda e também permite planear intervenções consoante o seu resultado, seja em termos de contenção química, otimização do espaço físico ou aumento da vigilância.

Na instituição onde decorreu o último estágio, existe ainda uma plataforma de notificação de quedas e de úlceras de pressão, onde são registados diversos dados sempre que se dá um destes incidentes, com a finalidade de prevenir, diminuir ou eliminar a prevalência deste tipo de ocorrência.

Para além disto, sabe-se que, de uma forma global, o risco é um fator sempre presente e associado à prestação de cuidados de saúde, sendo alvo de preocupação e que exige o desenvolvimento e implementação de estratégias que visem a sua redução e suas consequências. Neste sentido, na mesma instituição, é utilizada uma plataforma informática para notificação de incidentes, de qualquer origem ou em qualquer área, a qual está acessível a qualquer profissional, com o intuito de permitir às entidades responsáveis pela gestão de risco, identificar estes eventos, analisá-los, eliminar causas e prevenir futuras ocorrências, garantindo assim a segurança de utentes e profissionais, assim como a qualidade dos cuidados. Algumas das notificações mais comuns, prendem-se com o defeito de dispositivos médicos, roturas de *stock* de materiais ou avarias de equipamento eletrónico. Segundo o PNSD *“A OMS e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (...)”* (Ministério da Saúde, 2021, p.101).

Outra das vertentes a ter em atenção no domínio da segurança do doente, é a identificação inequívoca do doente, a qual é de caráter obrigatório e deve ser cumprida de forma rigorosa, através de uma pulseira de identificação que se deve encontrar em estado perfeitamente legível e onde constam o nome completo da pessoa, data de nascimento, número do processo clínico e nome do serviço de internamento. A finalidade é minimizar ao máximo o risco de erro seja na administração de terapêutica, seja na realização de exames médicos ou procedimentos, seja na transmissão de informação clínica e confidencial. A identificação inequívoca do doente é um procedimento que é periodicamente auditado, dada a sua relevância.

Da mesma forma, a administração de hemoderivados obedece a um rigoroso sistema de identificação, por via de um dispositivo eletrónico com leitor de código de barras, o “Gricode”, por forma a garantir a administração do hemoderivado certo no utente certo.

Também a comunicação pode comprometer a segurança da pessoa. Se a transmissão de informação na transição de cuidados, durante as passagens de turno, nas transferências entre serviços ou nas altas, não for realizada com o devido rigor e clareza, poderão ocorrer erros com prejuízo para a saúde e bem-estar do utente. Desta forma, durante o estágio em UCI,

houve sempre o cuidado de elaborar registos claros, pormenorizados, rigorosos e o mais completos possível, e na transmissão da informação, utilizar os princípios da metodologia ISBAR, implementada naquela unidade e adaptada à mesma.

O PNSD defende a comunicação como sendo “(...) *essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde*” (Ministério da Saúde, 2021, p.100).

Ainda na temática da comunicação, e indo de encontro à melhoria contínua da qualidade, destaca-se o PIP, no qual foi desenvolvida uma norma de acolhimento à família da PSC, que permitiria facilitar e promover a comunicação entre o enfermeiro e o familiar do utente, procurando assim alcançar “(...) *os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*” tal como consta no primeiro enunciado dos Padrões de Qualidade de Enfermagem, através do “(...) *envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.14).

Relativamente às IACS, a UCI onde decorreu o estágio final, seguia as diretrizes emanadas pela equipa do PPCIRA do centro hospitalar, equipa essa que acompanhava o trabalho desenvolvido no serviço através de elementos designados como elos de ligação e através dos quais desenvolvia projetos como a “Higiene das Mãos”. Desta forma, houve sempre a preocupação em seguir as normas em vigor ditadas pela equipa do PPCIRA de forma a prestar cuidados com base nas melhores práticas, prevenindo a transmissão e disseminação da infeção e incentivando os pares a aderir às mesmas medidas. No seguimento das suas recomendações, salienta-se que cada unidade tem um stock de material individualizado para cada utente, respetivamente, não havendo cruzamento entre material de unidades de diferentes doentes. Existe ainda, em cada unidade, uma solução antisséptica de base alcoólica para desinfeção das mãos, facilitando o cumprimento da higienização nos cinco momentos (antes de tocar no utente, antes de realizar um procedimento, após risco de exposição a fluidos corporais, após tocar no utente, após tocar superfícies próximas ao utente), tal como é requerido pelo projeto acima referido.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, face (...) á necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção*” através de intervenções como “*a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.8).

Sempre que surgiam casos de utentes com infeção declarada, e mediante critérios definidos pela equipa do PPCIRA ou após avaliação pelos próprios, os utentes tinham a possibilidade de

ficar isolados em quartos de isolamento próprios para o efeito, existindo três quartos no total, sendo que dois deles eram quartos com pressão negativa.

Para além da equipa do PPCIRA, existem naquela instituição, outros grupos de trabalho em áreas como Prevenção de Quedas, Úlceras de Pressão, Prevenção de Infecção Associada a Dispositivos, Dor, entre outros, grupos estes que chegam a todos os profissionais através de elementos dinamizadores, ou elos de ligação, e através dos quais são implementados projetos numa perspetiva de promoção da melhoria contínua da qualidade.

Para além destes elementos, existiam também outros grupos de profissionais de entre as várias equipas de enfermagem do serviço, responsáveis pela formação em serviço nas mais diversas áreas. Durante o período de estágio, houve a oportunidade de assistir a uma dessas formações, no caso, acerca da metodologia ISBAR. Desta forma, percebeu-se a aposta na atualização de conhecimentos de forma consistente e frequente, o que vai permitir melhorar os cuidados prestados e com isso, promover uma vez mais, a melhoria contínua da qualidade.

Reportando-nos aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* através da *“(…) existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.18).

Perante o exposto, consideram-se adquiridas e desenvolvidas as competências comuns inicialmente mencionadas, inerentes ao domínio acima referido.

Relativamente ao domínio “gestão dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748), surgem duas competências comuns:

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao domínio descrito, foi fundamental o contributo da unidade curricular de Gestão e Governação Clínica, lecionada no decorrer deste mestrado, e na qual foram abordados temas relacionados com a gestão de cuidados de enfermagem, tipos de lideranças, lideranças de equipas e delegação de tarefas, permitindo a transposição desses conhecimentos adquiridos, para a prática clínica.

No âmbito das competências supracitadas, destaca-se a importância do estágio decorrido no SUG, uma vez que, a enfermeira orientadora se encontrava no papel de chefe de equipa,

desempenhando, portanto, as funções de responsável de turno, tal como é preconizado pelo Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo o qual, a atribuição dessas funções cabe ao Enfermeiro Especialista “(...) *enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão*” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.2).

Desta forma, ao acompanhar este elemento, foi possível compreender toda a dinâmica intrínseca a esta função, permitindo uma reflexão e análise da gestão de cuidados necessária ao funcionamento do serviço, tendo em vista a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

No SUG as atividades dos enfermeiros chefes de equipa, enquanto responsáveis de turno, encontravam-se devidamente definidas e delineadas num procedimento sectorial. Assim, e com o apoio desse documento, foi possível acompanhar e colaborar na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão da terapêutica, na supervisão dos cuidados otimizando o trabalho em equipa, na promoção da correta utilização de recursos materiais e até na gestão de conflitos. O chefe de equipa era então, responsável pela distribuição dos restantes enfermeiros pelos diversos sectores do serviço, tendo em conta as competências e experiência profissional dos mesmos, assim como a afluência de utentes em cada sector de modo a suprir, da melhor forma possível, as necessidades do serviço e garantindo a continuidade dos cuidados. Essa distribuição deveria assegurar o equilíbrio de competências técnicas e relacionais dos vários profissionais, garantindo a segurança dos utentes e enfermeiros.

Tal como já foi referido, era função deste elemento a gestão de terapêutica, sendo responsável pela reposição dos *stocks* de medicação dos vários sectores e efetuar pedidos de medicação extraordinária à farmácia através de plataforma informática. Era assegurada ainda, a gestão, reposição e correta utilização dos estupefacientes, garantindo a devida alocação em cofre próprio.

Também foi possível colaborar na gestão de recursos materiais e equipamentos, principalmente em casos de empréstimos, faltas ou avarias.

Foi importante observar, compreender e participar na articulação de transferências de utentes para outros serviços do centro hospitalar ou para fora deste, otimizando a gestão de processos, camas e materiais. No caso de transporte inter-hospitalar da PSC, era o chefe de equipa que selecionava o enfermeiro que acompanharia esse utente, tendo em conta a experiência e competência técnica do mesmo e o grau de instabilidade hemodinâmica do doente, por forma a garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do utente.

Era ainda feita a articulação com as equipas do pré-hospitalar, aquando da receção de um ou mais doentes críticos no SUG, de forma a notificar e organizar a equipa multidisciplinar que receberia os utentes, consoante a sua tipologia e gerindo o espaço físico, nomeadamente a sala de reanimação.

No início de cada turno, o enfermeiro chefe de equipa recebia as informações clínicas e de enfermagem de todos os doentes internados em SO e UIPA, por forma a obter uma visão global dos utentes, a complexidade de cuidados que estes exigiam, a necessidade de articulação com outros profissionais de saúde, como assistente social, psicólogo ou dietista, e de forma a obter informação que lhe permitisse participar em processos de tomada de decisão.

Conjuntamente com a enfermeira orientadora, foi prestado apoio, orientação e supervisão no cumprimento de procedimentos da instituição, no correto manuseamento de materiais e equipamentos, e na prestação efetiva de cuidados de enfermagem, esclarecendo dúvidas e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Outra função também já acima referida, era a identificação e gestão de situações de crise e conflito, fosse entre elementos da equipa multidisciplinar, fosse entre profissionais de saúde e utentes ou acompanhantes, tentando através de estratégias de negociação, mediar esses mesmos conflitos. No SUG, dada a sua tipologia, características do serviço, momentos de grande afluência de utentes, com tempos de espera no atendimento aumentados por escassez de recursos humanos muitas vezes não só de enfermagem, mas também da parte das equipas médicas, aliado ao cansaço dos profissionais e ansiedade dos utentes e familiares, era frequente a ocorrência de situações de conflito entre estes últimos e profissionais de saúde. Estas situações eram de tal forma recorrentes, que se traduziam em elevados índices de reclamações formais atribuídas ao SUG, o que motivou o projeto de intervenção implementado neste estágio, que foi de encontro à gestão de conflitos através de estratégias de comunicação e que se materializou, através de uma sessão de formação.

Indo de encontro ao Artigo 100.º do Código Deontológico, segundo o qual, é dever do enfermeiro *“responsabilizar -se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”* (Assembleia da República, 2015, p.8078), e ao Artigo 109.º segundo o qual, o enfermeiro assume o dever de *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”* (Assembleia da República, 2015, p.8080), foi sempre visível o esforço da enfermeira orientadora no sentido de fazer as melhores opções aquando a necessidade de delegação de tarefas ou cuidados, havendo sempre o cuidado de supervisionar e avaliar as funções delegadas, de forma a garantir o seu rigor e qualidade, tendo em vista a segurança do doente e profissionais. A possibilidade de colaborar com este elemento neste âmbito, permitiu a reflexão acerca da delegação de funções, a sua necessidade, pertinência, o cuidado na seleção dos profissionais a quem delegar e a importância da supervisão das tarefas delegadas.

Reportando-nos ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Artigo 10.º, depreende-se que *“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em*

cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.5). Assim, a delegação de tarefas foi sempre feita, tendo por base esta premissa.

Há ainda a salientar que o cargo de enfermeiro responsável de turno nem sempre é atribuído a enfermeiros especialistas. Tanto no SUG como na UCI onde decorreram os estágios, nem sempre era possível garantir a presença de um enfermeiro especialista em todos os turnos, por constrangimentos em termos de escassez de profissionais em determinados períodos de tempo, por trocas realizadas nos horários de trabalho por entre os enfermeiros das equipas de enfermagem, ou outros motivos. Assim, na ausência de um enfermeiro especialista, este cargo passava a ser atribuído a um enfermeiro perito, seguindo a nomenclatura do modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, sendo estes considerados elementos com elevada experiência e com capacidade de superar os desafios que possam surgir (Benner, 2005). Respeitava-se desta forma, as orientações emanadas pelo Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o qual alude que na ausência de um enfermeiro especialista, para a função de responsável de turno “(...) *poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função*” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.2). No caso da enfermeira orientadora do estágio em UCI, esta, apesar de ser EEEMC-PSC, não ocupava a posição de chefe de equipa, logo, eram poucas as vezes que assumia a função de responsável de turno, mas sempre que essas circunstâncias eram proporcionadas, também se mostraram uma mais valia no desenvolvimento e aquisição das competências deste domínio. Neste caso, sempre que a enfermeira orientadora assumia este papel, assumia como principais funções, a receção da informação clínica e de enfermagem referente a todos os utentes internados na unidade, de forma a obter uma visão global da necessidade e complexidade de cuidados exigidos por cada doente, por forma a gerir da melhor forma possível, a distribuição destes pelos diferentes profissionais de enfermagem. Também aqui, era tida em conta o grau de instabilidade hemodinâmica dos utentes, e as competências e experiência profissional dos enfermeiros, garantindo-se a qualidade dos cuidados e a segurança do utente.

Como enfermeira especialista e responsável de turno, era esta o elemento de referência a quem os restantes profissionais recorriam, sempre que existiam dúvidas relacionadas com os cuidados a prestar, procedimentos ou manuseamento de materiais e equipamentos.

Por fim, destaca-se como característica do Enfermeiro Especialista, a capacidade de liderar. Para Morais (2020), o líder permite uma comunicação verdadeira, honesta e aberta, detendo a capacidade de identificar as necessidades da equipa, fornecendo o devido apoio e fomentando a harmonia no seio do ambiente de trabalho. O líder deve promover a união da equipa, garantindo a satisfação dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados. É alguém que detém a capacidade de influenciar os outros e que lidera a sua equipa de trabalho a fim de alcançar o sucesso (Morais, 2020).

Desta forma, foi possível observar e compreender os tipos de liderança assumidos pelas enfermeiras orientadoras, enquanto Enfermeiras Especialistas e responsáveis de turno, consoante as condições o exigissem. Verificou-se que ambas adotavam maioritariamente um tipo de liderança democrático, mas quando as circunstâncias o exigiam, a liderança transpunha-se para uma tipologia mais autocrática, de forma a assegurar a eficácia dos cuidados.

Posto isto, e apesar de, no papel de discente, não ter sido possível exercer funções de gestão e liderança de forma autónoma, considera-se que a observação, acompanhamento e colaboração com as enfermeiras orientadoras nesse papel, assim como as reflexões críticas que daí advieram, permitiram o desenvolvimento das competências inerentes ao domínio da gestão dos cuidados.

Por fim, no que se refere ao domínio “do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749), surgem duas competências comuns:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

De acordo com Haboba (2022), o autoconhecimento é considerado uma prática cujo intuito é *“(...) levar o ser humano, a uma busca de sua essência, para que, ao conhecer suas características pessoais e individuais, possa olhar para o outro com o mesmo senso de compreensão de suas questões emocionais, sentimentais, culturais e práticas de autocuidado”* (Haboba, 2022, p.1). Desta forma, e ao disponibilizar-se para a prática do autoconhecimento, o enfermeiro vai apostar num investimento relativamente ao seu processo de construção tanto a nível pessoal, como profissional, facilitando a relação terapêutica a estabelecer com a pessoa alvo dos seus cuidados (Haboba, 2022).

Para o desenvolvimento deste tipo de competência, destaca-se o contributo da unidade curricular de Relação de Ajuda, que proporcionou o treino da capacidade de autorreflexão, permitindo compreender, de que forma as nossas características pessoais, conhecimentos e limitações podem influenciar o estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes a quem são prestados cuidados.

Desta forma, foram fulcrais, as reflexões frequentes com as enfermeiras orientadoras, acerca da prestação de cuidados, dos sentimentos gerados perante as diversas situações, da forma como esses sentimentos foram geridos, e que estratégias a adotar para melhorar aspetos menos positivos, em prol da promoção da qualidade dos cuidados. Através destes momentos, era possível perceber o nosso nível de conhecimentos e de competências, as

nossas limitações e, portanto, os aspetos que careciam de melhoria, fosse em termos de aquisição de conhecimentos, fosse em termos de adoção de estratégias que promovessem o estabelecimento de relações terapêuticas.

Indo de encontro ao Artigo 109.º do Código Deontológico, o qual alude ser dever do enfermeiro *“analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”* (Assembleia da República, 2015, p.8080), compreende-se a importância da perceção dos nossos conhecimentos, limitações e lacunas, por forma a que fosse possível agir em conformidade, na busca de conhecimento com base na mais recente evidência científica e de estratégias que visassem colmatar as dificuldades identificadas.

Respeitando o Código Deontológico, no Artigo n.º 100, segundo o qual é dever do enfermeiro *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (Assembleia da República, 2015, p.8079), e no Artigo 109.º, segundo o qual é responsabilidade do enfermeiro *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Assembleia da República, 2015, p.8080), e tendo em conta que o cuidado à PSC exige um vasto core de conhecimentos técnico-científicos e humanos, foi sempre uma preocupação basear a prestação de cuidados ao longo dos estágios, na busca de informação e conhecimentos recorrendo à evidência científica. Para isto, consideraram-se fundamentais as unidades curriculares Médico-Cirúrgicas 3, 4 e 5, e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada. Por outro lado, a unidade curricular de Investigação em Enfermagem facultou as ferramentas necessárias para a pesquisa de informação em artigos científicos, por forma a permitir uma práxis baseada na mais recente evidência científica.

Como complemento à aquisição de conhecimentos direcionados aos cuidados inerentes à PSC, salienta-se a participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico--Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A Evidência na Intervenção Clínica, que abordou temas como “A Prática Baseada na Evidência”, “O Cuidado Especializado de Enfermagem à PSC com Acesso Vascular de Inserção Periférica”, “Informar a Família da PSC: Conteúdo e Estratégias em Enfermagem”, “A Tecnologia na Gestão do Ambiente: O Ruído na UCI”, entre outros, e cujo certificado se remete para o anexo 2.

A participação no Webinar A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem, onde foram abordados temas como “As Respostas Imediatas Em Situação De Doença Crítica: Considerar A Pessoa Doente E Família”, “O Cuidar Da Família – Perspetiva Ética E Deontológica Em Enfermagem”, entre outros, e cujo certificado se remete para o anexo 3.

A participação nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, onde foram abordados temas como “Monitorização do Doente Crítico”, “O Órgão: Neuromonitorização”,

“Monitorização PIC (Pressão Intracraniana)”, “O Orgão: Pulmão”, “A Função: O Doente em Choque” entre outros, e cujo certificado se remete para o anexo 4.

A participação no Congresso de Enfermagem de Medicina Intensiva (CEMI) – Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica, na qualidade de congressista, onde foram abordados temas como “Desafios da Enfermagem Intensiva”, “A Pessoa com ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)”, “A Importância da Humidificação Ativa no Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica e Terapia de Alto Fluxo”, “A Pessoa em Situação Neurocrítica”, “A Pessoa em Situação Crítica e a Família”, entre outros e cujo certificado se remete para o Anexo 1. Neste congresso foi apresentado um poster intitulado “Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão Scoping”, contribuindo assim para a disseminação do trabalho de investigação realizado, e o qual se remete para o apêndice 7.

Também os projetos de intervenção desenvolvidos nos estágios, contribuíram para o desenvolvimento destas competências. No primeiro estágio, desenvolvido no SUG, foi realizada uma sessão de formação direcionada para a gestão de conflitos através de estratégias de comunicação, tal como já foi anteriormente referido. Desta forma, foi dado um contributo no que se refere à disseminação da informação e formação dos pares. Para o sucesso desta formação, contribuiu a unidade curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem, onde se adquiriram as ferramentas necessárias para fazer o levantamento do diagnóstico das necessidades formativas, o planeamento da sessão de formação, e a avaliação dos conteúdos apreendidos pelos formandos, assim como a avaliação da formação em si e do próprio formador.

Ainda a realização do PIP, no estágio final, fomentou o desenvolvimento desta última competência, uma vez que motivou a realização de uma revisão scoping, que permitiu a elaboração de uma norma de acolhimento à família da PSC e de um guia de acolhimento à família da PSC adaptado à realidade daquela UCI, com base na mais recente evidência científica. A revisão scoping, deu origem a um artigo científico, que se pretende propor para publicação em revista científica, de forma a contribuir para a divulgação da investigação realizada. Remete-se o resumo deste artigo para o apêndice 1.

Face ao exposto, consideram-se adquiridas as competências inerentes ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PSC

A área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – PSC, direciona o seu espectro de atuação para o cuidado à pessoa cuja vida “(...) *está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362). Assim, os cuidados devem ser prestados de forma contínua, e devem ser de uma elevada qualificação, por forma a garantir a manutenção das funções vitais básicas, prevenindo complicações e diminuindo o risco de incapacidades, com vista à recuperação total da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Posto isto, a área de especialidade acima referida, divide-se em três competências major, as quais serão seguidamente, alvo de reflexão e fundamentação.

Desta forma, segundo a primeira competência, o enfermeiro:

1 - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363)

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC, exigem uma contínua atualização de conhecimentos e de competências por parte dos profissionais, especialmente no que concerne ao EEEMC-PSC, sendo este um elemento de referência na prestação de cuidados especializados ao doente crítico. Nesta sequência, ressalva-se toda a pesquisa bibliográfica realizada ao longo dos estágios, tendo sempre por base a evidência científica, a par com os conteúdos lecionados nas unidades curriculares Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica 2, 3 e 4 (especialmente os cursos de SBV e SAV) que forneceram conhecimentos e ferramentas que serviram como estrutura e ponto de partida para o que seria posteriormente desenvolvido e aprofundado nos locais de estágio. Os certificados destes cursos encontram-se nos anexos 5 e 6.

Apesar do estágio decorrido no SUG, ter sido orientado por um elemento chefe de equipa e que estava maioritariamente com funções de responsável de turno, e portanto, de apoio à gestão, foi dada a oportunidade de poder colaborar na prestação de cuidados, pelo menos um turno em cada sector daquele serviço, nomeadamente, na triagem, nos balcões de verdes, amarelos e laranjas, na sala de reanimação, e na área de internamento, ou seja, SO e UIPA, por forma a ter perceção de todo o percurso realizado pelos utentes e como mais valia à aquisição de competências no âmbito desta especialidade. Por exemplo, na sala de reanimação, foi possível prestar cuidados recorrendo à avaliação primária seguindo a abordagem ABCDE (A- via aérea

com estabilização cervical, B- Respiração, C- Circulação, D- Disfunção neurológica e E-exposição), permitindo assim, uma célere identificação dos problemas e da priorização das intervenções a executar, garantindo uma rápida e eficaz abordagem ao doente, visando a recuperação da sua estabilidade hemodinâmica.

Mas foi no estágio final, que o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC foi mais aprofundado e enriquecedor, já que a enfermeira orientadora se encontrava sempre na prestação direta de cuidados. Desta forma, foram diversas as oportunidades de aprendizagem através do contacto com as mais variadas circunstâncias, técnicas e procedimentos praticados na PSC, hemodinamicamente instável ou em risco de falência orgânica, e dos quais se destaca: a prestação de cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva (VMI), ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, apoio à entubação orotraqueal, extubação orotraqueal, aspiração de secreções em circuito aberto e circuito fechado, a compreensão dos módulos ventilatórios na VMI, realização de cuidados de higiene oral à pessoa sob VMI, prestação de cuidados à pessoa sob terapia de substituição renal contínua, prestação de cuidados à pessoa sob diálise peritoneal, prestação de cuidados à pessoa sob monitorização de pressão intracraniana (PIC), vigilância da pessoa sob pacemaker externo/provisório, apoio à colocação de cateter venoso central e de linha arterial (LA), monitorização através de LA e manuseamento da mesma para colheitas de sangue, apoio a técnicas como broncofibroscopia e plasmaferese, prestação de cuidados à pessoa com balão intra-aórtico e respetiva vigilância, prestação de cuidados à pessoa sob ECMO e respetiva vigilância, prestação de cuidados à pessoa sob os variados tipos de assistência ventricular e respetiva vigilância, prestação de cuidados à pessoa sob monitorização neurológica do índice bispectral (BIS), manuseamento, monitorização e vigilância de múltiplas drenagens (torácicas, pleurais), gestão da administração de terapêutica vasopressora e o desenvolvimento de conhecimentos sobre a interpretação de gasometrias arteriais.

Destaca-se ainda, o acompanhamento e toda a logística que implica a deslocação da PSC para a realização de exames complementares de diagnóstico. *“O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas”* (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Neste sentido, foi possível perceber e colaborar no planeamento e transporte da PSC nestas circunstâncias, de forma a antecipar eventuais focos de instabilidade, providenciando o equipamento necessário para monitorização, manutenção do estado clínico da pessoa e intervenção rápida em caso de instabilidade ou descompensação hemodinâmica, e fazendo a devida articulação do transporte com as equipas do local de receção. Com este planeamento, pretende-se garantir a segurança do utente, prevenindo ou evitando complicações, ou, em última instância, assegurando as condições necessárias para dar resposta em caso de instabilidade súbita durante o transporte.

De uma forma geral, este estágio constituiu-se como fundamental no desenvolvimento de competências de avaliação, vigilância, monitorização e gestão de todos os cuidados que envolvem a PSC, assim como na identificação precoce de eventuais complicações e resposta rápida perante as mesmas, obviamente, sempre com o auxílio e supervisão da enfermeira orientadora.

Ressalva-se também, a oportunidade de ter assistido a uma cirurgia cardíaca no BO, no caso, para substituição da válvula aórtica e by-pass coronário, sob circulação extra-corporal, privilégio este, que contribuiu sobremaneira para a compreensão da anatomofisiologia cardíaca e o que envolve todo o procedimento cirúrgico, facilitando assim a compreensão dos cuidados a ter no pós-operatório.

Na manutenção do estado hemodinâmico da PSC, salienta-se a importância da gestão de protocolos terapêuticos complexos, que, segundo Baptista (2023), consistem num fluxo condutor, que orienta os profissionais no que se refere à atitude ou ação a ser realizada, para cada circunstância apresentada, com vista a garantir o tratamento mais adequado para a estabilização e recuperação da pessoa.

No estágio final, foram diversas as oportunidades de contactar e gerir protocolos terapêuticos complexos, tais como o protocolo de administração de insulina em perfusão endovenosa contínua, protocolos referentes às terapias de substituição renal com anticoagulação com citrato, protocolos de extubação orotraqueal e protocolos de desmame ventilatório. Destaca-se a vigilância associada à implementação destes protocolos, sempre sob o apoio e supervisão atenta da enfermeira orientadora, por forma a desenvolver competências na deteção de complicações resultantes da aplicação dos protocolos, assim como da melhor resposta a dar, face a essas mesmas complicações.

É difícil abordar o tema PSC, sem falar da dor. São múltiplos os fatores passíveis de causar dor na PSC, seja por ser vítima de trauma ou politrauma, seja pelos diversos dispositivos médicos a si associados (tubo orotraqueal, drenos, cateteres, cânulas de ECMO, entre outros), seja decorrente de cirurgia recente, a dor e o desconforto são uma constante no que se refere ao doente crítico. E a dor não controlada ou mal controlada poderá ter consequências nefastas na condição clínica da pessoa, podendo provocar aumento da tensão arterial e provocar ou agravar taquicardias, o que, no caso dos utentes internados na UCI de cirurgia cardiotorácica, sendo recentemente intervencionados cirurgicamente a nível cardíaco, pulmonar ou ambos, poderá conduzir facilmente a instabilidade hemodinâmica.

A presença de dor, pode ainda agravar estados de confusão mental, delirium e agitação psicomotora, que mais uma vez, poderão conduzir a instabilidade hemodinâmica.

A Direção Geral de Saúde (DGS), na Circular Normativa n.º 9 de 2003, considera a dor como 5º sinal vital, e defende que *“o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um*

direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (Direção Geral de Saúde, 2003, p.1).

Também segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, é dever do EEEMC-PSC, a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor, assim como a gestão diferenciada e eficaz da mesma, através da implementação de instrumentos para avaliação da dor e de protocolos terapêuticos para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Como tal, a dor foi sempre uma preocupação, essencialmente ao longo do estágio final, cuja avaliação se constituía muitas vezes como um desafio, dadas as alterações do estado de consciência decorrentes da sedoanalgesia e VMI. Desta forma, foi com recurso a escalas de avaliação da dor, que esta dificuldade foi colmatada, nomeadamente a escala BPS. Assim, a avaliação da dor era constante, registada de hora em hora, e sempre que confrontados com índices de dor, eram instituídas medidas não farmacológicas, como alteração de posicionamento ou massagem, e medidas farmacológicas, através da gestão de terapêutica analgésica com o devido acompanhamento médico. Estas medidas eram devidamente registadas e monitorizadas, de modo a compreender a sua eficácia e necessidade ou não, de novas intervenções.

Para aprofundar e cimentar conhecimentos no que respeita à temática da dor, ressalva-se o tema “Avaliação da Dor no doente crítico incapaz de autoavaliação” abordado no Congresso de Enfermagem de Medicina Intensiva de 2023, cujo certificado se encontra no anexo 1.

Por forma a melhor fundamentar e espelhar as competências adquiridas no âmbito da competência major **“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, foi elaborado um plano de cuidados referente a um dos utentes que se encontrou sob os nossos cuidados, com quatro diagnósticos de enfermagem que pudessem abranger o maior leque possível de cuidados que justificariam a aquisição das competências exigidas ao EEEMC-PSC. Remete-se este documento para o apêndice 8.

Para Lusquiños et al. (2019), o processo de doença não pode ser visto como um acontecimento isolado ao utente, mas sim como um evento do qual a família faz parte integrante, vivenciando também o seu impacto. Assim, as interações e inter-relações estabelecidas no triângulo terapêutico enfermeiro-pessoa-família, alicerçam a essência do cuidar em enfermagem.

A inclusão da família nos cuidados de enfermagem, contribui para a minimização do impacto que o internamento em UCI, exerce sobre o utente, refletindo um efeito significativo na saúde e conforto dos seus membros e influenciando de forma positiva, o processo de doença (Lusquiños et al., 2019).

Ao envolver a família nos cuidados, esta sente que desempenha um papel útil na recuperação do seu ente, e este sente-se mais seguro, amparado e apoiado com a sua presença. O papel da família, é assim visto como um importante recurso para os enfermeiros, assentando

num objetivo comum, ou seja, o cuidado à pessoa, alicerçado no respeito mútuo. Mas para o sucesso desta parceria, é essencial o enfoque na comunicação (Lusquiños et al., 2019).

Para os mesmos autores, uma comunicação eficaz garante o suporte da relação terapêutica, e constitui-se como estratégia para dar resposta às necessidades de informação dos familiares.

Perante o exposto, e reconhecendo a importância da comunicação na relação terapêutica, consideraram-se fundamentais os conteúdos lecionados na unidade curricular Relação de Ajuda para o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área.

Também de forma a aprofundar conhecimentos neste âmbito, destaca-se o tema “Informar a família da PSC: conteúdo e estratégias em Enfermagem” abordado pela Professora Anabela Mendes no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, cujo certificado se encontra no anexo 2.

Na UCI onde decorreu o estágio final, era pouco frequente encontrar utentes sob VMI mas sem sedação, ou seja, conscientes, uma vez que se preconizava o desmame ventilatório precoce, o qual ocorria em regra, 24h a 48h após a admissão na UCI, e poucas horas após a suspensão da sedação. No entanto, e sempre que as circunstâncias exigiam VMI mais prolongada, em utentes já com estabilidade hemodinâmica suficiente para tolerarem o alívio da sedação e, portanto, apresentando-se conscientes, impunha-se o desafio de estabelecer comunicação com a pessoa sob entubação orotraqueal, ou seja, sem possibilidade de articular palavras. Perante estas barreiras à comunicação, foi feita uma aposta em termos de investimento em estratégias que permitissem facilitar a comunicação, tais como a comunicação por via da escrita, utilizando quadro com letras e ilustrações das necessidades básicas mais comuns, incentivando a comunicação não verbal por meio de mimica gestual e/ou facial, ou mesmo através de expressão facial e postura corporal. Desta forma, foi possível demonstrar preocupação, disponibilidade e interesse em tentar compreender o que o utente pretende verbalizar, valorizando as suas queixas, as suas emoções, os seus sentimentos e as suas necessidades, e estabelecer uma relação baseada na empatia, confiança e ajuda.

Foi reconhecendo a importância da comunicação no estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes e famílias, que surgiu o projeto desenvolvido no primeiro estágio, tal como já foi referido anteriormente, que remeteu para a gestão de conflitos através de estratégias de comunicação, tendo-se efetivado por meio de uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros do SUG. Este projeto permitiu assim, desenvolver competências na área da comunicação, facilitando o estabelecimento de relações terapêuticas em vários contextos que não apenas o SUG, permitindo chegar mais facilmente às famílias, compreendendo os seus receios e necessidades, e criando estratégias para fazer face aos problemas identificados.

Da mesma forma, a admissão de um utente em UCI constitui sempre um fator de stress, ansiedade e medo, tanto para o próprio como para a sua família. Neste sentido, surgiu o projeto desenvolvido no estágio final, direcionado ao acolhimento à família da PSC no primeiro contacto

com a unidade, ou seja, logo após a admissão da pessoa na UCI. Como já foi referido ao longo deste relatório, o acolhimento à família vai servir como ponto de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança com o enfermeiro, facilitando a transmissão de informação, promovendo uma comunicação eficaz, facilitando a colheita de dados e a compreensão das necessidades dos familiares, e acima de tudo, facilitando o envolvimento da família no processo de cuidar da PSC, assim como na tomada de decisão.

No que se refere às situações de fim de vida, foi fundamental perceber a importância do envolvimento da família no processo de morte e desenvolver competências na transmissão de más notícias seja perante o utente em causa, seja perante a sua família. A utilização de protocolos como o protocolo SPIKES (Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy and summary) e uma comunicação adequada, facilitam a transmissão da notícia, permitem perceber melhor as necessidades de quem recebe a notícia e facilitam a aceitação da condição do utente. Para Cruz e Riera (2016), a comunicação deve abarcar o que a pessoa precisa saber, deve ser realizada de forma apropriada de modo a ser facilmente compreendida, e deve ser assegurado que toda a informação foi devidamente apreendida, demonstrando-se preocupação com a reação à notícia e com a retenção da informação.

Uma família bem informada e preparada para o final de vida do seu ente, terá maior capacidade de envolvimento no processo de morte, no apoio ao seu ente, no seu acompanhamento até ao final, promovendo o conforto e tranquilidade do mesmo.

Apesar deste protocolo não se encontrar formalmente instituído na UCI, a enfermeira orientadora, tinha sempre em consideração estes passos na transmissão de más notícias, o que se tornou uma mais valia no desenvolvimento de competências a este nível.

No que se refere à segunda competência específica da presente especialidade, o enfermeiro:

2 - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363)

Segundo a DGS (2010), *“num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções (...)”* (DGS, 2010, p.1), é recomendado que as instituições do Sistema Nacional de Saúde tenham elaborado um plano de emergência pronto a dar resposta a qualquer um dos cenários descritos, ou a outro que, pela sua dimensão, implique um desequilíbrio entre os recursos existentes e as necessidades despoletadas.

Estes planos de emergência não se devem encontrar estagnados, devendo sofrer análises periódicas, tendo em conta os aspetos envolventes a nível interno e externo, em constante

mutação. É ainda fundamental, que cada profissional reconheça de forma clara, o seu papel e ação no âmbito desta competência, uma vez que, uma situação de crise despoleta grande tensão, e não pode haver lugar para dúvidas, improvisos ou hesitação (DGS, 2010).

O ICN enfatiza a importância dos enfermeiros, na resposta a eventos catastróficos, como desastres naturais ou conflitos armados, prestando cuidados de enfermagem holísticos sob as condições mais adversas (Stewart et al., 2022).

Os enfermeiros compõem o maior grupo profissional de saúde capaz de trabalhar em situações difíceis e com capacidades limitadas, desempenhando um papel vital aquando a ocorrência de desastres ou situações de catástrofe, atuando como agentes de triagem prestadores de cuidados de saúde, coordenadores de cuidados e serviços e fornecedores de informação ou educação (ICN, 2019).

Uma vez realçada a relevância dos enfermeiros na temática desta competência, importa esclarecer alguns conceitos. Assim, segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), define-se: crise, como uma ação ou omissão induzida por uma organização (como um derrame de petróleo); desastre, como um fenómeno natural ou induzido por ação humana externa (como a explosão de um avião ou um atentado terrorista); catástrofe, como um acontecimento súbito e muitas vezes imprevisível, sendo constituído por um ou mais acidentes graves, de origem natural ou tecnológica, com capacidade de provocar elevados prejuízos materiais, vítimas e grande impacto socioeconómico, afetando áreas maiores que em casos de desastre (por exemplo, furacão Katrina ou tsunami de 2004 no sul da Ásia); e situação de exceção, como aquela que ocorre de forma pontual e é capaz de desencadear um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades identificadas (incêndios florestais, incêndios urbanos, inundações, acidentes com multi-vítimas...), sendo esta última, a mais frequente em território nacional (INEM, 2012).

No decorrer de ambos os estágios, não surgiu a oportunidade de participar ou atuar na prestação de cuidados ou em atividades relacionadas com situações de exceção, catástrofe ou emergência multi-vítimas, pelo que não foi possível participar na elaboração ou execução de planos de emergência, de evacuação ou reestruturação de serviços que dessem resposta a esses eventos. Assim, e de forma a fazer face a esta limitação, foi feita uma aposta em termos de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura sobre a “elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde” segundo a orientação da DGS 007/2010, o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro presente no Decreto-Lei n.º 72/2013 de 31 de maio, a Lei de Bases da Proteção Civil Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto, o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC), e o manual do INEM “Situação de Exceção” de 2012. Para esta pesquisa e recolha de informação, foi fundamental o contributo da unidade curricular Médico-Cirúrgica 3, onde foram abordados os documentos acima descritos, assim como temas

direcionados para as situações de exceção e catástrofe, conceção de planos de emergência ou mesmo abordagem à pessoa vítima de violência, maus-tratos ou negligência.

Salienta-se ainda, a aquisição de conhecimentos no decorrer do curso teórico-prático de trauma realizado no decorrer do primeiro ano letivo, International Trauma Life Support (ITLS) ministrado pela entidade Femédica (Formação e Emergência Médica), através da simulação de cenários de situações de desastre, acidente ou catástrofe, com multi-vítimas, que exigiam a triagem e abordagem das mesmas em ambientes não controlados. Estas simulações repetidas, e subsequentes análises reflexivas sobre as mesmas, contribuíram para o desenvolvimento de competências nesta área.

Neste curso foi treinada a capacidade de resposta em cenários com vitimas de trauma, avaliação de condições de segurança, exame primário e secundário, abordagem mais adequada à vítima de trauma, e como providenciar o seu transporte e evacuação, fazendo a melhor articulação possível com o local de saúde de receção das vítimas. Este curso foi concluído com sucesso, pelo que se consideram adquiridas estas competências, e cujo certificado se remete para o anexo 7.

No estágio que decorreu no SUG, foi fácil ter contacto com a triagem de Manchester já mencionada no capítulo 2 deste relatório. No entanto, em contextos multi-vítimas, a triagem adquire outros contornos. A triagem é um sistema utilizado para racionalizar recursos quando o número de vítimas a necessitar de apoio, ultrapassa os recursos disponíveis (INEM, 2012).

Em ambiente hostil e com meios de socorro limitados, o propósito da triagem é salvar o maior número de vidas possível, assegurando a melhor prestação de cuidados tendo em conta os recursos disponíveis. Assim, num cenário multi-vítimas, surge a triagem primária que se baseia no método “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START). As vítimas são assim divididas por prioridades, em quatro categorias, seguindo um fluxograma (vermelho para vítima emergente, amarelo para vítima grave, verde para vítima não grave, e preto quando morto) (INEM, 2012).

O fluxograma encontra-se concebido para que a triagem de um elevado número de vítimas seja realizada de forma célere e assenta em discriminadores muito simples (vítima anda? está ferida? respira? frequência respiratória e frequência cardíaca) (INEM, 2012).

Após esta primeira fase, ocorre a triagem secundária, que pretende triar de forma mais precisa, um número ainda elevado de vítimas. Esta triagem baseia-se no método Triage Revised Trauma Score (TRTS) que consiste na categorização das vítimas através da atribuição de uma pontuação obtida com base em três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (através da escala de comas de Glasgow) e pressão arterial sistólica. As vítimas são assim novamente divididas por ordem de prioridade, garantindo um atendimento mais rápido aos pacientes mais graves (INEM, 2012).

Foi também importante, compreender a relevância do PNEPC, em caso de emergência ou catástrofe a nível nacional. Este instrumento serve de suporte às operações de proteção civil, na iminência ou ocorrência de eventos graves ou catastróficos em Portugal. O Plano tem como objetivo “(...) *minimizar a perda de vidas e bens e os danos ao ambiente, assim como o restabelecimento, tão rápido quanto possível, das condições mínimas para a normalidade*”, articulando-se com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil e com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil, os quais descrevem nas respetivas áreas de abrangência territorial “(...) *a atuação das estruturas de proteção civil e referenciam as responsabilidades, o modo de organização e o conceito de operação, bem como a forma de mobilização e coordenação dos meios e recursos indispensáveis na gestão do socorro*” (Comissão Nacional de Proteção Civil, 2019, p.5).

O PNEPC assume-se assim, como uma plataforma preparada para dar resposta de forma organizada, a eventos como acidentes graves ou catástrofes, determinando as estruturas de coordenação, direção, comando e controlo, e regularizando a forma como é garantida a coordenação institucional e a intervenção das organizações que fazem parte integrante do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, assim como de outras entidades públicas ou privadas envolvidas nas operações (Comissão Nacional de Proteção Civil, 2019).

No que se refere a ambos os locais de estágio, SUG e UCI, procurou-se conhecer os planos de emergência e catástrofe das instituições, analisando-os tendo por base a orientação n.º 007/2010 da DGS, já acima referida.

Assim, no que diz respeito ao Plano de Segurança Interno do Hospital onde decorreu o estágio em contexto SUG, este foi aprovado pelo Conselho de Administração em julho de 2018 e integra, entre outros, o Plano de Emergência Interno e o Plano de Evacuação (CHBM, 2018). O Plano de Emergência Interna do SUG é revisto periodicamente, e são realizados simulacros regularmente, por forma a manter os profissionais preparados em caso de ocorrência de eventos que exijam a ativação destes planos.

O SUG possui um disporitor onde se encontram alocados 20 Kits de catástrofe, os quais são compostos por materiais como pulseiras, cartões com níveis de alerta, folhas de registo, entre outros. Existe ainda neste serviço, um grupo de trabalho constituído por enfermeiros, os quais são responsáveis pela formação da equipa em triagem em catástrofe, e pela manutenção destes Kits.

A análise do Plano de Emergência Interna do SUG e do Plano de Evacuação conjuntamente com a enfermeira orientadora, facilitou a sua compreensão, permitindo conhecer como todo o processo se deve desenrolar em caso de catástrofe ou necessidade de evacuação, e qual o papel de cada profissional.

Já o centro hospitalar onde decorreu o estágio final, possui um Plano de Emergência Externa/Catástrofe, o qual tem como finalidade, avaliar as vulnerabilidades particulares desta

organização, os riscos previstos, a disponibilidade de recursos e meios existentes, assim como as ações a desenvolver pela sua estrutura interna nos eventos de emergência que ocorram fora do centro e que sem o afetar diretamente, possam interferir com o seu funcionamento (Comissão de Catástrofe, 2023).

No seu planeamento e execução, encontram-se envolvidas todas as unidades funcionais, os Agentes de Proteção Civil e as autoridades Cíveis e Militares, em conformidade com a legislação em vigor. A atualização deste Plano e a sua implementação, resultam da necessidade de reforçar a prevenção, o planeamento e a atuação coordenada do centro hospitalar em resposta a uma situação de exceção, assegurando o cumprimento da orientação n.º 07/2010 da DGS (Comissão de Catástrofe, 2023).

Para um planeamento eficaz e consequentes ações de previsão e prevenção, é essencial uma avaliação dos fatores de risco e das vulnerabilidades inerentes à região onde o centro hospitalar se integra. Assim, os fatores de risco identificados, passíveis de tornar a cidade vulnerável a acidentes suscetíveis de provocar vítimas em número elevado, são: inundações, sismos, incêndios florestais, deslizamentos, desmoronamentos, situações meteorológicas extremas, colapso de edifícios, colisões de grande número de veículos, acidentes com transportes coletivos, acidentes industriais, incêndios urbanos, acidentes com transportes de mercadorias perigosas, incidentes decorrentes de eventos públicos envolvendo um elevado número de participantes ou espetadores (Comissão de Catástrofe, 2023).

Durante uma situação de Catástrofe, é o Gabinete de Crise, o responsável pela coordenação das operações, presidido pelo Diretor de Emergência, sendo, na sua ausência, substituído pelo Diretor Clínico. Assim, é o Gabinete de Crise, que ativa ou autoriza a ativação do Plano de Catástrofe, define o nível de resposta hospitalar (1, 2 ou 3), comunica a ativação do Plano à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, comunica com as Autoridades de Segurança Pública, no sentido de articular com a segurança interna do centro hospitalar, a segurança dos doentes, dos profissionais, do perímetro do hospital e as vias de comunicação e de evacuação, mobiliza os meios e recursos necessários e declara o fim do evento, procedendo ao respetivo “*debriefing*” (Comissão de Catástrofe, 2023).

Seguidamente existe o Centro de Comando, responsável pela organização, coordenação e localização dos órgãos de execução (como grupo de operações, grupo de logística ou gabinete de comunicação). O grupo de operações, é por sua vez, responsável pela organização e coordenação de todas as atividades de atendimento e tratamento das vítimas, sendo presidido pelo responsável do SUG polivalente.

A identificação das vítimas é feita através de números sequências, presentes em pulseiras que se encontram nos Kits de Catástrofe.

Quanto aos níveis de emergência hospital que condicionam os níveis de resposta, dividem-se em 3. O nível 1, corresponde a uma catástrofe de reduzida dimensão, com menos de 20

vítimas e sem necessidade de ativar outros meios, para além dos que já se encontram em funções na instituição. O nível 2, corresponde a uma catástrofe de dimensão razoável, que gera de 21 a 40 vítimas, e em que já é necessário ativar meios para além dos que funcionam em permanência no SUG. O nível 3, corresponde a uma catástrofe grave na comunidade, que gera mais de 40 vítimas e implica todos os recursos disponíveis e reorganização das unidades clínicas (Comissão de Catástrofe, 2023).

Quanto às UCI's, várias destas unidades encontram-se dispersas pelos diversos polos do centro hospitalar, o que pode dificultar uma resposta efetiva às necessidades dos doentes críticos admitidos no SUG. Neste sentido, surge um Plano de Contingência, que permite agilizar o processo de mobilização dos doentes e dos recursos humanos e materiais, face a um evento adverso. Em caso de multi-vítimas, as UCI's devem reorganizar-se internamente, transferindo para as enfermarias os doentes cujas situações clínicas assim o permitam, de forma a permitir a gestão de todo o espaço possível, de acordo com as solicitações (Comissão de Catástrofe, 2023).

Contrariamente ao que ocorre em situações de catástrofe envolvendo vítimas de trauma, perante uma pandemia ou eventual ataque biológico, a maioria das mortes ocorrerá durante o internamento. Torna-se então, essencial a reorganização do espaço físico do SUG, de forma a otimizar a sua capacidade e minimizar o risco de contágio, criando-se um circuito alternativo. Todos estes processos se encontram previstos, devidamente planeados e descritos no Plano de Catástrofe, subdivididos em várias fases, de modo a facilitar a sua implementação.

É ainda, da responsabilidade da Comissão de Catástrofe, a promoção de ações de formação e treino, de forma a melhorar a capacidade de resposta do centro hospitalar, dotando os profissionais de competências que permitam a otimização dos processos, seja quanto a procedimentos do Plano de Catástrofe, seja quanto à prestação de cuidados de saúde às vítimas. São assim, realizados simulacros bianualmente (Comissão de Catástrofe, 2023).

Relativamente à UCI onde decorreu o estágio final, existiam procedimentos de segurança direcionados para situações de incêndio e evacuação, com posters informativos afixados no serviço. Todas as unidades funcionais do centro hospitalar, incluindo a UCI em causa, possuem planos de evacuação definidos e estruturados e elementos responsáveis por dinamizar toda a informação referente a esta temática, perante os restantes profissionais de cada serviço.

No que respeita a situações de incêndio, existe um procedimento sectorial de atuação, o qual dita ser dever e responsabilidade de todos os profissionais, saberem atuar com extintores portáteis, sendo mandatária a formação sobre "Utilização Prática de Extintores Portáteis", em conformidade com o planeamento anual elaborado pela Área da Gestão da Formação e pelo Gabinete de Segurança (Santos et al., 2022).

De acordo com este procedimento, em caso de incêndio, as etapas a seguir são: acionar o botão de alarme ou ligar para o número de emergência do centro hospitalar fornecendo

informações como identificação individual e do local de incêndio, e meios materiais e meios humanos afetados; tentar extinguir o incêndio recorrendo aos extintores presentes na zona afetada, sem correr riscos; aguardar em local seguro a chegada de um membro das Equipas de Emergência e seguir as suas instruções; se não for possível extinguir o incêndio com extintor, abandonar a área, fechando todas as portas e janelas se possível; ligar novamente o número de emergência a informar do insucesso da tentativa de extinção do incêndio; se necessário, colaborar na evacuação da área, seguindo o plano de evacuação do sector afetado, deslocando os ocupantes do local de perigo; não utilizar elevadores (Santos et al., 2022).

Relativamente à prática de enfermagem perante vítimas ou possíveis vítimas da prática de crime, importa compreender a magnitude desta problemática. De acordo com Nery et al. (2014), a violência tornou-se uma das maiores preocupações quotidianas no seio das sociedades, adquirindo um carácter endémico e transformando-se num problema de saúde pública, dado o elevado número de vítimas e a gravidade das sequelas orgânicas e emocionais geradas. Assim, define-se violência como a prática intencional de força ou poder, por meio de ameaça ou agressão física, contra o próprio, outra pessoa ou mesmo contra um grupo ou comunidade, podendo resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação (Nery et al., 2014).

São os enfermeiros, nos serviços de urgência, que atuam frequentemente no atendimento às vítimas de situações de crime, possuindo por isso, oportunidades privilegiadas para identificação, recolha e preservação de vestígios da prática de crime. Tais vestígios, constituem elementos fundamentais para o sucesso da investigação criminal (Silva et al., 2022).

Neste sentido, o centro hospitalar em abordagem possui dois procedimentos multisectoriais que orientam os procedimentos a adotar perante a identificação de pessoa vítima ou suspeita de violência sexual, e perante a pessoa vítima ou suspeita de maus-tratos/negligência, por serem estes os casos mais comuns no contexto deste SUG.

A violência sexual representa um sério problema de saúde pública, dadas as suas consequências físicas, emocionais e sociais. Este tipo de crime pode ser de natureza pública (processo criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia para que o Ministério Público promova o processo) ou semi-pública, tendo cada um deles, uma moldura penal específica. É, portanto, fundamental, que todos os profissionais de saúde tenham conhecimento da legislação nesta área, tanto no que respeita à proteção das vítimas, como no direito penal, especialmente no que se refere à denúncia dos crimes com os quais se deparam no exercício das suas funções (Silva et al., 2022).

Admitir experiências de agressão sexual, relatá-las ou mesmo denunciá-las, pode se tornar uma difícil e penosa tarefa para as vítimas, seja pelos sentimentos de vergonha gerados, medo de discriminação e de represálias, auto culpabilização ou pela convicção acerca da falta de apoio institucional. Desta forma, sempre que surja uma evidência ou suspeita violência/prática de crime

sexual, os profissionais devem agir de acordo com o respetivo procedimento sectorial (Silva et al., 2022).

Sendo uma temática do foro íntimo, é necessária uma abordagem mais cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, tanto ao nível da prevenção, como da deteção e intervenção, principalmente no que diz respeito ao exame físico e recolha de provas (Silva et al., 2022).

Posto isto, e segundo os mesmos autores, sempre que uma vítima de alegada violência sexual se dirige ao SUG, devem ser seguidas as orientações do procedimento multisectorial, as quais se encontram esquematizadas num fluxograma. A pessoa é então avaliada pelo enfermeiro que segue um protocolo próprio para estes casos, na triagem de Manchester, sendo posteriormente examinada e avaliada pelo médico. A vítima é questionada acerca da pretensão na recolha de provas, a qual pode negar. Em caso afirmativo, é contactado o Instituto Nacional de Medicina Legal. São realizados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente serologias e a vítima é depois, acompanhada pelo enfermeiro, que deve facilitar o contacto com uma pessoa significativa, e fornecer informações sobre a preservação de possíveis vestígios biológicos. O exame pericial é realizado por um perito do Instituto de Medicina Legal com a colaboração do enfermeiro do SUG. No final é feito o encaminhamento para as consultas de infeciologia e psicologia clínica. Deve ainda ser proposto o encaminhamento para associações de apoio, como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (Silva et al., 2022).

Quanto à violência doméstica, esta pode incluir situações de maus tratos contra crianças, jovens, adultos e idosos, especialmente quando estas sucedem no seio de relações de proximidade familiar ou outra, e que muitas vezes se prolongam ao longo do ciclo de vida ou mesmo entre gerações. Inclui também, a prática de violência contra pessoas em situação de sem-abrigo ou em situação de vulnerabilidade (Cunha et al., 2022).

Perante a Lei nacional, este tipo de violência enquadra-se no Artigo n.º 152 do Código Penal, sendo considerada crime público, isto é, o processo criminal não se encontra dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia para que o Ministério Público promova o processo (Cunha et al., 2022).

Relativamente à violência contra pessoas adultas e idosas, a identificação de fatores de risco, e sinais associáveis a maus tratos, quando detetados isoladamente, não permitem estabelecer de imediato, um diagnóstico de maus tratos. Apenas ajudam os profissionais de saúde a reconhecer as situações de vulnerabilidade da pessoa vítima ou suspeita de maus tratos/negligência. Ressalva-se que a existência de cuidadores formais e informais, violentos merece especial atenção, tendo em conta a limitação das capacidades de autodefesa e de pedir ajuda externa, por parte da vítima (Cunha et al., 2022).

Quanto aos casos de negligência, esta pode ser considerada como ativa, quando intencionalidade no comportamento por parte de quem o pratica, ou passiva quando resulta da ignorância ou da negação por parte deste, no que se refere à insuficiência ou ausência dos

cuidados prestados, ou ainda quando existe um contexto de privação extrema, isto é, quando a vítima é privada de cuidados básicos, como alimentação e higiene (Cunha et al., 2022).

Os maus tratos podem ainda se traduzir através de atos de violência física ou psicológica. Assim, perante uma vítima ou suspeita de maus tratos/negligência, devem ser cumpridas as orientações do respetivo procedimento sectorial, o qual dita que o enfermeiro deve: estar atento a eventuais sinais que possam indiciar maus tratos ou negligência; colher a história do doente, incluindo informação das equipas do pré-hospitalar ou outras entidades (centros de saúde, assistentes sociais, PSP, entre outras); sinalizar a situação (seja suspeita ou confirmada) ao médico responsável pelo doente; se a potencial vítima for uma pessoa em situação de vulnerabilidade, deve ser realizado o encaminhamento à Área de Apoio Social do centro hospitalar, para que o assistente social prossiga com o devido encaminhamento (Cunha et al., 2022).

Seguidamente, deverá ser estabelecido um plano de intervenção em conjunto com a pessoa suspeita ou vítima de maus tratos/negligência, a qual será posteriormente referenciada às autoridades competentes. Mas se a potencial vítima, for uma pessoa não vulnerável, é necessário incentivar a mesma a referenciar a sua situação às autoridades competentes, sinalizando sempre a situação à Área de Apoio Social. Por fim, o médico deverá encaminhar a pessoa para consulta de psicologia clínica, sempre que considerar esta referência pertinente (Cunha et al., 2022).

Por fim, no que diz respeito à última competência específica do EEEMC-PSC, este:

3 - “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”
(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19364)

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), constituem problemas relacionados, cuja importância tem vindo a crescer a nível mundial (DGS, 2017).

Definem-se como IACS, as infeções associadas à prestação de cuidados, “(...) onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários)” (DGS, 2008, p.6).

Segundo a DGS (2017), é responsabilidade das IACS, o aumento da mortalidade e morbidade, o prolongamento de internamentos e o agravamento de custos no âmbito da saúde. Como consequências, verifica-se um aumento da pressão geradora de RAM, dado o maior

recurso a antibióticos, colocando em causa a qualidade dos cuidados e ameaçando a segurança da população.

Para dar resposta a esta problemática, surge o PPCIRA, criado em 2013, como um programa prioritário de saúde. A sua missão foca-se na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, na promoção da utilização sensata de antimicrobianos, e na redução da resistência a antimicrobianos, assim como da transmissão de microrganismos resistentes. Isto por meio de intervenções de melhoria da qualidade, educativas e comportamentais (DGS, 2021).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, as IACS assumem especial relevância no que se refere à PSC. À medida que surgem tecnologias cada vez mais sofisticadas e invasivas com o intuito de aumentar a esperança de vida, o elevado número de doentes submetidos a antibioterapia e terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Posto isto, compreende-se a importância do papel dos enfermeiros na prevenção e controlo das IACS, uma vez que, ocupam uma posição privilegiada junto dos doentes, pela sua proximidade no decorrer da prestação de cuidados. Assim, e no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, o Regulamento mencionado enaltece intervenções do EEEMC-PSC como: a elaboração de planos de prevenção e controlo de infeção; a colaboração na conceção de estratégias de prevenção e controlo da infeção; a liderança na implementação de planos de intervenção e controlo de infeção, principalmente no que se refere à implementação de procedimentos e circuitos, tendo em conta as vias de transmissão; a formação e capacitação das equipas de profissionais na esfera da prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados de saúde à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

De acordo com o PNSD 2021-2026, no âmbito das práticas seguras em ambientes seguros, um dos objetivos estratégicos consiste na redução das IACS e das RAM (Ministério da Saúde, 2021). Neste sentido, a DGS tem criado normas e recomendações de boas práticas, tais como a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (DGS, 2019), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS, 2022a), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2022b), Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) (DGS, 2013), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022c), Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados (DGS, 2015) e “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022d).

De acordo com o PPCIRA, a higiene das mãos é a medida mais eficaz, simples e económica a adotar pelos profissionais de saúde na prevenção das IACS, denotando-se um aumento da adesão das unidades de saúde à monitorização desta prática (DGS, 2017).

A adesão ao cumprimento da prática da higiene das mãos teve um aumento progressivo desde 2016, sendo que entre 2019 e 2020 (período pandémico) a taxa de cumprimento global aumentou de 75,7 para 82,7% (DGS, 2021).

Assim, a norma 007/2019 da DGS, recomenda a adoção do modelo da OMS para a higiene das mãos, o qual inclui: os “5 momentos” para a higiene das mãos, dando indicações sobre medidas gerais que assegurem a correta higiene das mãos, assim como técnicas de higienização das mãos que garantam a sua eficácia e indicações para monitorização destes procedimentos (DGS, 2019).

Mais uma vez, segundo o PPCIRA, entre 2015 e 2020, registou-se uma redução da incidência da taxa global de Infeção de Local Cirúrgico (ILC) (DGS, 2021). Para este efeito, salienta-se o contributo da norma 020/2015 da DGS, atualizada em 2022, a qual define “Feixes de Intervenção” para a prevenção da ILC.

Segundo esta norma, as ILC encontram-se entre as IACS mais comuns em Portugal, motivando internamentos hospitalares mais prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais, resultando em maior mortalidade e morbilidade, e conseqüentemente, elevados custos em saúde. Esta norma emana diretrizes em termos de intervenções a serem implementadas nas fases pré, intra e pós-operatórias, como a realização de rastreios microbianos, medidas que asseguram a antissépsia da pele, e recomendações na realização dos pensos (DGS, 2022a).

Relativamente à pneumonia associada à intubação endotraqueal em UCI de adultos, de acordo com o PPCIRA, em 2016 a incidência foi de 7,1 por 1000 dias de intubação (DGS, 2017).

Entre 2015 e 2019, nas UCI adultos, registou-se uma diminuição da taxa global de incidência das pneumonias associadas à intubação, em 28,8%, sendo que, entre 2019 e 2020 ocorreu o oposto, registando-se um aumento da taxa de pneumonia, provavelmente em consequência do período pandémico (DGS, 2021). Neste sentido destaca-se a norma 021/2015 da DGS, atualizada em 2022, a qual emana orientações relativas ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Segundo esta norma, a pneumonia associada à intubação traqueal é considerada a infeção adquirida com mais frequência em serviços de Medicina Intensiva, motivando o aumento da duração da VMI, o aumento do consumo de antibióticos e da duração dos internamentos, provocando conseqüentemente, maior mortalidade, morbilidade e custos associados (DGS, 2022b).

A norma recomenda intervenções relacionadas com a sedação, com a extubação precoce, com o posicionamento do doente, com a higiene oral e com a monitorização de pressão do cuff do tubo endotraqueal (DGS, 2022b).

No ano de 2014, o PPCIRA deu início à promoção global das PBCI, implementando a Estratégia Multimodal das precauções básicas. As PBCI são consideradas regras de boas práticas e como tal, devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, com vista a minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017).

Entre 2015 e 2020, registou-se um aumento do cumprimento global das intervenções recomendadas na Estratégia Multimodal para as PBCI, na ordem dos 6,5%. Entre 2019 e 2020, os componentes das PBCI onde se registou maior taxa de cumprimento, foram: alocação de doentes após avaliação do risco individual para infeção, etiqueta respiratória, controlo ambiental e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (DGS, 2021).

Nesta sequência, encontra-se a norma 029/2012 da DGS, atualizada em 2013, segundo a qual, as PBCI se destinam a prevenir a transmissão de infeção proveniente de infeções conhecidas ou não. As potenciais fontes de infeção abrangem elementos como sangue ou outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, material ou equipamento utilizado na prestação de cuidados, passível de contaminação pelas referidas fontes. As PBCI devem ser aplicadas perante todos os utentes, independentemente de ser conhecido o estado infeccioso dos mesmos, ou não. O propósito prende-se com a garantia da segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas que entrem em contacto com os serviços de saúde (DGS, 2013).

A referida norma, emana recomendações acerca de práticas como a avaliação do risco de transmissão dos agentes infecciosos e colocação do doente no local mais adequado consoante essa avaliação, a correta utilização de EPI, procedimentos de descontaminação de equipamento clínico, procedimentos de limpeza, higiene das mãos, etiqueta respiratória, entre outros (DGS, 2013).

O PPCIRA refere ainda que entre 2015 e 2019, nas UCI adultos, registou-se um aumento da bacteriemia associadas ao Cateter Venoso Central (CVC), sendo que, entre 2019 e 2020 verificou-se o contrário, registando-se uma diminuição da taxa de bacteriemia associada ao CVC (DGS, 2021).

Neste sentido, é abordada a norma 022/2015 da DGS, atualizada em 2022, a qual remete para o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Segundo esta norma, a infeção da corrente sanguínea associada à presença de CVC, está relacionada com o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade, e conseqüente aumento dos custos em saúde. Este tipo de infeção é em larga medida evitável, caso sejam corretamente utilizadas as orientações emanadas pela presente norma, quanto à colocação e manutenção do CVC, baseadas na mais recente evidência (DGS, 2022c).

As recomendações da norma são direcionadas para cuidados a ter aquando da colocação do CVC, (nomeadamente no que respeita aos cuidados de assepsia, correta utilização de equipamento estéril ou utilização de equipamento de barreira de proteção, como máscara cirúrgica e touca) e aquando da sua manutenção (vigilância de sinais inflamatórios, troca de penso de forma adequada, protocolos de troca de penso, descontaminação dos pontos de acesso dos lumens, entre outros) (DGS, 2022c).

Um dos agentes etiológicos mais frequentemente causador de IACS sendo RAM, é o *Staphylococcus aureus* meticileno resistente (MRSA), pelo que se considerou importante a sua

abordagem na sequência da temática da prevenção das infeções. O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria que coloniza as narinas, sendo este o reservatório primário, e outros locais do corpo como axilas, faringe ou lesões cutâneas. Este agente é capaz de provocar doença em tecidos anteriormente saudáveis, e em qualquer região do corpo humano, desde que exista alguma solução de continuidade que permita o seu acesso aos tecidos vizinhos ou corrente sanguínea. O risco de infeção aumenta na presença de material protésico ou cateteres intravasculares (DGS, 2015).

As primeiras estirpes resistentes à meticilina, foram registadas em 1961, após a introdução desta penicilina sintética, a qual foi criada com vista a ultrapassar a resistência à penicilina. O MRSA surgiu, muito provavelmente, na sequência da pressão seletiva do uso de antibióticos. Na Europa, estima-se que as infeções por MRSA contagem mais de 150.000 doentes por ano, e entre 2011 e 2012, foi considerado o agente responsável por 12,3% das IACS, ficando em segundo lugar como agente mais frequentemente identificado num grupo de infeções heterogéneo (DGS, 2015).

Num estudo realizado em Hospitais Portugueses em 2012, o MRSA foi identificado como o agente mais frequente, com uma taxa de resistência à meticilina de 80%, e tendo sido o principal responsável pelas pneumonias (25%), ILC (24,8%) e bacteriémias (18,6%) (DGS, 2015).

Assim, surgiu a norma 018/2014 da DGS, atualizada em 2015, direcionada para a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção MRSA nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Esta norma emana orientações relativa a cuidados como higiene corporal com produtos com clorhexidina na sua composição, procedimentos de rastreios, procedimentos para descolonização, utilização de EPI, orientações para isolamento, entre outros (DGS, 2015).

Uma vez que em UCI, a presença de cateter vesical é uma constante, considerou-se relevante abordar a temática da prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical. De acordo com a DGS (2022d), a infeção urinária associada ao cateter vesical é considerada das mais frequentes infeções a nível hospitalar, e é o evento adverso mais importante, associado ao uso deste cateter.

Também este tipo de infeção é reconhecido como sendo evitável em larga medida, sempre que a estratégia passa pela redução do número de algaliações desnecessárias e pelo cumprimento das orientações da DGS referentes à sua colocação e manutenção (DGS, 2022d).

Desta forma, é apresentada a norma 019/2015 da DGS, atualizada em 2022, e que remete para o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. As orientações emanadas por esta norma, são direcionadas para intervenções relacionadas com o cumprimento de técnica asséptica durante a colocação e manuseamento do cateter, cuidados de higiene ao meato urinário, manuseamento correto do saco coletor, entre outros (DGS, 2022d).

Para além dos documentos abordados, foi essencial para o desenvolvimento desta competência, o contributo dos conteúdos lecionados na unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica 5, assim como o trabalho desenvolvido no seu decorrer, que como já foi anteriormente referido, traduziu-se na elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção.

Durante os períodos de estágio, principalmente no estágio final, foi feita uma pesquisa acerca de procedimentos e protocolos internos na área da prevenção das IACS, percebendo-se que os mesmos foram elaborados de acordo com as recomendações nacionais mais recentes, havendo um investimento visível por parte da equipa da UCI, em implementar e cumprir as respetivas orientações. A equipa possui ainda, grupos de trabalho e elementos referenciados como elos de ligação à equipa do PPCIRA do centro hospitalar, responsáveis pela formação em serviço, auditorias e atualização de procedimentos.

Foi possível assistir à realização de auditorias referentes à higiene das mãos, as quais eram efetivadas através da observação dos momentos de lavagem e desinfeção das mãos durante a prestação de cuidados por parte de enfermeiros e assistentes operacionais, e cujos resultados eram posteriormente apresentados à equipa em termos percentuais, de modo a ser perceptível quais as necessidades de melhoria e quais os momentos do processo da higienização das mãos mereciam maior atenção e investimento.

Durante a prestação de cuidados à PSC, foram sempre tidos em conta os conhecimentos adquiridos, havendo uma constante preocupação no cumprimento das orientações e recomendações instituídas no serviço no que concerne a esta temática, por forma a assegurar a prevenção e controlo das IACS com base nas melhores práticas. Neste sentido, ocorreram vários momentos de reflexão conjuntamente com a enfermeira orientadora, fazendo uma avaliação e análise das nossas práticas e das práticas dos restantes elementos das equipas, por forma a identificar lacunas e ter a possibilidade de intervir junto dos pares, incentivando a melhoria de práticas. Por exemplo, alguns elementos utilizavam a técnica “*no touch*” na realização de pensos de CVC ou LA, em vez de técnica assética. Também a realização das barbas nos utentes do sexo masculino, aquando dos cuidados de higiene, era muitas vezes um cuidado descuidado. Tendo em conta que o local preferencial de abordagem e colocação de CVC eram as veias jugulares (por forma a evitar situações de pneumotórax), nos utentes com barba, era muito difícil os pensos aderirem com eficácia, pelo que foi observado por diversas vezes, pensos mal adaptados ou mesmo completamente desadaptados da pele, deixando o local de inserção dos cateteres frequentemente exposto. Acrescendo ao facto destes doentes se encontrarem em situação de instabilidade, vulnerabilidade acrescida e muitas vezes imunossuprimidos no contexto de transplantação, o risco de infeção tornava-se sobejamente maior. Foi feito este reparo perante a enfermeira orientadora, reflexão e foram incentivados os pares a mudar estas práticas.

Durante os cuidados à pessoa sob VMI, era sempre tido em consideração o feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação, prestando cuidados à luz das boas práticas. Assim, havia sempre o cuidado de adotar medidas como, manter a cabeceira do leito elevada num ângulo igual ou superior a 30º, evitando momentos prolongados de posição supina, a realização da higiene oral com clorhexidina solução de lavagem oral, uma vez por turno ou em caso de necessidade, a aspiração de secreções em sistema fechado, e a monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal.

Ainda, indo de encontro à prevenção da infeção, durante o período de visitas, era explicado às famílias a importância da higiene das mãos, como e em que momentos o fazer, assim como o uso de equipamento de proteção, como máscara cirúrgica, avental ou bata e luvas. Estas recomendações eram dirigidas consoante a tipologia da cirurgia do utente, com transplante ou sem transplante, pela imunossupressão e maior risco de infeção associado aos doentes transplantados. Todas estas recomendações também se encontram explícitas no Guia de Acolhimento à Família da PSC desenvolvido neste relatório.

5 CONCLUSÃO

A Enfermagem, enquanto ciência e profissão, apresenta imensos desafios, nomeadamente na área da formação, dada a amplitude de competências que abarca nas mais diversas áreas, e tendo em conta a constante evolução e atualização de tecnologias na área da saúde, de cuidados e intervenções de enfermagem, de procedimentos e orientações clínicas. Surgiu assim, a necessidade de apostar neste mestrado, com vista a fazer face a vários destes desafios, atualizando, adquirindo e desenvolvendo conhecimentos e competências direcionados para o cuidado à PSC, por ser esta uma área de particular interesse pessoal e ao mesmo tempo, com a finalidade de prestar os melhores cuidados com base nas boas práticas, ao doente crítico, muitas vezes hemodinamicamente instável com o qual nos deparamos frequentemente no atual local de exercício de funções.

O presente relatório surge como o culminar deste processo de aprendizagem, refletindo todo o trabalho desenvolvido ao longo dos dois anos académicos inerentes a este curso, espelhando as atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio, assim como as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo desse percurso.

Desta forma, optou-se por começar pela exposição de um enquadramento teórico que fundamentasse a temática escolhida, e um enquadramento conceptual onde foi abordado o referencial teórico no qual este trabalho se sustenta.

A temática do cuidado à família, incluindo-a no processo de cuidados de saúde em paralelo com o cuidado ao utente, encontra-se longe de ser uma novidade, sendo uma problemática já bastante trabalhada e sobejamente debatida. No entanto, é um tema que continua a ser bastante subvalorizado na maioria dos serviços e unidades de saúde, principalmente na área dos cuidados intensivos. Frequentemente em contexto de UCI, o constante foco e preocupação dos enfermeiros em gerir toda a tecnicidade e tecnologia que rodeia a PSC, com vista a recuperar e manter a sua estabilidade hemodinâmica, faz com que o cuidado e a preocupação com a família sejam desvalorizados e descurados. Tornou-se assim, fundamental, refletir e alertar para a importância da família no processo de recuperação da pessoa e das vantagens da sua parceria no processo de cuidar do seu ente. Mas para que esta parceria tenha sucesso, importa também cuidar da família em si, de forma a promover nesta, as melhores condições emocionais e até físicas, proporcionando-lhe estrutura para conseguir apoiar e cuidar do seu familiar.

A família é muitas vezes um pilar fundamental na estrutura emocional da PSC e a sua presença, apoio e participação nos cuidados a prestar, pode fazer toda a diferença no processo de recuperação do utente. No entanto, a admissão da PSC na UCI e o próprio contexto físico destas unidades rodeadas de equipamentos e ruídos estranhos à família, são propícios a desencadear um impacto negativo nos familiares, despoletando sentimentos de preocupação,

ansiedade, medos e receios, tristeza, angústia e depressão. Importa por isso, perceber as necessidades dos familiares, demonstrando disponibilidade e preocupação com vista a construir uma relação terapêutica com base na confiança e empatia, envolvendo a família no centro dos cuidados de uma forma holística e humanizada. Deste modo torna-se possível promover o envolvimento dos familiares no cuidado à PSC, retirando daí vantagens de ambas as partes, já que a família se vai sentir útil no processo de recuperação da pessoa, e esta, por sua vez, vai sentir segurança e apoio na presença dos seus familiares.

Considerou-se que o ponto de partida para o início deste processo junto das famílias, se encontrava no momento do seu acolhimento à unidade, logo após a admissão da pessoa, ou seja, no primeiro impacto com o ambiente da UCI e com o utente em si, constituindo-se esta, como uma oportunidade privilegiada para atuar junto dos familiares, estabelecer uma relação terapêutica e minimizar o impacto negativo que estas circunstâncias podem gerar na família.

A ausência de uma Norma de Acolhimento à família da PSC ou mesmo de um Guia de Acolhimento, evidenciou a necessidade deste serviço em termos de investimento nesta área. O tema foi então abordado, debatido e alvo de reflexão junto da enfermeira orientadora, da enfermeira gestora do serviço e do professor orientador, com um feedback bastante positivo, pelo que ficou definida como temática do relatório, "Acolhimento à Família da PSC em UCI".

Tendo em conta que, em contexto de UCI, pessoas e familiares atravessam processos complexos de doença, com implicações a nível do conforto e autonomia na PSC, a nível socioeconómico tanto por parte da pessoa como dos familiares (perturbando rotinas de trabalho com implicações a nível profissional, rotinas com filhos ou outros dependentes, ou outros prejuízos) e a nível emocional, considerou-se pertinente a aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis como alicerce ao trabalho desenvolvido neste relatório.

A doença súbita que surge na vida da pessoa alterando-a de forma repentina, revela-se um processo de transição tanto para a pessoa como para a sua família, já que se consideram como transições, processos despoletados por eventos críticos e alterações ou mudanças, em pessoas ou ambientes. Assim, uma pessoa que passa de um estado de bem-estar, para um estado de doença crítica ou, para uma situação pós-cirúrgica complexa com necessidade de cuidados diferenciados em UCI, essa pessoa encontra-se a atravessar uma transição saúde-doença.

E a família, ao passar pela experiência de ver o seu ente em estado crítico, num ambiente que lhe é estranho e desconhecido, atravessa também processos de transição saúde-doença. Dentro destes processos de transição major, podem existir muitos outros. O simples fato de um utente passar de uma alimentação entérica por sonda nasogástrica para alimentação por via oral, constitui em si, um processo de transição.

Perante estes processos de transição, cabe ao enfermeiro criar estratégias que promovam o conforto do utente e família, apoiando e capacitando os mesmos para gerir da melhor forma

possível, o problema de saúde atual e as repercussões emocionais e socioeconómicas que essa situação acarreta, por forma a facilitar e promover processos de transição saudáveis.

Toda a temática foi devidamente fundamentada com base na mais recente evidência científica, tendo sido realizada uma revisão scoping que ajudou a sustentar e a dar consistência ao tema defendido, tendo servido como importante contributo no desenvolvimento do PIP.

Por forma a facilitar a compreensão das atividades desenvolvidas, assim como a construção e implementação do PIP, foi feita uma descrição pormenorizada dos contextos de estágio, incluindo missão, valores, estrutura física, recursos humanos e materiais, e produção de cuidados.

O PIP surgiu assim, para dar resposta ao problema identificado, tendo sido elaborado com base na metodologia de projeto. Desenvolver este projeto a par com toda a dinâmica exigida na gestão de turnos de estágio e turnos no local de trabalho efetivo, acrescentando toda a pesquisa e busca de conhecimentos que complementassem as atividades desenvolvidas e relacionadas com a prestação de cuidados à PSC durante o estágio em UCI, tornou-se um autêntico desafio. No entanto, foi feito um enorme esforço para conseguir dar resposta aos objetivos propostos no PIP, respeitando os prazos de tempo programados no cronograma de atividades. Foi com alguma satisfação que vimos serem cumpridas com sucesso, as primeiras etapas do projeto nos tempos definidos, nomeadamente até à elaboração dos instrumentos propostos, Guia de Acolhimento, Norma de Acolhimento e *check-list* de complemento à norma.

O PIP fica pronto a ser implementado, e já devidamente estruturado o seu processo de avaliação e monitorização. Consideram-se assim, os seus objetivos, parcialmente atingidos.

No que respeita às competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, assim como as competências de mestre, considerou-se que as mesmas foram devidamente desenvolvidas com sucesso, sendo apresentado ao longo deste relatório a reflexão crítica e reflexiva sobre a persecução das mesmas.

Por fim, a concretização deste percurso académico revelou-se extremamente enriquecedora, tanto em termos de conhecimentos e competências adquiridas, como a nível das experiências práticas que proporcionou. Foi fundamental para a aprendizagem e treino na pesquisa de conteúdos com base na evidência científica e na construção de trabalhos de caráter científico. A estudante considera-se hoje, uma profissional com melhor capacidade de resposta perante a PSC, mais capacitada para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e de elevada qualidade, e pronta para intervir junto dos seus pares de forma construtiva e proactiva.

Este é o final de uma etapa, mas que serve de motivação e ponto de partida para novos investimentos na área da formação, existindo já, planos futuros nesse sentido.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República. (1978). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República, 1.^a série. N.º 57. 9 de março de 1978. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>

Assembleia da República. (2015). Lei 156/2015. Alteração do estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Código Deontológico dos Enfermeiros. Diário da República, 1.^a série. N.º 181. 16 de setembro de 2015. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>

Assembleia da República. (2015b). Lei 80/2015. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1.^a Série. N.º 149. 3 de agosto de 2015. <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>

Assembleia da República. (2019). Lei 95/2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1.^a série. N.º 169. 4 de setembro de 2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES] (2017a). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/781/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/781/(basenode)/746)

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES] (2017b). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/781/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/781/(basenode)/746)

Araújo, C. F., Cunha, J. X. P., Mendes, L. S. & Biondo, C. S. (2021). Acolhimento À Família De Neonatos Internados Em Unidade De Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1014>

- Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M. O. & Martins, M. O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre.
- Aromataris, E. & Muun, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Batista, E. C., Matos L. A. L. & Nascimento A. B. (2017). A Entrevista Como Técnica De Investigação Na Pesquisa Qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11, 23-38.
<file:///C:/Users/veral/Downloads/Aentrevistacomotcnicadeinvestigaonapesquisaqualitativa.pdf>
- Baptista, L. A. (2023). Cuidados do Enfermeiro da Atenção Básica frente à Lesão Por Pressão: Uma revisão integrativa. *Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade*. <https://sigaenf.subpav.org/sites/default/files/2023-04/TCR%20LARISSA%20FINALIZADO%2008-03-2023.pdf>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Campos, D. L. I. T. (2020). Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência. Instituto Politécnico De Castelo Branco - Escola Superior De Saúde
Dr. Lopes Dias.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>
- CHBM. (2018). *Plano de Segurança Interno*. Barreiro. Portal Interno.
- CHMB. (2022a). *Relatório e Contas - Exercício 2021*. Barreiro. <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/relatorios-e-contas>

- CHBM. (2022b). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Barreiro. <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/relatorio-anual-de-acesso>
- CHKS. (2020). *Programa de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde*. <https://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-gestao-de-programas-da-qualidade/certificacoesacreditacoes/>
- Choi, J., Tate, J. A. & Son, Y. (2020). Challenges Experienced by Family Caregivers of the Adult Intensive Care Unit Patients in Korea: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research*, 1-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1054773820918>
- CHULC. (2022). *Relatório de Gestão e Contas do Exercício de 2021*. Lisboa. <https://www.chlc.min-saude.pt/gestao/relatorios-de-atividades/>
- Comissão Nacional de Proteção Civil (2019). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. <http://planos.prociv.pt/Documents/130313331474961281.pdf>
- Comissão de Catástrofe (2023). Plano de Catástrofe – Resposta Integrada do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central às Situações de Exceção e Catástrofe. Portal Interno
- Cruz, C. O. & Riera, R. (2016). Comunicando Más Notícias: o Protocolo SPIKES. *Diagnostico Tratamento*, 21, 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Cunha, A. P. G. S., Carrelha, A. S. T., Elvas, I. P. B. P., Jara, J. M. S., Machado, M. I. R., Silva, N. M. G. R. & Ribeiro, R. M. S. (2022). Apoio A Pessoa/Doente Vítima Ou Suspeita De Maus-Tratos/ Negligência. Procedimento Multissetorial – DOV. 102. Portal Interno
- Direção Geral da Saúde (2003), Circular Normativa nº9, DGCG de 14 de junho de 2003 – A dor como 5º sinal vital. Acedido em 15 de novembro de 2023 em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcq-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. Lisboa. Direção Geral de Saúde. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI_2008.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Norma n.º 007/2010 de 6 de outubro de 2010. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro de 2012, atualizadas em 31 de outubro de 2013. Lisboa. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precauco-es-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro de 2014, atualizada a 27 de abril de 2015. Lisboa. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro de 2019. Lisboa. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021). Infeções E Resistências A Antimicrobianos - Relatório Do Programa Prioritário PPCIRA 2021. Lisboa. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro de 2015, atualizada a 17 de novembro de 2022. Lisboa. Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro de 2015, atualizada a 17 de novembro de 2022. Lisboa. Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022c). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. Lisboa. Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022d). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022. Lisboa. Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

EuroQol. (2021). *EQ-5D-5L*. Obtido em 17 de Novembro de 2022, de EQ-5D: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>

Fernandes, M. J. & Silva, A. L. (2016). Os Significados Do Cuidado De Enfermagem À Família Em Uma Unidade De Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10, 1899-1908. <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601>

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1- 38 http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fettermann, F. A., Aranda, A. C., Rosa, A. B. & Donaduzzi, D. S. S. (2019). Acolhimento e Humanização dos Familiares em Unidade de Tratamento Intensivo Adulto: Revisão de Literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11, 1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e507.2019>

Frade, J. M., Henriques, C. M. G. & Frade, M. F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RV20158>

Francis, E. (26 de julho de 2022). *JBI Manual for Evidence Synthesis - Introduction to Scoping Reviews*. Obtido em 28 de Junho de 2023, de JBI Global Wiki: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687833/11.1+Introduction+to+Scoping+reviews>

George, J. B., Hickman, J. S., Reeves, C. P. J. S., Lobo, M. L., Belcher, J. R., Fish, L. J. B., Furukawa, C. Y., Howe, J. K., Adam, E., Foster, P. C. & Bennett, A. M. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. Artmed.

Haboba, L. A. (2022). A Construção Da Comunicação Terapêutica, A Partir Da Prática Do Autoconhecimento Para O Profissional Da Enfermagem. *Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 21. <https://www.revistaremeccs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802>

- Huerta, M. D. R., Pol, M. A., Catalán, M. L. F., Vadillo, R. F., Rodríguez, M. M., Dorado, B. Q. & Fernández, A. D. (2019). An informative nursing intervention for families of patients admitted to the intensive care unit regarding the satisfaction of their needs: The INFOUCI study . *Intensive and Critical Care Nursing*, 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102755>
- International Council of Nurses [ICN] (2019). *Core Competencies In Disaster Nursing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Lopes, F. (20 de 08 de 2020). *A Influência da Comunicação na Saúde*. Obtido em 01 de 06 de 2022, de Health News: https://healthnews.pt/2020/08/20/a-influencia-da-comunicacao-na-saude/?doing_wp_cron=1654038330.8456308841705322265625
- Lusquiños, A., Mendes A. & Bento M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685-1694. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400>
- McAndrew, N. S., Mark, L. & Butler, M. (2020). Timely Family Feedback to Guide Family Engagement in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40, 42-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ccn2020644>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 203-212. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780>

- Mendes, A. P. (2019). Transição Crítica Saúde-Doença na Família: Intervenção de Enfermagem na Experiência Viva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 154-161. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing - Development e Progress*. Wolters Kluwer Health.
- Meleis, A. I., Dickson, V. V., Hattar-Pollara, M., Messias, A. K. H., Naylor, M. D., Rich, V. L., Riegel, B. & Cleave, J. V. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República, 1ª Série, nº 149 (3 de agosto). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série, nº 157 (16 de agosto 2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?ts=1683661385190>
- Ministério da Educação e Ciência (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio em Diário da República, n.º 84/16, 2ª série. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência. <https://dre.pt/application/conteudo/74313811>.
- Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro. Diário da República n.º 193/2009, 1ª Série (6 de outubro de 2009). <https://dre.tretas.org/dre/261696/decreto-lei-280-2009-de-6-de-outubro>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Ministério da Saúde (16 de Novembro de 2022). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central: <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

Ministério da Saúde (23 de janeiro de 2023). *Produção e Rácios de Eficiência*. Obtido em 16 de Maio de 2023, de Administração Central do Sistema de Saúde: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard

Ministério Público (2005). *Constituição Da República Portuguesa*. Obtido em 2 de Outubro de 2023, de Ministério Público Portugal - Em Defesa Da Legalidade Democrática: <https://www.ministeriopublico.pt/iframe/constituicao-da-republica-portuguesa>

Mol, M. M. C., Boeter, G. W., Verharen, L., Kompanje, E. J. O., Bakker, J. & Nijkamp, M. D. (2016). Patient- And Family-Centered Care In The Intensive Care Unit, A Challenge In The Daily Practice Of Healthcare Professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3212-3223. <https://doi.org/10.1111/jocn.13669>

Morais, M. R. (2020). As Competências Acrescidas Avançadas Desenvolvidas Pelos Enfermeiros Gestores/Líderes Numa Região Insular:Necessidades Formativas. *Revista Científica de Enfermagem*, 10, 129-140. <https://doi.org/https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.129-140>

Nabais, A., Panarra, A., Soares, C., Almeida, C., Silva, N. R., Pinto, P. L. & Baltazar, P. (2018). Supervisão Clínica e Desenvolvimento Profissional. Procedimento Multissetorial – FOR.108. <https://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-gestao-de-programas-da-qualidade/base-documental/>

Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M., Felten, S., Saford, J., Riguzzi, J. & Rufer, M.. (2022). A Multicomponent Family Support Intervention In Intensive Care Units: Study Protocol For

- A Multicenter Cluster-Randomized Trial (FICUS Trial). *Trials*, 23, 1-20. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Nascimento, J. S. G., Siqueira, T. V., Oliveira, J. L. G., Alves, M. G., Regina, D. S. G. & Dalri, M. C. B. (2021). Desenvolvimento da competência clínica em enfermagem em simulação: a perspectiva da taxonomia de Bloom. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0135>
- Nery, T. P. A., Lages, R. C. N., Tenório, B. M. P. & Monte, N. L. (2014). Possibilidades de uma enfermagem forense em hospital de urgência. *Revista Interdisciplinar*, 7, 61-70. <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/245>
- Nora, C. R., Deodato, S., Vieira, M. M. S. & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos E Estratégias Para A Tomada De Decisão Ética Em Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 25, 1-9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. (2015). Problemas Éticos Identificados Por Enfermeiros Na Relação Com Usuários Em Situação Crítica. *Revista Bioética*, 23, 187-199. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. UM ESTUDO EM HOSPITAIS PORTUGUESES. *Revista de Psicologia*, 1, 143-158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Oliveira, S. M. C. (2020). A Pessoa em Situação Crítica Internada em Cuidados Intensivos: Necessidades Sentidas Pelos Familiares na Primeira Visita. Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem. <https://hdl.handle.net/1822/72119>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *DIVULGAR - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª Série, n.º 124 (29 de junho de 2015), pp. 17384-17391. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 361/2015, Diário da República, 2.ª série, n.º 123. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 01/2017. Atribuição de Responsável de Turno. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). “Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica”. Diário da República n.135/2018, II Série de 08-07-2018, p. 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Parada, S. R., Castaño, A. M. H., Robayo, C. L. M., Restrepo, M. C. T., Herrera, J. D. B., Fernandez, K. D. N. & Almanza, B. A. P. (2021). Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico. *Revista Cuidarte*, 12, 1-15. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuide-se.1775>
- Ramos, R. M., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S. & Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da Família do Doente Crítico: Um Estudo Qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10, 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Reyes, J. R. & Álvarez L. N. R. (2022). Análisis del concepto de competencia interpersonal en enfermería. *Aquichan*, 22, 1-17. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.3>
- Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica - Desocultando o Cuidado de Enfermagem*. Sabooks.
- Sá, F. L. & Henriques, H. M. S. R. (2021). Estratégias de Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Santos, A. M. B. J., Rodrigues, C. M. S., Sampaio, C. S. A., Esgueira, H. M. N. & Ramos, S. M. S. V. (2022). Plano De Emergência Interno: Atuação Em Caso De Incêndio. Procedimento Multissetorial – SEG. 125. Portal Interno
- Santos, B. P., Sá, F. M., Pessan, J. E., Criveralo, L. R., Bergamo, L. N., Gimenez, V. C. A., Fontes, C. M. B. & Plantier, G. M. (2019). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 593-597. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022a). *História*. Acedido em 15 de maio de 2023, disponível em <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022b). *Visão, Missão e Valores*. Acedido em 15 de maio de 2023, disponível em <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/visao-missao-e-valores>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022c). *CHBM*. Acedido em 15 de maio de 2023. <http://www.chbm.min-saude.pt/>
- Silva, A. M. P. M., Cunha, A. P. G. S., Carrelha, A. S. T., Elvas, I. P. B. P., Jara, J. M. S., Machado, M. I. R., Silva, N. M. G. R. & Ribeiro, R. M. S. (2022). Apoio A Pessoa/Doente Vítima Ou Suspeita De Violência Sexual. Procedimento Multissetorial – DOV. 101. Portal Interno
- Silva, A. S. L. (2019). Acolhimento à Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção Especializada de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/29983>
- Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (2013). Decreto-Lei n.º 72/2013. Diário da República, 1ª Série, nº 105 (31 de maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/72-2013-513607>
- Soares, L. G., Soares, L. G., Decesaro, M. N. & Higarasho, I. H. (2019). Percepção das Famílias Sobre o Acolhimento no Contexto Neonatal Durante um Processo de Intervenção. *RevFunCare Online*, 11, 147-153. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.147-153>
- Stewart, D., Catton, H., Acn, M., Burton, E., Fokeladeh, H. S., Parish, C. & Williamson, L. (2022). *Enfermeiros: Uma Voz Para Liderar*. Suíça: Conselho Internacional De Enfermeiros. https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf

- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Lusociência.
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <http://gdoc.uevora.pt/384829>
- Universidade de Évora (2018). Declaração de Retificação n.º 652/2018. Retificação à publicação efetuada no Aviso n.º 5622/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 84, de 2 de maio de 2016, referente à publicação do plano de estudos do mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal. Diário da República, 2ª Série n.º 175 (11 de setembro de 2018), pp. 25256 – 25256
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L, Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6, 278-295. <https://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, D. H. (2017). Barriers to Regaining Control within a Constructivist Grounded Theory of Family Resilience in ICU: Living with Uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4390-4403. <https://doi.org/doi:10.1111/jocn.13768>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, D. H. (2018). Searching for meaning: A grounded theory of family resilience in adult ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14673>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Resumo Artigo Científico



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

“A intervenção do enfermeiro no acolhimento à família da Pessoa em Situação Crítica, em UCI: uma revisão *scoping*”

Vera Sofia Abrantes Almeida

Professor Orientador: Hugo Franco

Setúbal
novembro, 2022

RESUMO

Introdução: A admissão da pessoa em situação crítica (PSC) numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pode potenciar o desenvolvimento de problemas do foro emocional, tanto para a pessoa, como para a sua família, uma vez que são experienciados sentimentos de dor, ansiedade, frustração e raiva perante o sofrimento do utente, assim como a preocupação e até medo da morte. Importa por isso, identificar intervenções de enfermagem que minimizem este tipo de sentimentos despoletados nas famílias, no momento do seu acolhimento.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre intervenções de enfermagem referentes ao acolhimento à família da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos.

Questão: Qual a intervenção do enfermeiro no acolhimento à família da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos?

Critérios de inclusão: Todos os estudos primários e secundários, bem como a sua natureza quantitativa, qualitativa e mistos. Foram excluídos os editoriais, artigos de opinião e de reflexão dado o baixo nível de evidência científica, segundo a escala de Joanna Briggs Institute (2013). Foram incluídos os artigos redigidos em português, inglês e espanhol.

Metodologia: Revisão scoping concluída em Fevereiro de 2023, desenvolvida segundo as recomendações preconizadas pelo Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL complete e MEDLINE complete, via EBSCOhost.

Resultados: Foram incluídos seis artigos, cujo intervalo de publicação se encontra entre 2016 e 2022. As intervenções identificadas foram: Folhetos informativos, sessões educativas, telefonemas, TIC (tecnologias de informação e comunicação), reuniões familiares, SMS (*short message service*), determinar a necessidade de informações de cada família e garantir que seja entregue num formato que eles possam interpretar e entender facilmente, explicar a finalidade

do equipamento típico de UCI, oferecer atualizações frequentes da condição, progresso e tratamento do parente, entrevista de admissão com os familiares, fornecimento de diário para expressarem sentimentos e emoções, sessões psicossociais semanais, FSI (intervenção de suporte familiar - composto por envolvimento e ligação, apoio e comunicar), aumento da frequência de visitas familiares, videoclipes e orientação presencial.

Conclusão: Finalizada a presente revisão, conclui-se que o objetivo inicialmente proposto foi alcançado, e que na evidência conseguida, foram identificadas diversas intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento às famílias das pessoas em situação crítica admitidas em UCI's, intervenções essas, passíveis de minimizarem o impacto negativo que o internamento destes utentes causam nas suas famílias, assim como os sentimentos a ele associados.

Palavras-chave: Family, Nursing Assessment, Intensive Care Units

APÊNDICE 2 - Inquérito Para Validação Do Tema Acolhimento À Família da PSC

INQÉRITO PARA VALIDAÇÃO DO TEMA NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA

Por favor, assinale com uma cruz (X) a sua opção ou preencha os espaços em branco:

1. Considera importante a família do doente crítico, ter a possibilidade de realizar a primeira visita pós-operatória, logo após a saída do BO?

Sim Não

2. Considera a primeira visita da família do doente crítico internado na UCI CCT, como sendo geradora de stress e ansiedade para o familiar?

Sim Não

3. Se sim, considera possível minimizar os sentimentos de stress e ansiedade no familiar, através da otimização de um processo de acolhimento mais eficaz, que inclua a família no cuidado de enfermagem?

Sim Não

4. Considera importante a elaboração de uma norma de acolhimento à família que uniformize a abordagem do enfermeiro perante os familiares, na primeira visita?

Sim Não

5. Considera importante a implementação da norma de acolhimento à família, de forma a uniformizar também a informação transmitida aos familiares na primeira visita?

Sim Não

1. Considera facilitadora a utilização de um guia de acolhimento à família, adaptado à UCI CCT e adaptado às características dos respetivos doentes e equipa de profissionais, como complemento à informação que é transmitida verbalmente?

Sim

Não

Se sim, na sua opinião, que informações deveriam ser incluídas neste guia?

2. O atual regime de agendamento e marcação de visitas, parece-lhe o mais adequado?

Sim

Não

Por favor, deixe a sua opinião/sugestão:

Obrigada pela colaboração!

Apêndice 3 - Cronograma de Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos – 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023

Cronograma de Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos – 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023

Cronograma de Estágio II– Pessoa em Situação Crítica - Unidade de Cuidados Intensivos – 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023

	19 - 25 set	26 set – 8 out	9 – 15 out	16 – 22 out	23 out – 12 nov	13 nov – 26 nov	27 nov – 23 dez	3 – 27 jan
Apresentação do serviço e da en ^{ft} orientadora	■							
Entrevistas exploratórias com en ^{ft} orientadora e en ^{ft} gestora		■						
Pedido de autorização à en ^{ft} gestora, para a realização de inquéritos à equipa de enfermagem				■				
Realização de inquéritos a enfermeiros peritos e proficientes					■			
Recolha e tratamento dos dados dos inquéritos						■		
Conclusão do Diagnóstico de Situação						■		
Revisão da Literatura e definição de objetivos			■					
Elaboração do Guia de acolhimento					■			
Elaboração da Norma de Acolhimento						■		
Elaboração da <i>Check-list</i> de apoio à Norma						■		
Apresentação do Guia de Acolhimento e da Norma de Acolhimento à equipa de enfermagem e sua implementação							■	
Avaliação da implementação do Guia de Acolhimento e Norma de acolhimento								■
Finalização do Projeto de Intervenção Profissional								■

Apêndice 4 - Norma De Acolhimento À Família Da Pessoa Em Situação Crítica Na Unidade De Cuidados Intensivos De Cirurgia Cardiorácica

NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

1. OBJETIVOS:

- Promover o acolhimento à família da pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardiotorácica, incluindo esta nos cuidados de enfermagem.
- Diminuir os sentimentos negativos da família, como stress, ansiedade, medo ou preocupação, através de um processo de acolhimento eficaz.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

Todos os enfermeiros que integram a UCI de Cirurgia Cardiotorácica da área coração, vasos e tórax do [REDACTED]

3. RESPONSABILIDADES:

- **Implementação:** enfermeiros que integram a UCI de Cirurgia Cardiotorácica da área coração, vasos e tórax do [REDACTED]
- **Revisão:** enfermeira gestora da UCI de Cirurgia Cardiotorácica do [REDACTED]

4. FUNDAMENTAÇÃO:

O conceito **família** remete para elementos que se encontram emocionalmente conectados entre si. Assim, a família pode ser considerada nuclear tradicional (cujos componentes se resumem a pais e filhos), alargada (constituída por indivíduos de várias gerações) ou estender-se à comunidade em sua volta (Mendes, 2019). Para a mesma autora, é fundamental apostar no cuidado centrado na família, assumindo esta como alvo de cuidados, e seguindo uma abordagem holística, por forma a promover a humanização dos cuidados.

A admissão da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos (UCI) pode potenciar o desenvolvimento de problemas do foro emocional, tanto para a pessoa, como para a sua família, uma vez que são experienciados sentimentos de dor, ansiedade, frustração e raiva perante o sofrimento do utente, assim como preocupação e até medo da morte (Ramos et al., 2018). Os mesmos autores, defendem o **acolhimento**, como prática favorável à criação de vínculo entre a pessoa, a família e a equipa de enfermagem, onde o cuidado é centrado nesta parceria, e não apenas na doença em si.

O **acolhimento à família** é considerado um meio facilitador na diminuição do impacto do contexto de UCI perante os familiares (Lusquiños et al., 2019). As mesmas autoras, enaltecem ainda, a importância da uniformização da abordagem à família, uma vez que, inconsistências nas formas de atuação dos diferentes profissionais, podem gerar sentimentos ambivalentes por parte dos familiares e prejudicar o ambiente da unidade.

A utilização de panfletos informativos com dados úteis para as famílias, que buscam esclarecimentos e informações num meio que lhes é desconhecido, tornam-se um suporte facilitador deste processo (Lusquiños et al., 2019).

O elevado nível tecnológico característico das UCI's, e a ampla gama de dispositivos e equipamentos de suporte e monitorização conectados aos utentes admitidos nestas unidades, tornam-se geradores significativos de ansiedade e preocupação para os familiares, podendo ser mais perturbadores do que a própria doença em si. A estratégia, passa assim, por preparar o familiar antes da entrada na UCI, explicando de forma clara e objetiva, que dispositivos e equipamentos vai encontrar, quais as suas funções e qual a evolução do utente (Ramos et al., 2018).

As intervenções de enfermagem, devem assim, ser dirigidas no sentido de reduzir a ansiedade, o medo e o stress do familiar, focando a sua atenção na adaptação ao ambiente da UCI e equipamentos, na comunicação acerca do estado atual da pessoa internada e na explicação de instruções de como proceder junto da mesma. Desta forma, e tendo por base uma comunicação eficaz e uma atitude assertiva, é da competência do enfermeiro transmitir informações acerca de regras e normas da UCI, assim como o esclarecimento de dúvidas em relação à pessoa em situação crítica e ao serviço em si, promovendo a confiança e tranquilidade do familiar (Oliveira, 2020).

ORIENTAÇÕES PARA EXECUÇÃO:

Garantir que, pelo menos na primeira visita à pessoa internada na UCI, é o enfermeiro a receber a família.

Recursos materiais:

Guia de Acolhimento direcionado para a UCI de Cirurgia Cardiorádica

Check-list de complemento à norma de acolhimento

1. Apresentar-se, dizendo o nome e profissão;

2. Fornecer informações acerca do estado atual da pessoa (sedado, acordado, estável, ventilado...);
3. Entregar Guia de Acolhimento;
4. Informar a cerca do horário de visitas:
 - a) Regras de agendamento e marcação de visitas;
 - b) Regras de visitas (2 visitas por doente em dias diferentes, não é permitida mais que uma visita em simultâneo, cada visita pode permanecer junto do familiar até 30 minutos);
 - c) Alertar para o facto de não ser permitido manter junto do familiar, alimentos, água ou outras bebidas, objetos de valor ou dispositivos eletrónicos como telemóveis ou tablet's;
 - d) Alertar para a visita deixar os seus objetos pessoais no bengaleiro à entrada da UCI (malas, casacos, guarda-chuva...).
5. Esclarecer como a visita pode obter informações:
 - a) Fornecer horário de contacto telefónico para informações;
 - b) Validar pessoa de referência previamente escolhida pelo familiar;
 - c) Informar que será essa pessoa quem poderá obter informações médicas e de enfermagem, a cerca do familiar.
6. Explicar que as informações fornecidas e o contacto da UCI, se encontram no Guia de Acolhimento;
7. Explicar o ambiente/contexto visual que a visita vai encontrar na UCI:
 - a) Monitores;
 - b) Ventilador/Tubo orotraqueal e conexões ao ventilador;
 - c) Drenos;
 - d) Cateteres;
 - e) Bombas infusoras;
 - f) Outros dispositivos que possam estar a ser utilizados (ECMO, Máquina de Diálise, entre outros);
 - g) Alarmes;
 - h) Explicar o ambiente em *open-space*.
8. Descrever os cuidados a ter para controlo da infeção antes de entrar em contacto com o familiar:
 - a) Higienizar as mãos;
 - b) Trocar de máscara;
 - c) Vestir avental (ou bata se doente transplantado).
9. Descrever cuidados a ter no final da visita:
 - (a) Retirar o avental ou bata;

(b) Higienizar as mãos.

10. Questionar se existem dúvidas que possam ser esclarecidas e reforçar que o Guia de Acolhimento complementa todas as informações fornecidas.

LISTA DE ABREVIATURAS



UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lusquiños, A., Mendes A. & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685-1694.

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400>

Mendes, A. P. (2019). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24, 1-9.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>


Oliveira, S. M. (2020). A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro – Escola Superior de Enfermagem.

<https://hdl.handle.net/1822/72119>

Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S. & Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10, 5-10.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

ELABORAÇÃO:

-  (enf^a Mestre Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica)
- Vera Almeida (Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica pela Escola Superior de Enfermagem de Setúbal).

DATA DE ELABORAÇÃO: novembro de 2022

DATA DE REVISÃO:

Apêndice 5 - Guia De Acolhimento

- A UCI tem um formato em espaço-aberto, o que significa que vai ver outras pessoas também com vários dispositivos.

ALGUNS CONSELHOS:

- ✓ Se encontrar o seu familiar acordado, tente manter um discurso calmo, tranquilo, evitando muitas questões, de modo a não o cansar com discursos prolongados.
- ✓ Enquanto estiver com o seu familiar, poderá tocar, dar a mão ou acariciar, mas fique atento aos múltiplos dispositivos e cateteres, de modo a que nenhum se desconecte acidentalmente.
- ✓ Evite contacto físico com outras pessoas internadas ou seus familiares, para evitar a possibilidade de transmissão de infeção.

Como posso proteger o meu familiar?

Antes de tocar no doente deve:

- Lavar as mãos
- Desinfetar as mãos
- Trocar de máscara
- Vestir avental (ou bata se doente transplantado)

Quando termina a visita, deve:

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

CONTACTO DIRETO UCI:

HORÁRIO PARA MARCAÇÃO DE VISITAS:

HORÁRIO PARA INFORMAÇÕES:

ATENÇÃO:

→ Evite contacto telefónico entre as 16 e 17h. Este é o momento em que são passadas as ocorrências das pessoas internadas aos profissionais do turno seguinte, de modo a permitir uma continuidade segura de cuidados. É um momento que exige muita atenção e o mínimo de interrupções.

Serviços de Apoio:

- Serviço Social
- Serviço de Psicologia
- Serviço Religioso
- Serviço dietética

Sempre que necessitar dos nossos serviços de apoio, informe o enfermeiro, o qual fará o devido encaminhamento.

Todo o ambiente da UCI pode parecer ameaçador ou desconfortável, mas o seu familiar encontra-se devidamente monitorizado e vigiado, e é importante a família sentir-se confiante e tranquila.

GUIA DE ACOLHIMENTO



Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

A Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrástica (UCI-CCT) está preparada a nível tecnológico e profissional, para prestar cuidados diferenciados de suporte e manutenção de vida a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, torácica, transplante cardíaco e transplante pulmonar.

Como posso marcar visita?

Para agendar visita, deve entrar em contacto com a UCI, via telefone (contactos no final do guia). A marcação é feita directamente com a equipa de enfermagem.

REGRAS PARA AS VISITAS:

- Cada familiar internado, pode ter apenas 2 pessoas como visita.
- É permitida apenas uma visita por dia.
- Cada visita pode estar junto do seu familiar até cerca de 30 minutos.
- Não são permitidas mais que uma pessoa como visita, junto ao familiar.
- Não deve trazer alimentos, água ou outras bebidas para o seu familiar.
- Não deve trazer objetos de valor ou dispositivos eletrónicos, como telemóvel, para o seu familiar.

Como posso obter informações?

As informações podem ser transmitidas pessoalmente, durante o horário de visita, ou por contacto telefónico.

As informações são transmitidas apenas à pessoa de referência.

A pessoa de referência é um elemento escolhido pelo seu familiar, previamente à cirurgia, e pode ou não, ser um elemento da família.

Antes de entrar na UCI, não se esqueça de deixar os seus objetos pessoais no bengaleiro à entrada (malas, casacos, guarda-chuvas, entre outros).



Ao entrar na UCI, é natural encontrar diversos dispositivos em torno do seu familiar.

O QUE É NORMAL ENCONTRAR NA UCI?

- Dispositivos e monitores com alarmes sonoros que são facilmente reconhecidos pelos profissionais.
 - Na maioria das vezes, são apenas alertas para pequenas variações da monitorização do seu familiar, a que os profissionais têm que estar atentos.
- Encontrar o seu familiar sedado ou adormecido, e conectado a um ventilador, através de um tubo.
 - Nesta fase o familiar não lhe vai responder se tentar comunicar com ele, devido à sedação.

NOTA:

A função do ventilador é "ajudar" o seu familiar a respirar, enquanto este se encontra sob medicação sedativa. Todas as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca ou torácica, passam por este processo.

- Se o seu familiar foi submetido a cirurgia, também poderá encontrar, alguns tubos conectados a caixas de drenagem, colocados durante o procedimento cirúrgico. São importantes para drenar os vestígios de sangue que ficaram na cavidade torácica decorrentes da cirurgia.



Apêndice 6 - *Check-List* De Acolhimento

Check-list de Acolhimento		✓
1. Apresentação <ul style="list-style-type: none"> • Nome • Profissão 		
2. Informar acerca do estado atual da pessoa		
3. Entregar Guia de Acolhimento		
4. Informar acerca do horário de visitas <ul style="list-style-type: none"> • Regras de Agendamento e marcação de visitas (agendamento por telefone; contacto no guia de acolhimento) • Regras de Visitas (2 visitas por doente em dias diferentes, com duração até 30 minutos cada visita) • Alertar para não trazer alimentos, água ou outras bebidas, objetos de valor ou dispositivos eletrónicos para junto do familiar enquanto este estiver internado na UCI • Alertar para a visita deixar os seus objetos pessoais no bengaleiro junto à entrada (malas, casacos, guarda-chuva...) 		
5. Esclarecer como a visita pode obter informações <ul style="list-style-type: none"> • Horário de contacto telefónico para informações • Validar pessoa de referência previamente escolhida pelo familiar • Esclarecer que será a pessoa de referência quem poderá obter informações médicas e de enfermagem, acerca do seu familiar 		
6. Esclarecer que todas as informações fornecidas, assim como o contacto da UCI, se encontram no Guia de Acolhimento		
7. Explicar o ambiente/contexto visual que a visita vai encontrar na UCI <ul style="list-style-type: none"> • Monitores • Ventilador / Tubo orotraqueal e respetivas conexões • Drenos • Cateteres • Bombas infusoras • Outros dispositivos que possam estar a ser utilizados (ECMO, máquina de diálise...) • Alarmes • Ambiente em open-space 		
8. Cuidados a ter para controlo da infeção antes de entrar em contacto com o familiar <ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos • Trocar de máscara • Vestir avental (ou bata se doente transplantado) 		
9. Cuidados a ter no final da visita <ul style="list-style-type: none"> • Retirar avental ou bata • Higienização das mãos 		
10. Questionar se existem dúvidas que possam ser esclarecidas		

Apêndice 7 – Poster Científico

Apêndice 8 – Plano De Cuidados



PROCESSO DE ENFERMAGEM

Plano de Cuidados

Departamento de
Enfermagem

Nome do Estudante Vera Almeida	Ano/semestre 2022/1º Semestre	Ano Letivo 2022/2023
Local de Ensino Clínico/Estágio UCI Cirurgia Cardiorádica		Docente: Professor Hugo Franco



Nome da Pessoa

J. N. M.

Apreciação Inicial

Doente sexo masculino, 69 anos, admitido por choque cardiogénico.

Dentista de profissão. Natural do Brasil. Encontrava-se em Portugal para Congressos. Tem apoio da esposa. Tem como antecedentes pessoais: Insuficiência Renal Aguda (IRA), Disfunção Hepatocelular, Diabetes Mellitus (DM) tipo II, Obesidade (IMC 33Kg/m²) com peso de 95Kg, Seminoma em remissão (pós quimioterapia), Colectomia há 15 anos (dispepsia e pirose subsequentes). Sem alergias conhecidas.

Inicia quadro de dor precordial pelas 12h do dia 19 de novembro, que agrava ao longo do dia com irradiação para o dorso. Recorre pelas 20h, ao atendimento permanente do Hospital XXX com dor mantida, sudorese e náuseas. À avaliação, encontrava-se pálido, sudorético, hipotenso (94/60mmHg) e taquicárdico (120b/min). É realizado ECG com Bloqueio do Ramo Direito (BRD) e supra ST da parede anterior com extrasístolia frequente.

É assumido Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST (EAMc/SST).

Cumprir 300mg de AAS (ácido acetilsalicílico), 180mg de ticagrelor e 4mg de morfina.

Inicia Heparina 5000U e é transferido para a hemodinâmica da CUF para ICP (Intervenção Coronária Percutânea). Foi realizado cateterismo via radial direita com aspiração de trombos e colocação de stent a nível da DA (artéria descendente anterior). Realiza Ecocardiograma pós-procedimento com VE (ventrículo esquerdo) com compromisso moderado a severo da função sistólica global, com alterações da contratilidade. Transferido para UCIP (unidade de cuidados intensivos polivalente) ainda no Hospital XXX, onde evolui para choque cardiogénico com fração de ejeção inferior a 20%, com conseqüente diminuição do débito cardíaco (≈1,6l/min), iniciando suporte ventilatório invasivo, suporte vasopressor e suporte inotrópico. Do ponto de vista metabólico, com hiperglicemia de difícil controlo, sob perfusão de insulina. Considerado para ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), e transferido para o serviço público a pedido da esposa. Feito resgate ECMO no Hospital XXX e transferido para a UCI de cirurgia cardiorádica (CCT) a 20 de novembro.

Na UCI CCT, no dia 23 de novembro, o doente encontrava-se conectado a prótese ventilatória invasiva em modo APVcmv (Ventilação por Pressão Adaptativa – ventilação mecânica controlada), ou seja, define-se um volume corrente alvo, um PEEP (pressão positiva no final da expiração), e um Fio₂. O ventilador encontra a pressão correta para fornecer o volume desejado. No caso, tínhamos um Fio₂ de 65%, um PEEP de 6cmH₂O e um Volume Corrente alvo de 500ml.

O doente encontrava-se sedoanalgesiado com propofol 2% em perfusão, morfina 50mg/50cc de soro fisiológico (SF) em perfusão e Dexmedetomidine 400mcg/50cc SF em perfusão. Apresentava dor grau 3 na escala BPS (Behavioral pain scale) e RASS -5 na escala de agitação e sedação de Richmond. Pupilas isocóricas e isoreativas. Mantinha suporte vasopressor com noradrenalina (NA) 20mg/50cc soro com dextrose (Dx) e suporte inotrópico com dobutamina 250mg/50cc Dx, mantendo PAM's (pressão arterial média) de 70 a 80mmHg. Normocárdico com ritmo cardíaco sinusal, predominantemente entre os 80 e 90b/min. A terapêutica é administrada através de CVC (cateter venoso central) que se encontrava na SC (veia subclávia) esquerda. Apresentava ainda LA (linha arterial) na artéria umeral direita, monitorizada. Sob ECMO VA (venoarterial) com canulação via artéria femoral direita e

veia femoral direita, e artéria femoral superficial para reperfusão do membro inferior direito. ECMO encontrava-se parametrizado com sweep a 1l/min (oxigênio) e F_{iO_2} de 90%. Ambos os membros inferiores se encontravam quentes e aparentemente bem perfundidos e com pulsos palpáveis. Encontrava-se apirético. PVC's (pressão venosa central) variável entre os 10 e 14mmHg. Gasimetricamente, apresentava alcalémia metabólica com pH 7,48 a 7,53 com HCO_3 de 27 a 30mEq/L, glicémias mais controladas (200 → 143mg/dl) sob perfusão de insulina 50U/50cc SF e lactatos de 1mmol/l.

Apresentava Drenagem Vesical com débitos urinários a rondar os 100cc/h de urina turva. SNG (sonda nasogástrica) clampada por história de estase gástrica no turno anterior.

Há referência a um pico febril no dia anterior e aspiradas secreções mucopurulentas em moderada quantidade, numa média de 3 a 4 vezes por turno. Apresenta hemoculturas e secreções brônquicas em curso, de dia 22 de novembro. Sob antibioterapia empírica por suspeita de infeção respiratória.

Doente com pele íntegra e sem sinais de UPP.

Data Início	23-11-2022
Diagnóstico de Enfermagem Débito cardíaco comprometido	<p>Fundamentação</p> <p>O Diagnósticos justifica-se, inicialmente, pelo compromisso da função sistólica do VE com alterações da contratilidade, documentados em Ecocardiograma, e mais tarde com fração de ejeção inferior a 20%, já em choque cardiogénico, com diminuição do débito cardíaco para cerca de 1,6l/min. Para Camacho et al. (2019), choque cardiogénico é um estado caracterizado por débito cardíaco ineficiente para perfundir os tecidos e permitir que estes sejam devidamente oxigenados, surgindo sinais de hipoperfusão periférica. A causa mais comum, é o EAM com SST e disfunção do VE. A diminuição da contratilidade miocárdica leva a um ciclo, em que a redução do débito cardíaco leva à redução da Pressão Arterial (PA) e a alterações da perfusão das coronárias, reduzindo ainda mais a contratilidade. Para além disso, essa deterioração, provoca disfunção diastólica e a nível da vasculatura pulmonar, podendo provocar congestão e edema (Camacho et al., 2019).</p> <p>Esta situação levou à necessidade de suporte vasopressor, suporte inotrópico, suporte ventilatório e ECMO.</p> <p>O ECMO é uma técnica de suporte de vida extracorporal, que pode ter configuração venovenosa ou venoarterial, e cuja finalidade é suportar a função pulmonar, cardíaca ou ambas. (Pacheco et al., 2021). Neste caso, o ECMO encontrava-se na configuração venoarterial e, portanto, com função de suporte pulmonar e cardíaco. De uma forma sintética, o sangue venoso é removido por uma cânula de drenagem, por meio de uma bomba centrífuga, passa por um oxigenador onde ocorrem as trocas gasosas, o CO_2 é removido e é fornecido O_2, sendo este sangue arterializado devolvido através de uma cânula de retorno (Pacheco et al., 2021).</p> <p>Em média, um adulto necessita de um débito cardíaco de 60ml/Kg/min, mas é importante o coração manter-se funcionante, logo, o ECMO deve garantir um suporte de volume de cerca de 80%, de modo a garantir que 20% do volume circule pelo leito vascular pulmonar e cavidades cardíacas. O objetivo é evitar a consequente coagulação do sangue</p>

	<p>nesse trajeto e a necessidade de drenagem do VE (Pacheco et al., 2021).</p> <p>O ECMO VA é considerado um meio de resgate no tratamento do choque cardiogênico, e está indicado em situações como EAM (Pacheco et al., 2021).</p>
<p>Resultados Esperados Débito Cardíaco Normal/Melhorado</p>	
<p>Intervenções de enfermagem (início a 23/11/2022 e fim a 1/12/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar Sinais Vitais (dando especial relevância às PAM's, cujo alvo ideal se deve balizar entre os 70 e 80mmHg) (Pacheco et al., 2021). 2. Vigiar traçado eletrocardiográfico (despistando eventuais arritmias que necessitem de algum tipo de abordagem clínica). 3. Monitorizar a dor (apesar desta intervenção estar incluída na primeira, pretende-se esclarecer a escala utilizada, tendo em conta o nível de consciência do doente, já que se encontrava sedoanalgesiado, logo recorreu-se à escala BPS, Behavioral Pain Scale). 4. Avaliar Consciência (recorrendo-se à escala de comas de Glasgow). 5. Avaliar Status Neurológico (a vigilância neurológica e do estado de consciência do doente, é fundamental no despiste de complicações do foro neurológico, decorrentes do risco de fenómenos tromboembólicos associados à anticoagulação necessária durante a utilização do ECMO, ou mesmo à libertação de êmbolos que surjam no circuito externo e sejam inadvertidamente introduzidos na circulação arterial) (Pacheco et al., 2021). 6. Avaliar sedação. 7. Monitorizar nível de sedação (recorrendo-se à escala de RASS, "Richmond Agitation-Sedation Scale"). 8. Gerir sedação. 9. Monitorizar dispositivo mecânico de suporte cardíaco (ECMO, vigiando a relação entre as rotações por minuto conseguidas através da bomba, e o fluxo de sangue que é "bombeado", uma vez que, oscilações entre estes dois parâmetros podem indicar hipovolémia ou problemas no circuito. Para ECMO VA são recomendados fluxos não inferiores a 2,5L/min, de modo a minimizar a estase e garantir a permeabilidade do circuito extracorporeal) (Pacheco et al., 2021). 10. Gerir Dispositivos de Monitorização (monitores de sinais vitais ou mesmo monitor de ECMO, definindo, verificando ou ajustando parâmetros de alarme, tendo em conta a tipologia do doente, de modo a permitir detetar atempadamente alterações que possam comprometer a estabilidade hemodinâmica do utente). 11. Avaliar Evolução dos Tubos (os tubos que compõem o circuito extracorporeal do ECMO e o oxigenador, devem ser inspecionados a cada turno, com apoio de lanterna, despistando a presença de fibrina ou coágulos que possam comprometer a sua permeabilidade; deve ainda ser garantida a devida fixação das cânulas e a ausência de dobras ao longo do circuito) (Pacheco et al., 2021). 12. Monitorizar saturação do oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso 13. Colher Amostra de Sangue Arterial (Segundo o Parecer n. 966/2017 da Ordem dos Enfermeiros, a colheita de sangue arterial é uma intervenção de enfermagem interdependente, assim, uma vez que "em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro, de acordo com as suas qualificações profissionais, decide sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem (...)") (OE, 2017, p.1). 14. Interpretar Resultados dos Gases no Sangue Arterial (como já foi referido, o ECMO VA, tem como função suporte, não só cardíaco, mas também pulmonar, pelo que é fundamental vigiar as pressões dos gases arteriais, assim como o pH, de modo a despistar situações de alcalémia ou acidémia, e caso estas surjam, perceber a sua etiologia, se respiratória, metabólica ou mistas, permitindo assim, agir em conformidade). 15. Monitorizar Equilíbrio Ácido-Base (é possível corrigir situações de alcalémia respiratória, diminuindo o sweep – velocidade de fluxo de gás oxigenado que passa pela membrana – ou situações de acidémia respiratória, aumentando o sweep; é também possível otimizar a oxigenação, aumentando o FiO2 - fração inspirada de oxigénio - do gás que passa pela membrana) (Pacheco et al., 2021). 	

16. Administrar Medicação Após Interpretar Resultado da Gasometria Arterial (a gasometria também nos fornece vários parâmetros iónicos, cujo equilíbrio é essencial para a estabilização da função cardíaca, tais como o potássio, sódio e cálcio, permitindo assim, repor ou expoliar iões, sempre que estes se encontrem em desequilíbrio, e consoante as indicações médicas).
17. Monitorizar Balanço Hídrico (importante para compreender se o doente está a urinar o expectável para o seu peso e condição clínica, ou se existe suspeita de compromisso renal, se é necessário introduzir ou ajustar terapêutica diurética, se existe risco de sobrecarga a nível cardíaco e/ou pulmonar, ou se, pelo contrário, existe risco de hipovolémia com necessidade de reposição de volume).
18. Vigiar Eliminação Urinária (uma urina concentrada, sugere desidratação, rosada ou hemática, perda de sangue, que poderá estar ou não, relacionada com anticoagulação, pelo que, vigiar a urina é sempre importante).
19. Monitorizar Sinais e Sintomas de Infecção (associado ao ECMO)
20. Vigiar Penso do Dispositivo Invasivo (cânula de drenagem e cânula de retorno de ECMO).
21. Vigiar Sinais Inflamatórios do Local de Inserção do Dispositivo Invasivo (cânula de drenagem e cânula de retorno de ECMO).
22. Executar Tratamento ao Local de Inserção de Dispositivo Invasivo (cânula de drenagem e cânula de retorno de ECMO, com técnica asséptica).
23. Avaliar Evolução do Plano de Cuidados.

Resultado de Enfermagem

Doente inicia desmame de ECMO a 24/11, mantendo-se bem adaptado à VMI. Ao longo dos turnos, os locais de inserção das cânulas mantiveram-se sem sinais inflamatórios, sem perdas hemáticas, e sem deslocação do posicionamento das cânulas. Balanços hídricos discretamente positivos, pontualmente com necessidade de recorrer a diurético (furosemida). A 26/11, após Ecocardiograma transtorácico com uma fração de ejeção de 40%, equipe médica assumiu estarem garantidas condições para remoção de ECMO. Reduz sedoanalgesia ficando vígil, cumprindo ordens simples e respondendo a perguntas simples, sem défices motores aparentes, RASS -1. Pupilas isocóricas e isoreativas. Mobiliza os 4 membros. A 27/11 é retirado ECMO pela cirurgia vascular, com encerramento dos locais de inserção das cânulas, mantendo pensos íntegros, sem perdas hemáticas. A 1/12 é transferido para a Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital de São José.

(repetir este quadro as vezes necessárias)

01-12-2022

Data Fim

Data Início 23-11-2022

Diagnóstico de Enfermagem
Respiração Comprometida

Fundamentação

Doente conectado a prótese ventilatória no dia 20/11, ficando sob ventilação mecânica invasiva (VMI) por quadro de insuficiência respiratória mista. Para Lomanto et al. (2022), a insuficiência respiratória define-se pela incapacidade de o organismo efetuar de forma adequada, as trocas gasosas, isto é, captar oxigénio e libertar dióxido de carbono. A insuficiência respiratória resulta da disfunção de algum dos componentes do sistema respiratório (vias aéreas, circulação pulmonar, sistema nervoso central, diafragma, pleura...). No caso do Sr. J. N. M., existia um problema ao nível do débito cardíaco, pelo que haveria um compromisso a nível da circulação pulmonar. A insuficiência respiratória mista ocorre quando existe uma combinação entre insuficiência respiratória hipoxémica e insuficiência respiratória hiperclápnica (Lomanto et al., 2022). Na insuficiência respiratória hipoxémica, existe em gasometria arterial uma pressão parcial arterial (Pa) de O₂ inferior a 60mmHg, e isto acontece principalmente, devido a uma inadequação do equilíbrio

	<p>entre a ventilação e a perfusão pulmonar. Ou seja, podem existir regiões pulmonares com circulação adequada e, portanto, com capacidade para uma hematose eficaz, mas que são deficientemente ventiladas, ou regiões eficazmente ventiladas, mas mal perfundidas, e que por isso não permitem uma hematose eficiente (Lomanto et al., 2022).</p> <p>Na insuficiência respiratória hipercápnica, encontra-se na gasometria arterial uma PaCO₂ superior a 50mmHg, que habitualmente condiciona acidemia respiratória com pH inferior a 7,35. A eliminação de CO₂, ocorre a nível dos alvéolos, através da ventilação alveolar (VA). A VA define-se pelo volume minuto expirado proveniente das regiões pulmonares perfundidas. Assim, o aumento da PaCO₂ pode resultar, tanto do aumento da produção de CO₂, como do défice da sua excreção (Lomanto et al., 2022).</p> <p>Para os mesmos autores, uma das causas documentadas de insuficiência respiratória, são os choques, o que é compatível com o caso do Sr. J. N. M., o qual desenvolveu um quadro de choque cardiogénico.</p>
<p>Resultados Esperados Respiração efetiva</p>	
<p>Intervenções de enfermagem (início a 23/11/2022 e fim a 1/12/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar Consciência (recorrendo-se à escala de comas de Glasgow). 2. Avaliar sedação. 3. Monitorizar nível de sedação (recorrendo-se à escala de RASS, “Richmond Agitation-Sedation Scale”). 4. Gerir sedação (importa perceber o nível de consciência do doente, pois, doentes com níveis mais elevados na escala de RASS, podem apresentar quadros de inquietude, agitação ou confusão, que podem causar assincronia respiratória com o ventilador, comprometendo a eficácia da ventilação mecânica; define-se assincronia doente-ventilador, como uma dissociação entre a pessoa em relação às demandas do seu sistema respiratório como volume ou pressão, e o ventilador durante a ventilação mecânica; nesses casos é necessário gerir a sedação até estabilização do quadro) (Holanda et al., 2018). 5. Monitorizar Sinais Vitais (dando especial atenção à frequência respiratória – FR). 6. Monitorizar a dor (recorrendo-se à escala BPS, uma vez que o doente se encontrava sedoanalgesiado; também a dor, ao causar desconforto, pode originar assincronia doente-ventilador, pelo que importa vigiar a dor e gerir analgesia até estabilização do quadro) (Holanda et al., 2018). 7. Manter ventilação com ventilador mecânico. 8. Gerir dispositivo de monitorização. 9. Vigiar dispositivo de monitorização (vigiar e gerir parâmetros de monitor do ventilador, tendo em conta a modalidade ventilatória, no caso em APVcmv – ventilação mecânica controlada por pressão adaptativa – pelo que os parâmetros a vigiar são: “volume corrente”, isto é, volume corrente alvo programado no ventilador, e volume corrente que está a ser efetivamente cumprido pelo doente, de forma a perceber-se se os volumes correntes efetivos estão próximos do volume alvo programado; “FiO₂”, a qual é ajustada de modo a se obter uma oxigenação adequada, sendo que FiO₂ superiores a 60% utilizadas por períodos superiores a 72h, incorrem em risco de causar fibrose pulmonar, pelo que o ideal é ir reduzindo a FiO₂ assim que possível, com base nos resultados de gasometrias arteriais; “FR” que deverá ser entre os 14 e 18 ciclos/minuto; “PEEP”, que inicialmente deverá ser o mais semelhante possível aos valores fisiológicos, cerca de 3cmH₂O, sendo que poderá ser aumentado em casos de necessidade de recrutamento alveolar, necessidade de melhorar a oxigenação ou prevenir a formação de atelectasias; “Pressão Pico” ou “Pressão Máxima”, que consiste na pressão fornecida pelo ventilador para vencer a resistência do tubo endotraqueal, vias aéreas e alvéolos, logo, quando as pressões pico estão elevadas, podem indiciar assincronia ventilatória ou presença de secreções no sistema, por exemplo; 	

importa ainda vigiar a curva de pressão, pois alterações na forma das ondas também podem indicar assincronia ventilatória ou presença de secreções no sistema) (Ghiggi et al., 2020).

10. Otimizar Tubo Endotraqueal.

11. Vigiar Tubo Endotraqueal (vigiar nível do tubo na comissura labial, garantindo que este não se deslocou e continua a ventilar eficazmente ambos os pulmões; vigiar e garantir a eficácia da fixação do tubo, trocando o dispositivo de fixação sempre que este se encontre danificado ou com risco de perda de eficácia na sua função de fixação, ou sempre que se encontre conspurcado com sangue, saliva ou secreções; aliviar zonas de pressão causadas pelo dispositivo de fixação, usando espumas de poliuretano, por exemplo; vigiar insuflação do cuff do tubo endotraqueal e no caso, o ventilador possui essa funcionalidade com o "Intelicuff" que gere a pressão de insuflação do cuff, de forma a manter este devidamente insuflado e ao mesmo tempo prevenindo a traqueomalácia e a pneumonia associada ao ventilador).

12. Trocar Dispositivos (trocar filtros a cada 24h; os filtros definem-se como barreiras com pequenos orifícios entrepostas num fluxo de ar onde as partículas de maiores dimensões são retidas, por não passarem nos orifícios; o objetivo é minimizar o risco de infeção para o doente devido à reinalação de gases previamente exalados, e minimizar o risco de infeção para o meio ambiente pela exalação desse ar; devem ser utilizados 2 filtros, um HME - Heat and Moisture Exchanger – entre o tubo endotraqueal e o Y da conexão das traqueias, e um filtro HEPA - High Efficiency Particulate Arrestance – colocado entre o ventilador e o ramo expiratório) (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

13. Aspirar via aérea (aspirar secreções da via oral e via tubo endotraqueal sempre que necessário; privilegiou-se a aspiração em sistema fechado para controlo de infeção e evitar a desconexão doente-ventilador, por forma a causar a menor instabilidade possível).

14. Vigiar expectoração (vigiar características da expectoração, nomeadamente quantidade, coloração, consistência e odor).

15. Lavar a boca (cumprir o protocolo de higiene oral implementado no serviço, com clorexidina solução oral, pelo menos uma vez por turno, por forma a prevenir a Pneumonia Associada ao Ventilador – PAV; por ser um meio rico em microrganismos, a cavidade oral no doente entubado pode abrigar elementos patogénicos respiratórios, criando biofilme levando ao desenvolvimento de PAV; estudos indicam que uma higiene da cavidade oral com limpeza química com clorexidina se mostra eficaz na redução da incidência de PAV) (Cordeiro et al., 2022).

16. Elevar cabeceira da cama (elevar cabeceira da cama cerca de 30 graus para prevenção PAV; a PAV surge na sequência de invasão bacteriana do parênquima pulmonar em doente entubados e submetidos a ventilação mecânica invasiva por mais de 48h, pelo que uma das medidas para prevenir esta situação consiste na elevação da cabeceira 30 a 45 graus) (Frota et al., 2019).

17. Monitorizar saturação do oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso.

18. Colher Amostra de Sangue Arterial.

19. Interpretar Resultados dos Gases no Sangue Arterial (vigiar as pressões dos gases arteriais, assim como o pH, de modo a despistar situações de alcalémia ou acidémia, e caso estas surjam, perceber a sua etiologia, se respiratória, metabólica ou mistas, permitindo assim, agir em conformidade).

20. Monitorizar Equilíbrio Ácido-Base (é possível corrigir situações de alcalémia respiratória, diminuindo a FR, ou situações de acidémia respiratória, aumentando a FR; é também possível otimizar a oxigenação, aumentando ou diminuindo a FiO2).

21. Monitorizar Balanço Hídrico (importante para compreender se o doente está a urinar o expectável para o seu peso e condição clínica, ou se, conjuntamente com alterações das análises gasométricas e outros exames como radiografia tórax, existe suspeita de sobrecarga hídrica a nível pulmonar) (Pacheco et al., 2021).

22. Avaliar Evolução do Plano de Cuidados.

Resultado de Enfermagem

Doente manteve-se sempre conectado a VMI, na mesma modalidade ventilatória. Ao longo dos turnos, apresentou cada vez menos secreções, em termos de quantidade, e, portanto, sendo aspirado com cada vez menos frequência. Sempre com oximetrias periféricas a rondar os 100%. Gasimetricamente, com alguma tendência para a alcalémia, mas de origem metabólica, e que foi revertendo ao longo dos turnos. Esteve sob

cinesioterapia respiratória diária, por parte da fisioterapia. A 26/11, inicia quadro de secreções hemáticas e com coágulos à aspiração, pelo que é submetido a broncofibroscopia à cabeceira, na qual, não foi objetivada hemorragia ativa. Quando reduziu sedação, manteve-se tranquilo e bem adaptado à VMI. Dor controlada com analgesia em esquema. Tubo endotraqueal (TET) fixo e ao mesmo nível da comissura labial. Não foram objetivadas UPP's associadas à fixação do tubo. Radiografias torácicas diárias a revelar hipotransparência das bases mas em regressão. Sem sinais de PAV. Aquando da transferência para a UUM, com indicação para iniciar desmame ventilatório.

(repetir este quadro as vezes necessárias)

01-12-2022

Data Fim

Data Inicio	23-11-2022
<p>Diagnóstico de Enfermagem Risco de hemorragia</p>	<p>Fundamentação No doente submetido a ECMO, a exposição contínua entre o sangue e os biomateriais do circuito extracorporeal, promove um estado de hipercoagulabilidade e inflamação que proporciona um elevado risco de trombose. De modo a diminuir a atividade hemostática, é necessário a implementação de um protocolo de anticoagulação, através da administração de terapêutica anticoagulante sistémica. No entanto, é necessário manter um equilíbrio rigoroso do sistema hemostático, diminuindo o risco de hemorragia e prevenindo a trombose (Pacheco et al., 2021). A Heparina Não Fracionada (HNF) é considerado o anticoagulante de eleição no doente sob ECMO, "(...) devido à sua ampla disponibilidade, ao seu rápido início de ação, fácil monitorização e neutralização com protamina" (Pacheco et al., 2021, p. 314). Segundo as recomendações da Extracorporeal Life Support Organization (ELSO), deve ser mantida uma perfusão de HNF na dose de 20 a 50 UI/Kg/h. Deve ser feita uma monitorização, habitualmente através do doseamento de aPTT (activated Partial Thromboplastin Time) a cada 4h, sendo que, após estabilidade, ou seja, após 3 doseamentos seriados com valores terapêuticos, a monitorização poderá passar a ser realizada de 8 em 8 horas. O seu valor deverá ser mantido 1,5 a 2,5 vezes o valor de referência (Pacheco et al., 2021). Também a contagem plaquetária e os níveis de fibrinogénio devem ser monitorizados. As plaquetas deverão estar > 80000/μL e o fibrinogénio em níveis superiores a 1g/dL (Pacheco et al., 2021).</p>
<p>Resultados Esperados Sem Hemorragia</p>	
<p>Intervenções de enfermagem (Início a 23/11/2022 e fim a 1/12/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerir terapia anticoagulante (administrando HNF em perfusão e segundo protocolo de anticoagulação, e ajustar ritmo de perfusão, de acordo com doseamento de aPTT e devida indicação médica) (Pacheco et al., 2021). 2. Colher Amostra de Sangue Arterial (em doentes com linha arterial (LA) presente, as colheitas de sangue, são, por norma, extraídas desse cateter; realizar doseamento de aPTT, segundo protocolo de anticoagulação e mantendo equipe médica informada). 3. Monitorizar Sinais Vitais (dando especial relevância às pressões arteriais sistólicas (PAS's), e FC, uma vez que estados hipotensivos com PAS < 90mmHg e taquicardicos com FC > 110b/min, podem indiciar choque hemorrágico) (Vieira et al., 2017). 	

4. Avaliar Consciência (recorrendo-se à escala de comas de Glasgow).
5. Avaliar Status Neurológico (a vigilância neurológica e do estado de consciência do doente, é fundamental no despiste de complicações do foro neurológico, decorrentes do risco de fenómenos hemorrágicos ou tromboembólicos associados à anticoagulação necessária durante a utilização do ECMO, ou mesmo à libertação de êmbolos que surjam no circuito externo e sejam inadvertidamente introduzidos na circulação arterial) (Pacheco et al., 2021).
6. Avaliar sedação.
7. Monitorizar nível de sedação (recorrendo-se à escala de RASS).
8. Gerir sedação (quando a estabilidade hemodinâmica do doente, assim o permite, pode ser reduzida a sedação de modo a ser possível avaliar se existe algum défice de força/mobilidade em algum membro ou segmento do corpo).
9. Monitorizar dispositivo mecânico de suporte cardíaco (ECMO, vigiando a relação entre as rotações por minuto conseguidas através da bomba, e o fluxo de sangue que é “bombeado”, uma vez que, oscilações entre estes dois parâmetros podem indicar hipovolémia, a qual poderá ser consequência de hemorragia.) (Pacheco et al., 2021).
10. Gerir Dispositivos de Monitorização (monitores de sinais vitais ou mesmo monitor de ECMO, definindo, verificando ou ajustando parâmetros de alarme, tendo em conta a tipologia do doente, de modo a permitir detetar atempadamente alterações que possam comprometer a estabilidade hemodinâmica do utente).
11. Avaliar Evolução dos Tubos (deve ser garantida a devida fixação das cânulas, garantindo que estas não se exteriorizem acidentalmente com risco hemorrágico acrescido pela anticoagulação pré-estabelecida) (Pacheco et al., 2021).
12. Colher Amostra de Sangue Arterial (na gasometria, é possível acompanhar os níveis de Hb que nos podem indiciar sinais de hemorragia ativa quando apresentam uma tendência em decrescendo e abaixo dos valores de referência; também os lactatos, quando em tendência crescente, podem indiciar sinais de choque, que associados aos indícios acima descritos, poderá ser suspeito de origem hemorrágica) (Vieira et al., 2017).
13. Monitorizar Balanço Hídrico (importante para compreender se o doente está a urinar o expectável para o seu peso e condição clínica, ou se existe suspeita de hipovolémia por eventual hemorragia ou choque hemorrágico, com necessidade de reposição de volume).
14. Vigiante Eliminação Urinária (uma urina rosada ou hemática, sugere perda de sangue, que poderá estar ou não, relacionada com anticoagulação, pelo que, vigiar a urina é sempre importante).
15. Vigiante Eliminação Intestinal (importante vigiar as fezes para despiste de perda de sangue por esta via) (Pacheco et al., 2021).
16. Vigiante Perda Sanguínea (vigiante quaisquer sinais de perda de sangue, como epistaxis, gengivorragias, uretrorragias, equimoses, hematomas ou petéquias) (Pacheco et al., 2021).
17. Avaliar Pele.
18. Vigiante Pele (vigiante não só a presença de hematomas, equimoses e petéquias, mas também a integridade da pele, presença de lesões sangrantes, perda de sangue nos locais de inserção dos diferentes cateteres) (Pacheco et al., 2021).
19. Vigiante Penso do Cateter (cânulas de ECMO, CVC, LA e/ou outros cateteres presentes; manter a integridade dos pensos, vigiar repasse, e perda sanguínea pelo local de inserção dos mesmos, assim como a quantidade dessa mesma perda) (Pacheco et al., 2021).
20. Gerir Medicação (em caso de hemorragia ativa identificada, e seguindo as indicações médicas, administrar protamina de modo a neutralizar a ação da heparina) (Pacheco et al., 2021).
21. Gerir Sangue e Derivados (em casos de hemorragia ativa com rebato significativo em termos de Hb ou com instabilidade hemodinâmica como no choque hemorrágico, administrar, seguindo indicações médicas, Unidades de Concentrado Eritrocitário (UCE), unidades de plasma e pool's de plaquetas).
22. Vigiante Resposta a produto sanguíneo (vigiante estabilidade hemodinâmica do doente, volume das perdas hemáticas, valores de Hb e de plaquetas).
23. Avaliar Evolução do Plano de Cuidados.

Resultado de Enfermagem

Ao longo dos turnos, foi cumprido o protocolo de anticoagulação. Não apresentou sinais de choque hemorrágico, ou de hemorragia maciça, no entanto, apresentou secreções hemáticas e hematúria a 26/11. Foram feitos os devidos reajustes no ritmo de perfusão de heparina, segundo valores de aPTT e devida indicação médica. Neurologicamente, sem défices aparentes, cumprindo ordens simples, mobilizando os 4 membros e sem alterações ao nível das pupilas. No entanto, aquando da transferência, teria indicação para Ressonância Magnética Crâneo-encefálica no Hospital de São José, para despiste de eventuais lesões hemorrágicas. Sem outras perdas hemáticas visíveis e sem equimoses, hematomas ou petéquias. No dia 27/11, Retira ECMO, suspende perfusão de Heparina, cumpre 1 UCE por uma Hb de 7,6g/dl e um pool de plaquetas por apresentar plaquetas de 58000. À data da transferência, com uma Hb de 8,3g/dl e 258000 de plaquetas.

(repetir este quadro as vezes necessárias)

01-12-2022

Data Fim

Data Inicio | 23-11-2022

Diagnóstico de Enfermagem
Risco de perfusão dos tecidos comprometida

Fundamentação
Quando a canulação é feita pela artéria femoral, “(...) o facto de a cânula de retorno estar presente na artéria femoral comum faz com que o fluxo de sangue para o membro em causa seja reduzido, podendo comprometer a perfusão distal” (Pacheco et al., 2021, p.196).
Então, para diminuir o compromisso de perfusão distal, é colocado um terceiro acesso, denominado cânula de reperfusão ou cateter de perfusão anterógrada, o qual é colocado na artéria femoral superficial, no sentido do pé, permitindo a perfusão distal do membro com sangue proveniente da cânula arterial (Pacheco et al., 2021).
O compromisso de perfusão do membro canulado pode originar complicações como isquémia do mesmo, podendo levar a tratamentos como fasciotomia (devido a síndrome compartimental), ou mesmo amputação. Importa, por isso, reconhecer os sintomas típicos de isquémia, como palidez, perda de pulsos e gangrena (Guglin et al., 2019).

Resultados Esperados
Perfusão dos tecidos efetiva

Intervenções de enfermagem (Inicio a 23/11/2022 e fim a 1/12/2022)

1. Avaliar Perfusão dos Tecidos (particularmente a nível do membro inferior canulado).
2. Vigiar Perfusão dos Tecidos (de modo a perceber se fluxo de sangue que passa na artéria femoral canulada, é suficiente e não causa compromisso em termos de perfusão dos tecidos desse membro) (Pacheco et al., 2021).
3. Monitorizar nível de sedação (recorrendo-se à escala de RASS).
4. Gerir sedação (quando a estabilidade hemodinâmica do doente, assim o permite, pode ser reduzida a sedação de modo a ser possível avaliar a presença ou não, de dor e sensibilidade do membro canulado, assim como a sua intensidade, comparativamente com o membro não afetado).
5. Monitorizar dor (dependendo do nível de sedação, poderá ser utilizada a escala numérica, se o nível de consciência do doente, assim o permitir).
6. Vigiar dor (indo na sequência da intervenção 4, de modo a caracterizar a dor nesta intervenção).
7. Vigiar pulso pedioso (de modo a perceber se é mantida a circulação sanguínea nesse membro, ou se já existe algum sinal de compromisso, consoante as características do pulso, caso este ainda esteja presente).
8. Gerir Dispositivo de Ultrassons (a utilização de EcoDoppler) complementa a vigilância da perfusão do membro e conseqüente risco de isquémia).

9. Vigiar temperatura (vigiar temperatura do membro canulado em comparação com o membro não canulado, e perceber se existe diferença; baixa temperatura pode indicar má perfusão e risco de isquemia) (Pacheco et al., 2021).
10. Vigiar característica (vigiar características do membro canulado, em termos de coloração ou palidez, comparativamente com o membro não canulado; a palidez pode indicar má perfusão e risco de isquemia; por outro lado, edema e pele tensionada, pode ser indicio de síndrome compartimental) (Guglin et al., 2019).
11. Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo (garantindo a fixação das canulas, de modo que estas não se desloquem sob risco de compromisso de fluxo de sangue que irriga o membro inferior).
12. Colher amostra de sangue arterial (níveis elevados de lactatos poderão ser um sinal tardio de isquemia do membro afetado) (Guglin et al., 2019).
13. Vigilância contínua (do membro canulado).
14. Avaliar evolução do plano de cuidados.

Resultado de Enfermagem

Ao longo dos turnos e enquanto o doente esteve sob ECMO, manteve uma perfusão de ambos os membros inferiores, adequada, apresentando apenas uma ligeira palidez. De resto, manteve o membro canulado quente, com pulso palpável. Após redução de sedação, foi possível perceber a presença de sensibilidade e mobilidade desse membro. Não apresentava edema ou outras alterações comparativamente com o outro membro inferior.

(repetir este quadro as vezes necessárias)

01-12-2022

Data Fim

Referências

- Camacho, C. E. G., Sigarrosa, E. R. & Cherit, G. D. (2019). Choque cardiogênico: da definição à abordagem. *Medicina Crítica (Colégio Mexicano de Medicina Crítica)*, 33, 251-258. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000500251&lng=es&tlng=es.
- Cordeiro, L. C., Ribeiro, J. R. V., Amaral, A. A. G. & Werneck, J. T. (2022). A Importância Da Instalação De Um Protocolo De Higieneoral Em Pacientes Entubados: Revisão De Literatura. *International Journal Of Science Dentistry*, 57 (1), 135-146. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391489/57-13.pdf>
- Frota, M. L., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Piacezzi, L. H. V., Okuno, M. F. P. & Batista, R. E. A. (2019). Boas práticas para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica no serviço de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010803460>
- Ghiggi, K. C., Almeida, G. B. & Audino, L. F. (2020). Ventilação Mecânica. *Revista de Ciências da Saúde*, 32, 173-184. <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/download/11579/8862/42403>
- Guglin, M., Zucker, M. J., Bazan, V. M., Bozkurt, B., Estep, J. D., Banayasy, A. E., Gurley, J., Nelson, K., Mahyala, R., Panjath, G. S., Zwischenberger, J. B. & Pinney, S. P. (2019). ECMO venoarterial para adultos. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 70-87. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.038>
- Holanda, M. A., Vasconcelos, R. S., Ferreira, J. C. & Pinheiro, B. V. (2018). Assincronia paciente-ventilador. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 4, 321-333. doi:<https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000185>

Lomanto, A. N. C. M., Carvalho, N. M. S. & Neto, N. S. (2022). *Emergências Clínicas - Abordagem Prática*. Omnis Scientia. <https://doi.org/10.47094/978-65-88958-91-9>

Ordem dos Enfermeiros (2017). "Parecer n. 966/2017 – Colheita para Gasimetria". https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4798/ce_parecer66_2017_gasimetria.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). "Recomendação n. 92/2021 - Montagem dos circuitos de VNI e respetivos filtros nos ventiladores Modelos (...) Vivo 40@ e V60@ - Localização de Filtros e Humidificadores na VMI e na VMNI". https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23951/recomenda%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-2_localiza%C3%A7%C3%A3o-de-filtros-e-humidificadores-na-vmi-e-na-vmni.pdf

Pacheco, A., Monteiro, A., Fonseca, A. C., Lusquiños, A., Santos, A., Francisco, A. R., Borges, A., Graça, A., Ferreira, B., Cardoso, C., Vieira, C., Barrigoto, C., Lopes, D., Ramos, F., Marques, H., Lima, J. S., Cabrita, J., Ferreira, J., Queiró, J., Alves, J. M. "...", Marques, V. (2021). *Técnica Extracorporais de Suporte de Órgão em Medicina Intensiva - Uma Abordagem Focada no Doente*. Ad Médic.

Vieira, S. D., Perini, F. C. V., Matos, M. F., Duarte, N. J., Rocha, D., Werneck, V., Bernardes, S. & Saad, M. (2017). Protocolo gerenciado - Hemorragia ativa e choque hemorrágico. *Associação Beneficente Siria*, 1-27. <https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2020/11/5-Protocolo-Hemorragia.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado Congresso Enfermagem Intensiva 2023



Congresso de Enfermagem Intensiva
Serviço Medicina Intensiva | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- *Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica* -



CERTIFICADO

Certifica-se que

Vera Sofia Abrantes Almeida

com o cartão de cidadão nº 12618512, participou na qualidade de **Congressista**, no **Congresso de Enfermagem Intensiva**, realizado na Coimbra Business School, nos dias **23 e 24 de março de 2023**, com um total de 14 horas de formação.

Este evento técnico-científico foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 24 de março de 2023

 Enfª Áurea Andrade Enfermeira Diretora do CHUC	 Enfª Emília Torres Presidente Comissão Científica	 Enfª Rosa Meneses Presidente Comissão Executiva
---	---	--

Entidade Promotora 

Patrocinadores Científicos    

Anexo 2 - Certificado Webinar Do Departamento De Enfermagem Médico--Cirúrgica / Adulto E Idoso - Esel: A Evidência Na Intervenção Clínica



CERTIFICADO

Certifica-se que Vera Almeida participou no 2º Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, realizado no dia 10 de novembro de 2022, com a duração de 5 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo 3 - Webinar A Família Na Transição Saúde - Doença-Intervenção De Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que Vera Almeida participou no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem, que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo 4 – Certificado Congresso Vii Jornadas Técnicas De Medicina Intensiva



**Monitorização do doente crítico
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CERTIFICADO

Certificamos que,

VERA ALMEIDA

esteve presente nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Prof. Doutor Luis Bento
Presidente das Jornadas

Anexo 5 - Certificado SBV



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Vera Sofia Abrantes ALMEIDA

24/04/1984

Received the ERC qualification
**Basic Life Support (BLS)
Provider**

In Setúbal, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
lead instructor



Date last course: 29/04/2022

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-444-013189

Anexo 6 - Certificado SAV



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Vera Sofia Abrantes ALMEIDA

24/04/1984

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-661-212207

Anexo 7 - Certificado ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Vera Sofia Abrantes Almeida, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/5/2022

course site

IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 14.0 Course #: 2117LS#14282 CSH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to <https://www.capce.org/Certification/Feedback>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL30028)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcock Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



349457-48576

Vera Sofia Abrantes Almeida, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date: 6/5/2022 Expiration Date: 06/2025

Course Number: 48576

Course Location: IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

