



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

INFORMATION NEEDS OF THE FAMILY
IN THE CRITICALLY ILL PERSON

Por

Cláudia Maria Morgado Sousa

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

INFORMATION NEEDS OF THE FAMILY
IN THE CRITICALLY ILL PERSON

Por

Cláudia Maria Morgado Sousa

Sob orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2022

*“Uma das tarefas mais difíceis como ser humano
é ouvir as vozes dos que sofrem”*

Frank (1995)

*Querida avó,
não imaginas como foi difícil e doloroso
ver-te debilitada pela doença
e não poder fazer nada para te ajudar,
não saber nada do que se passava ao certo,
não ser alguém que vissem e com quem falassem.
Cresci com a ideia de que eras a Super Mulher,
que não existia nada que te pudesse roubar de nós.
Obviamente eras humana, mas não eras comum.
Foste sempre única e especial,
e continuarás a ser a minha maior inspiração!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, por serem a minha força quando julgo não ter mais,
por me inspirarem a querer ser melhor, por eles e também para eles.

Por me receberem sempre com brilho nos olhos e o melhor abraço do Mundo,
mesmo quando chego depois do prometido.

Ao Ricardo, por me apoiar desde o primeiro segundo,
por ter estado presente sempre que eu não estava,
por ter acreditado e me ter motivado nos momentos de desesperança.

A toda a minha família e amigos, com destaque para os meus pais e irmão,
pela compreensão dos momentos de ausência, pelas saídas apressadas, pelo carinho e
incentivo.

Aos colegas da Urgência e do Mestrado, que me desafiaram, acreditaram
e motivaram ao longo de todo o percurso e sem os quais teria sido muito mais difícil.

Aos enfermeiros orientadores e enfermeiros dos serviços pelo acolhimento,
pela partilha de conhecimento de experiência e de oportunidade de crescimento.

À Prof. Doutora Manuela Madureira, pela infinita paciência, orientação e pelas palavras de
motivação.

À Prof. Doutora Isabel Rabiais, pelo carinho e disponibilidade sem igual.

A todos o meu Obrigada!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e tem como propósito, descrever e analisar de forma crítica e reflexiva, o percurso desenvolvido e as competências adquiridas no decurso dos estágios, bem como a sua relevância no desempenho de funções enquanto Enfermeira Especialista.

Este percurso formativo foi desenvolvido em dois contextos específicos: Viatura Médica de Emergência e Reanimação, e Unidade de Cuidados Intensivos que, conjuntamente com as competências prévias detidas enquanto enfermeira de cuidados gerais, visaram o desenvolvimento de conhecimento e de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e família.

Tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados e de contribuir para o conhecimento, optou-se por uma temática central focada na pessoa em situação crítica e necessidade de informação da família, tendo sido elaborada uma Revisão Sistemática de Literatura, intitulada “Necessidades de Informação da Família da Pessoa em Situação Crítica”. Como resultado desta revisão foi possível sistematizar essas necessidades e sublinhar a importância do papel do Enfermeiro Especialista.

O internamento hospitalar da pessoa em situação crítica afeta a família enquanto sistema em interação, gerando sentimentos de ansiedade, medo e stress. Pela presença constante junto da pessoa em situação crítica e relação que estabelece com a mesma e seus familiares, o enfermeiro é o profissional que mais se destaca para avaliar as necessidades de informação da família e intervir, tendo como finalidade favorecer o processo de transição e adaptação, bem como minimizar danos da dinâmica familiar.

O enfermeiro especialista assume um papel primordial na área de intervenção junto da família e enquanto agente de mudança, nomeadamente na criação de protocolos e a sua monitorização através de registos, bem como na sensibilização dos profissionais que prestam cuidados de enfermagem em contexto de cuidados críticos, visando o cuidado de excelência.

Este Relatório procura assim, demonstrar o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e mestre numa envolvimento com a evidência científica.

Palavras-chave: Enfermagem Especializada, Necessidade de Informação, Família, Pessoa em Situação Crítica, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The following report is, within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for Critically Ill Person and aims to describe and analyze in a critically and reflectively way the path developed and the skills acquired in the course of internships, as well as its relevance in the performance of functions as a Specialist Nurse.

This formative path was developed in two specific contexts: Medical Vehicle of Emergency and Resuscitation, and the Intensive Care Unit which, together with previous skills held as a general care nurse, aimed the development of knowledge and scientific, technical, ethical, and relational skills in specialized care in medical-surgical nursing for critically ill person and their families.

In order to improve the care provided and contribute to build knowledge, and based on the chosen which concerns the person in a critical ill and the need for information from the family, we have conducted a Systematic Literature Review, entitled "Information Needs of the Family in the Critically Ill Person". As a result of this review, it was possible to systematize these needs, and underline the importance of the Specialist Nurse role.

The hospitalization of a critically ill person affect the family as an interacting system, generating feelings of anxiety, fear and stress. Due to the constant presence with the critically ill person and the relationship established with their families, the nurse is the professional who most stands out to assess the family's information needs and intervene, with the purpose of favoring the transition and adaptation process, as well as minimizing damage to family dynamics.

The specialist nurse plays a key role in the field of intervention with the family and as a change agent, namely in the creation of protocols and their monitoring through records, as well as in raising awareness to the professionals who provide nursing care in the context of critical care, aiming at a care of excellence.

This Report seeks to demonstrate the process of developing competencies of a specialist nurse in medical-surgical nursing and a master in an involvement with scientific evidence.

Keywords: Specialized Nursing, Information Needs, Family, Critically Ill Person, Critical Care.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ADP – Área Dedicada a doentes Positivos para infeção por SARS-COV2

ADR – Área Dedicada a doentes Respiratórios

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – Corona Virus Disease 2019

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – Oxigenação através de Membrana Extracorporal

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EG – Escala de Glasgow

et. Al – e outros

EPCR – Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

FC – Frequência Cardíaca

IACS – Infeções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IT – Instrução de Trabalho

IV – Intra Venosa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cárdio Respiratória

PV – Parâmetros Vitais

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RENDA – Registo Nacional de Não Dador

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

TEPH – Técnico de Emergência Pré-hospitalar

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UGP – Urgência Geral Polivalente

UO – Unidade de Observação

UPP – Úlcera por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVCoronária – Via Verde Coronária

VVSépsis – Via Verde Sépsis

VVTrauma – Via Verde Trauma

WHO – World Health Organization

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	19
1- NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SÍTUACÃO CRÍTICA - <i>Revisão Sistemática da Literatura</i>	25
1.1. Enquadramento Conceptual.....	25
1.2. Método.....	27
1.3. Resultados Obtidos	30
1.4. Discussão	37
1.5. Limitações do Estudo.....	39
1.6. Considerações Finais	39
1.7. Recomendações.....	40
Referências Bibliográficas	41
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS. 45	
2.1. Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	54
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	62
CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	81
ANEXO I – Certificado de Participação no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”	83
ANEXO II – Certificado de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro”	87

ANEXO III – Certificado de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem especializada: Um Valor em Saúde”	91
APÊNDICES	95
APÊNDICE I – Instrução de Trabalho sobre “Prevenção de Úlceras por Pressão”	97
APÊNDICE II – Instrução de Trabalho sobre “Apoio à Pessoa Vítima ou Suspeita de Violência Sexual”	103
APÊNDICE III – Poster Intitulado “Necessidades de informação da família da Pessoa	109
em situação crítica”	109
APÊNDICE IV – Instrumento de Verificação de Terapêutica da Mala Médica	113
APÊNDICE V – Guia de Acolhimento de Familiares.....	117
APÊNDICE VI – Guia de Acolhimento para Familiares	131

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1-Metodologia PICo para formulação da questão de revisão	27
Tabela 2-Critérios de inclusão dos artigos	28
Tabela 3-resumos dos estudos incluídos na investigação.....	30

Figura 1-Processo de identificação e inclusão dos estudos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow	29
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular “*Estágio Final e Relatório*”, que integra o plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O documento tem como finalidade descrever o percurso desenvolvido, através da análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, aprendizagens adquiridas, atividades e competências desenvolvidas, sob forma de fundamentar a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

O percurso académico teve por base as competências nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) bem como o perfil de competências definido pela UCP no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (ICS, 2021), onde estão incluídas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que regulamentam os princípios comuns da intervenção de todos os enfermeiros especialistas, e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018a) que visam prover um enquadramento regulador das competências específicas dirigidas a um alvo e contexto de intervenção, respetivamente: “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de 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*” (OE, 2018a, p, 19359).

Todas as atividades são orientadas e fundamentadas pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), que integra os princípios gerais do exercício

profissional dos enfermeiros (OE, 2015a) e o Código Deontológico dos Enfermeiros, que enuncia um conjunto de deveres e direitos para a prática profissional (Lei no 156/2015 16 de Setembro, 2015) que permitiram ir ao encontro de um agir profissional, ético e deontologicamente sustentado, possibilitando a tomada de decisão e julgamento clínico de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica e família.

O curso de Mestrado em Enfermagem visa formar peritos em Enfermagem Avançada, produtores de conhecimento novo, numa prática informada pela evidência, proporcionando melhoria na área da saúde e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

É no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, integrados com os conhecimentos e as competências desenvolvidas, que será possível alcançar a especialização, como proposto no modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2005).

O período de estágio, essencial no percurso formativo, fará sentido numa perspetiva de desenvolvimento de competências aliado a uma prática reflexiva, com recurso a mobilização de conhecimentos baseados na evidência, visando a capacitação para a gestão de situações complexas, tomada de decisão autónoma e fundamentada (Rabiais, 2016).

É no decorrer do estágio que se deve evidenciar todo o universo de saberes adquiridos, demonstrando a sua aplicabilidade fundamentada com o intuito de aperfeiçoar e adquirir competências que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados, criando a capacidade de transpor para outros contextos da prática, buscando o nível de perito.

Assim foram realizados estágios em dois contextos distintos que incluíram: o extra-hospitalar e unidade de cuidados intensivos. A escolha dos locais de estágio, foi ditada pela experiência em contexto de serviço de urgência, e oportunidade para o desenvolvimento de competências diferenciadoras, bem como pelo interesse e curiosidade no *continuum* do cuidado à pessoa em situação crítica e família.

A Pessoa é definida como “(...) *um ser social e agente intencional de comportamento baseado nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...)*” (OE 2017, p.2), integrada num ambiente e em iteração com o mesmo, e é agente ativo no processo de saúde. Ainda de acordo com a OE (2018) a Pessoa em Situação Crítica é “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios de vigilância, monitorização e terapêutica*” (OE 2018, p.19362). Assim, a pessoa deve ser vista como única e com necessidades próprias, em

constante interação com o ambiente, com capacidades de adaptabilidade, mas que pode entrar em desequilíbrio. Ao longo da vida, cada pessoa vivencia diversos processos de transição, que fomentam uma adaptação a uma nova realidade, obrigando a uma reorganização interior, de forma opcional ou forçada (Meleis, 2010). Ao longo do presente relatório será a pessoa a designação utilizada, uma vez que é um dos conceitos centrais da Disciplina, no qual me reconheço e integro o meu cuidado.

Segundo Wright & Leahey (2013) *“a pessoa em situação crítica encontra-se a viver uma situação saúde/doença complexa, muitas vezes de carácter emergente, que implica admissão num contexto de cuidados críticos. A natureza desta situação tem impacto no seio da sua família, podendo comprometer a sua dinâmica devido às relações que se estabelecem entre os elementos que a compõem”* sendo que o Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho (pag. 19363) elenca que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deverá *“Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*.

Porque o doente está situado num contexto social, a família, a informação deverá ser partilhada de acordo com a vontade expressa da pessoa, estando ela em condições de o fazer. Porém, quando isto não acontece e a família possa ser considerada como unidade de cuidados e, portanto, destinatária de informação, há que fornecê-la, mas será só aquela que venha a reverter em benefício do próprio e/ou da família como prestadora de cuidados (OE 2005, p.180). Neste âmbito importa referir o Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro que, sobre o dever de informação nos diz - alínea c) *“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação”*; e o Artigo 85.º - do dever do sigilo, alínea b) *partilhar a informação pertinente só com os que estão implicados no plano terapêutico*” e ainda o Artigo 86.º - do respeito pela intimidade, alínea b) *salvaguardar sempre, no exercício das funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa*” (OE, 2015).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica que engloba a assistência à família do doente nas perturbações emocionais decorrentes da condição de um dos seus membros (Regulamento nº135/2018 de 16 de julho, 2018) assume um lugar de excelência na promoção de intervenções autónomas de enfermagem, que sensibilizem a equipa para esta problemática.

Assim, com a finalidade de minimizar eventuais danos na dinâmica familiar, bem como favorecer o processo de transição e adaptação, importa identificar quais as necessidades da família da pessoa em situação crítica, no âmbito da informação.

Tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados e contribuir para o conhecimento optou-se pela escolha do tema central, focado na pessoa em situação crítica e na necessidade de informação da família. Para o efeito, foi elaborada uma revisão sistemática de literatura, que visa responder à questão de investigação: *Quais as necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados críticos*, com a finalidade de explorar e sintetizar a evidência da literatura.

A motivação que justifica o desenvolvimento da temática tem simultaneamente cariz pessoal e profissional, e advém da análise crítica do contexto de trabalho, onde frequentemente me deparo com doentes críticos e familiares que descrevem sentimentos como: medo, ansiedade, desespero, decepção, frustração, exaustão física e psicológica associados à doença muitas vezes súbita e com necessidade de internamento, destacando-se assim a importância do desenvolvimento de competências na abordagem da família da pessoa em situação crítica.

Compreender a situação vivida pela família contribui para o entendimento da complexidade da intervenção de Enfermagem, o que implica a necessidade de se recorrer à Teoria das Transições (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias, & Schumacher, 2000) enquanto guia orientador.

Metodologicamente, este relatório enquadra-se na descrição e análise crítico reflexiva das atividades que se constituíram essenciais para a consecução dos objetivos delineados, assim como se ilustra o texto com as experiências vivenciadas, sinergicamente promotoras do desenvolvimento de competências. Também se considerou a integração e mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico, que, conjuntamente com a revisão de literatura, pesquisa bibliográfica em bases de dados, informação e feedback obtidos em reuniões com os enfermeiros orientadores e professoras da UCP foram determinantes.

O presente documento encontra-se disposto de acordo com as orientações da UCP e está estruturado da seguinte forma: revisão sistemática da literatura intitulada “*Necessidades de Informação da Família da Pessoa em Situação Crítica*”; enquadramento conceptual; análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas ao longo dos estágios;

reflexão final; referências bibliográficas, segundo a norma *American Psychological Association* (APA, A., 2020); e por último, constam os anexos e apêndices.

Salienta-se que se trata de um documento que será tornado público pelo que, por questões de confidencialidade e anonimato, foram ocultados dados que permitam a identificação de instituições (ICS, 2021).

1- NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SÍTUACÃO CRÍTICA – *Revisão Sistemática da Literatura*

O internamento hospitalar da pessoa em situação crítica ocorre geralmente de forma aguda e inadvertida, sendo revestido de particularidades que afetam a família enquanto sistema em interação, gerando sentimentos de ansiedade, medo e stress. (Oliveira, 2013).

A falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada no momento oportuno é um dos aspetos que motiva maior insatisfação por parte dos familiares, relativamente aos serviços de saúde. (Saiote, 2010).

Pela presença constante junto da pessoa em situação crítica e relação que estabelece com o doente e familiares, o enfermeiro é o profissional que mais se destaca para avaliar e intervir nas necessidades da família. Assim, e com a finalidade de minimizar eventuais danos na dinâmica familiar, bem como favorecer o processo de transição e adaptação, foi levada a cabo uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de explorar e sintetizar a evidência da literatura sobre as necessidades de informação da família da Pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados críticos.

1.1. Enquadramento Conceptual

Todo o estudo, teórico ou conceptual engloba um quadro de referência, sendo uma estrutura lógica de ideias ou conceitos relacionados entre si. Considerando a questão de revisão, são abordados conceitos que devem ser aprofundados, por forma a uma melhor compreensão.

A palavra **Necessidade** vem do latim *necessitate*, e encontra-se descrita como “*o que precisa mesmo; o que é indispensável ou imprescindível*”. (Dicionário Infopedia).

Por sua vez, **Informação** significa “*transmitir dados sobre qualquer coisa, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Assim, a informação é constituída por dados revestidos de significado e relativos a um contexto útil*”. (OE 2005, p.112).

Le Coadic, pesquisador da área da ciência da informação, destaca que *“o valor da informação varia conforme o indivíduo, as necessidades e o contexto em que é produzida e partilhada”*. (Le Coadic, 1996, p.36).

Sendo de grande importância e relevância perceber quais as necessidades de informação de cada família, no seu contexto e situação específica.

O conceito de **Família**, apresentado pela Organização Mundial de Saúde em 1994, e citado pela OE em 2009, coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família, pois o conceito não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. A família é um grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e num destino comum. (OE, 2009).

A família é um espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, com uma grande capacidade de auto-organização. Perante uma situação adversa de internamento de um membro, esta auto-organização fica afetada, com dificuldades em se reorganizar, daí a importância do trabalho dos enfermeiros tomando como foco os cuidados à família. (Figueiredo & Martins, 2010).

Assim, a família *“é considerada como Unidade Social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”* (OE 2017, p.19). Ainda segundo Figueiredo & Martins *“família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade”*. (Figueiredo & Martins 2010, p.552) .

No decurso da presente revisão, serão considerados família da pessoa em situação crítica, todos os que se preocupam com o indivíduo enquanto ser único, quer estejam ligados por laços legais e biológicos ou não.

Assim, importa identificar as necessidades da família da pessoa em situação crítica, no âmbito da informação, no sentido de orientar áreas de intervenção para uma melhoria contínua, almejando a excelência do cuidado.

1.2. Método

Com o objetivo de dar resposta à questão de revisão: *Quais as necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados críticos*, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, com a finalidade de explorar e sintetizar a evidência patente na literatura da especialidade sobre as necessidades de informação da família da Pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados críticos, assumindo como palavras chave: *necessidade de informação, família, pessoa em situação crítica, cuidados críticos*.

A revisão da literatura foi realizada utilizando as bases de dados CINAHL Complete® e PubMed®, entre Julho e Setembro de 2021, utilizando os seguintes descritores: family, information, critical care, mobilizados com os operadores booleanos OR e AND.

De acordo com a questão de revisão utilizou-se como estratégia de pesquisa (operador booleano):

((Family (All Fields) OR caregiver (All Fields) OR Family Caregivers (All Fields) OR reference person (All Fields) OR Critically ill family (All Fields)) AND ((information (All Fields) Or Needs (All Fields) OR Communication (All Fields)) AND ((Intensive care unit (All fields) OR emergency care unit (All fields) OR Operating room (All Fields) OR Critical care (All Fields) OR Intensive Therapy unit (All Fields) OR Emergency nursing (All Fields) OR Critical care Nursing (All fields))

Na formulação da questão de revisão foi utilizada a estratégia PICo (tabela 1) e foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão de artigos (tabela 2).

Tabela 1-Metodologia PICo para formulação da questão de revisão

P	População	Família do doente crítico
I	Fenómeno de interesse	Necessidades de informação
Co	Contexto	Cuidados Críticos

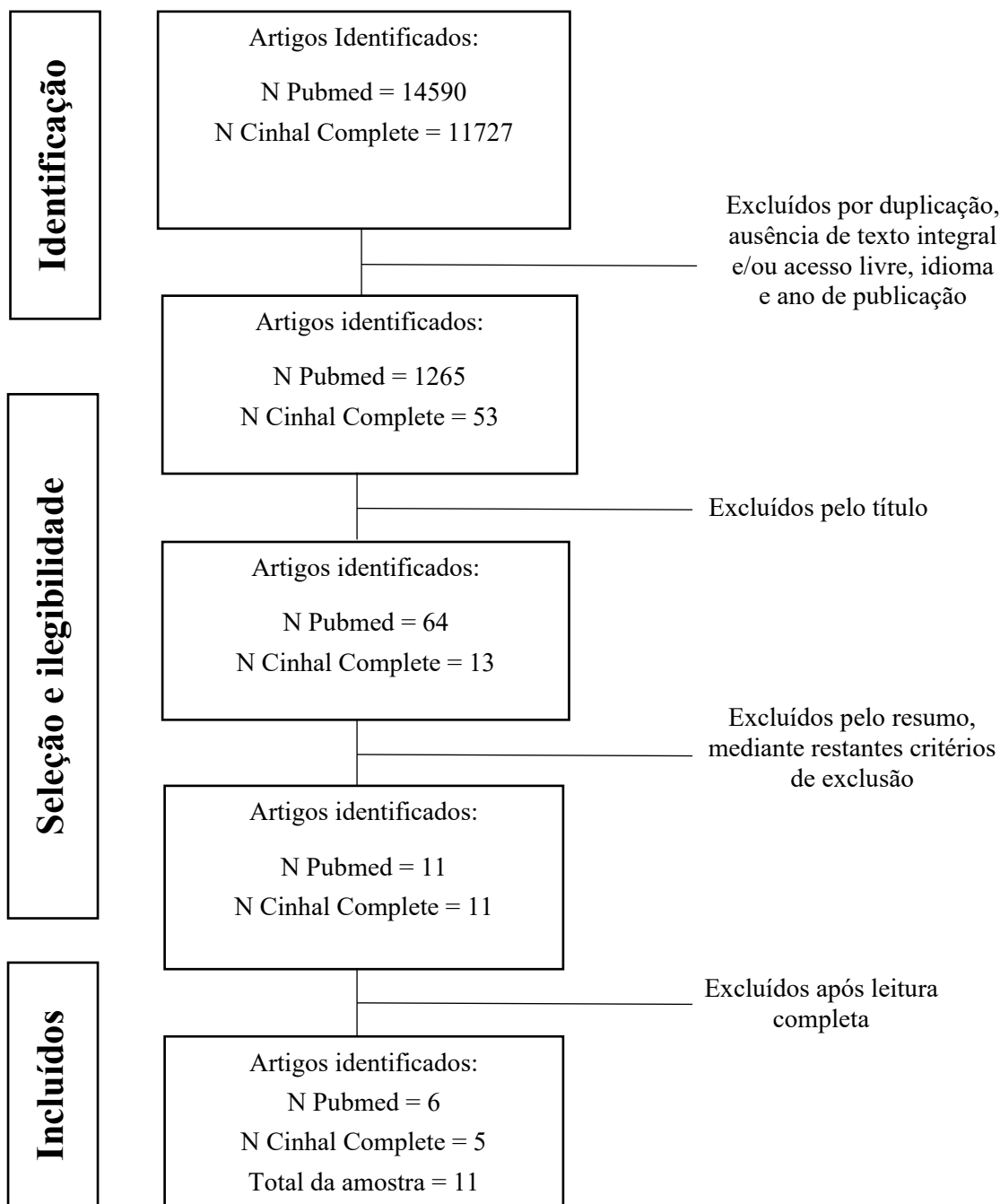
(The Joanna Briggs Institute, 2017)

Tabela 2-Critérios de inclusão dos artigos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Ano do estudo	2010- 2021
Língua do estudo	Inglês, Português, Espanhol
Idade	Superior a 19 anos
Acesso do artigo	Texto completo, Acesso livre e referências disponíveis
População do estudo	Família do doente crítico

A amostra inicial incluiu 26317 artigos. Na sistematização do processo de inclusão dos estudos utilizou-se a METODOLOGIA PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse). (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), realizada em Setembro de 2021. A seleção dos artigos é apresentada no diagrama de fluxo (Figura 1).

Figura 1-Processo de identificação e inclusão dos estudos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow



1.3. Resultados Obtidos

Tabela 3-resumos dos estudos incluídos na investigação

Título	End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study - implications for nursing
Autor/Ano/País	Bloomer, Melissa; Lee, Susan; O'Connor, Margaret. Austrália, 2010.
Tipo de estudo	Estudo observacional retrospectivo.
População (amostra)	97 famílias de doentes que faleceram numa UCI medica/cirúrgica metropolitana Australiana.
Objetivo	Identificar questões práticas que influenciam a comunicação em fim-de-vida e o cuidado da Pessoa em Situação Crítica e familiares em UCI.
Resultados	A morte na UCI é frequentemente antecipada e embora a comunicação entre a família e a equipa médica seja evidente, o envolvimento ou ocorrência de comunicação entre a família e o enfermeiro não foi registado e os enfermeiros foram incluídos em apenas 25% das reuniões familiares formais.
Conclusões	O estudo confirmou que a morte é frequentemente prevista na Pessoa em Situação Crítica e criar oportunidades de comunicação com a família ajuda a alcançar o consenso sobre as decisões e o envolvimento dos enfermeiros. Como prestador de cuidado, o enfermeiro não está bem representado, prejudicando a importância do desempenho das suas funções de cuidado direto à Pessoa em Situação Crítica e sua família.
	(Adaptado de Moher et al., 2009)
Título	Families in critical care. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit
Autor/Ano/País	Natalie L. Jacobowski; BA, Timothy D. Girard; MD, MSCI; Jonh A. Mulder, MD; and E. Wesley Ely, MD, MPH. EUA, 2010.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo exploratório.
População (amostra)	26 famílias da Pessoa em Situação Crítica num centro médico.
Objetivo	Identificar o resultado da participação da família em reuniões interdisciplinares.

Resultados	A participação dos familiares em reuniões interdisciplinares foi associada a uma maior satisfação familiar relacionada com a frequência de comunicação com os médicos. Os níveis de satisfação não diferiam entre familiares que participaram nas reuniões e as famílias que não participaram. Para os familiares da Pessoa em Situação Crítica que faleceram, esta participação em reuniões não alterou significativamente a satisfação.
Conclusões	Reuniões familiares interdisciplinares estruturadas podem melhorar a satisfação de algumas famílias, enquanto outras se sentem pressionadas em tomar decisões. É necessário mais trabalho para otimizar a comunicação entre a equipa da unidade de cuidados intensivos e as famílias da Pessoa em Situação Crítica, a compreensão das famílias e os efeitos na carga de trabalho da equipa.
Título	Atendimento recebido pelos familiares ao terem um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar.
Autor/Ano/País	Aldaíza Ferreira Antunes Fortes; Ana Maria Nassar Cintra Sonae; Marta Vieira Tenório Sales; Tatiana Oliveira as Silva; 2011; Brasil.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo, qualitativo exploratório.
População (amostra)	10 familiares da Pessoa em Situação Crítica com atendimento nas salas de urgência e emergência da cidade de Itajubá.
Objetivo	Conhecer as perceções dos familiares relativamente aos cuidados que receberam da equipa médica e de enfermagem, nas salas de urgência e emergência.
Resultados	50% da população refere satisfação relacionada com a agilidade do atendimento à Pessoa em Situação Crítica, como a rápida disponibilização de informação e esclarecimento de dúvidas. Os restantes 50% referem insatisfação por falta de atenção, sensibilização e humanização dos profissionais de saúde.
Conclusões	Para os familiares a sobrelotação dos serviços de urgência e emergência e a falta de profissionais não devem constituir motivos para a desumanização do atendimento; e esta desumanização existe manifestando-se no tempo de espera por informações. Ficou claro que as pessoas não sabem diferenciar a categoria profissional de enfermagem de outras quando as mesmas lhe prestavam cuidado o que se conclui que os profissionais de enfermagem não se identificam ao atenderem os familiares. Para os familiares não existe descontentamento quanto ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica pelos profissionais de saúde, mas sim em relação ao atendimento que eles próprios receberam dos mesmos profissionais; Existe uma infinidade de perceções e valores profissionais e pessoais que necessitam de ser rapidamente trabalhados como forma de

	humanizar o cuidado quer pela equipe médica quer pela equipa de enfermagem.
Título	Challenges encountered by intensive care nurses in meeting patients' families' needs in Malawi
Autor/Ano/País	Gondwe, W.T.M; Bhengu, B.R.; Bultemeier, K. África, 2011
Tipo de estudo	Estudo descritivo, qualitativo exploratório.
População (amostra)	10 enfermeiras de UCI.
Objetivo	Explorar os desafios que os enfermeiros de UCI enfrentam para fornecer suporte familiar durante a prestação de cuidado complexo à Pessoa em Situação Crítica.
Resultados	A falta de experiência, ausência de protocolos e normas escritas, insuficiente educação e formação específica na área, foram identificadas como as principais barreiras para fornecer suporte aos familiares.
Conclusões	Os enfermeiros vivenciaram dificuldades ao cuidar da Pessoa em Situação Crítica e dos seus familiares, um conflito constante entre cuidar os doentes da UCI e dar suporte aos familiares. Surgiram como recomendações: introduzir o cuidado à família, criar relações de confiança, empatia e colaboração com os membros da família, aumentando o envolvimento das mesmas no cuidado da Pessoa em Situação Crítica.
Título	Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient- Centered Care
Autor/Ano/País	Christopher G. Slatore; Lissi Hansen; Linda Ganzini; Nancy Press; Molly L. Osborne; Mark S. Chesnutt; Richard A. Mularski. 2012. EUA.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo.
População (amostra)	33 enfermeiros de 2 UCI's (ambas com 26 camas).
Objetivo	Examinar qualitativamente os comportamentos de comunicação dos enfermeiros dentro do referencial teórico dos cuidados centrados na Pessoa em Situação Crítica.
Resultados	A maior parte da comunicação de enfermagem ocorreu na troca de informações biopsicossociais nos domínios “doente como pessoa” e “clínico como pessoa”. Os enfermeiros realçaram a importância do domínio compartilhado de poder, responsabilidade e relação terapêutica, no entanto com poucos registos de comunicação nestas áreas. Os comportamentos de comunicação foram fortemente

	influenciados pelo papel dos enfermeiros como tradutores de informação entre médico, doente e família e o que estavam ou não dispostos a comunicar.
Conclusões	O cuidado crítico, incluindo a comunicação, é um esforço colaborativo. A forma como os enfermeiros se envolvem na comunicação centrada na Pessoa em Situação Crítica em UCI pode orientar futuras intervenções para melhorar o cuidado centrado na Pessoa.
Título	Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses
Autor/Ano/País	Mina Gaeeni; Mansoureh A. Farahani; Naima Seyedfatemi; Nooredin Mohammadi. 2014. Irão.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo.
População (amostra)	31 participantes (19 familiares e 12 enfermeiros), de três hospitais universitários.
Objectivos	Explicar as perspetivas dos familiares da Pessoa em Situação Crítica em UCI e enfermeiros sobre o apoio informativo.
Resultados	Os resultados da análise de dados traduziram três categorias e sete subcategorias. Fornecer informações- Informação no momento da admissão, informações verdadeiras e completas e informações gerais; Manipulação de informação- manter as informações e revelação gradual Utilização de informação- apoio da Pessoa em Situação Crítica e apoio dos familiares.
Conclusões	Os resultados demonstram que a família gostaria de ter mais apoio por parte dos profissionais, relativamente à disponibilidade dos mesmos, assim como gostaria de ter mais acesso à informação sobre o resultado dos tratamentos. Por sua vez os profissionais também concordaram com a importância de fornecer informações acerca da causa de internamento, e equipamentos existentes.
Título	Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High Risk of Dying
Autor/Ano/País	Judith A. Adams; Ruth A. Anderson; Sharron L. Docherty; James A. Tulsy; Karen E. Steinhauser; Donald E. Bailey Jr. 2014. EUA.
Tipo de estudo	Estudo descritivo, qualitativo prospetivo.
População (amostra)	32 membros de família de 17 doentes internados em duas UCI do Sudeste dos EUA.
Objetivo	Explorar como os familiares de doentes de UCI com alto risco de morrer, respondem a estratégias de comunicação em enfermagem.

Resultados	Os membros da família descreveram cinco abordagens de enfermagem: demonstrar preocupação; construir uma relação terapêutica; demonstrar profissionalismo; fornecer informações fatuais e apoiar a decisão.
Conclusões	Ao interagir com familiares de Pessoa em Situação Crítica em transição fase curativa para paliativos na UCI, o enfermeiro utiliza estratégias que ajudam os familiares na aceitação, na esperança, confiança e confiança realista, para se prepararem para a perda iminente do seu familiar e para tomar decisões. No entanto, estes também podem utilizar estratégias que afetam negativamente a confiança dos familiares nos enfermeiros, aumentando a dificuldade de aceitação podendo até atrasar a tomada de decisão.
Título	Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit
Autor/Ano/País	Bordin Pelazza, Bruno; Marques Simoni, Rosemary Cristina; Batista Freitas, Ercilhana Gonçalves; da Silva, Beatriz Regina; Paes da Silva, Maria Julia, 2015, Brasil
Tipo de estudo	Estudo transversal prospetivo.
População (amostra)	115 familiares da Pessoa em Situação Crítica internadas há mais de 24 horas em UCI, no período de setembro a dezembro de 2013.
Objetivo	Conhecer as dúvidas dos familiares da Pessoa em Situação Crítica internados em UCI, há mais de 24H, manifestadas durante as visitas de enfermagem.
Resultados	A dúvida que mais se destacou incidia no estado clínico. A diferença média entre as dúvidas da primeira e segunda visita foi estatisticamente significativa.
Conclusões	As dúvidas manifestadas por familiares foram acerca do estado de saúde, condições clínicas e sobre os cuidados realizados. O número médio de dúvidas foi menor na terceira visita.
Título	The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng
Autor/Ano/País	Meghan L. Botes; Gayle Langley, 2016, Africa do Sul.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo quantitativo.
População (amostra)	100 familiares da PSC admitidas no serviço de emergência de um Hospital de Africa do Sul.
Objetivos	Determinar necessidades da família da Pessoa em Situação Crítica na sala de emergência.
Resultados	As categorias resultantes dos dados incluíram comunicação, proximidade, tempo de atendimento, simpatia, profissionalismo,

	<p>tratamento da Pessoa em Situação Crítica, igualdade e necessidades físicas da família. De todas as categorias, a comunicação, o tempo de atendimento e a igualdade foram as mais insatisfeitas. A família verbalizou frustração sobre a má comunicação e tempo de espera prolongado, sendo ainda feita referência à discriminação com base na nacionalidade. A família também refere frustração por não ter permissão para ficar com o seu familiar.</p>
Conclusões	<p>As questões identificadas em relação ao cuidado às famílias incluem comunicação deficiente e discriminação com base na nacionalidade. As necessidades expressas pelas famílias devem ser consideradas na definição dos papéis e responsabilidades do enfermeiro na prática, bem como na sua formação.</p>
Título	<p>Patient and Family Member – Led Research in the Intensive Care Unit: A Novel Approach to Patient- Centered Research</p>
Autor/Ano/País	<p>Marlyn Gill; Sean M. Bagshaw; Emily McKenzi; Peter Oxland; Donna Oswell; Debbie Boulton; Daniel J. Niven; Melissa L. Potestio; Svetlana Shklarov; Nancy Marlette; Henry T. Stelfox. 2016. Canadá.</p>
Tipo de estudo	<p>Estudo qualitativo.</p>
População (amostra)	<p>23 participantes, Pessoa em Situação Crítica ou familiares de Pessoa em Situação Crítica com internamento em UCI nos últimos dois anos.</p>
Objetivo	<p>Identificar experiências e perspectivas da Pessoa em Situação Crítica e família durante o internamento na UCI.</p>
Resultados	<p>Foram identificadas três fases principais durante o percurso da Pessoa em Situação Crítica na UCI: Admissão- onde se destaca o choque familiar e desorientação, com necessidade da presença e suporte de uma pessoa de referência; Cuidados diários- Representar a vontade da Pessoa em Situação Crítica (sendo a sua voz); necessidade de saber; tomada de decisão; cuidados médicos; cultura em UCI; Experiência pós- UCI- Transição de UCI para enfermaria; efeitos a longo prazo da doença crítica.</p>
Conclusões	<p>Com base nos resultados os participantes sugerem cinco propostas para melhorar a experiência da Pessoa em Situação Crítica e família na UCI: Estabelecer uma equipa dedicada ao fornecimento de informações e que funcione como elemento de ligação entre a equipa multidisciplinar e a família; Aumentar a consciencialização da equipa dedicada ao fornecimento de informações acerca da fragilidade da confiança familiar; Melhorar a capacidade de comunicação da equipa dedicada; Melhorar a transição da UCI para a enfermaria; Informar os doentes sobre os efeitos a longo prazo da doença crítica.</p>

Título	“It’s better to have three brains working instead of one”: a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients
Autor/Ano/País	Csila Kalocsai; Andre Amaral; Dominic Piquette; Grace Walter; Shelley P. Dev; Paul Taylor; James Downar; Lesley Gotlib Conn. 2018. Canadá
Tipo de estudo	Estudo qualitativo.
População (amostra)	19 familiares da Pessoa em Situação Crítica de uma UCI num hospital universitário de Toronto.
Objetivo	Explorar perspetivas dos membros da família sobre os facilitadores e desafios para estabelecimento de relação terapêutica com médicos e enfermeiros da UCI.
Resultados	Os familiares participantes destacaram os papéis e práticas complementares dos enfermeiros e médicos da UCI na construção de uma relação terapêutica. Referem que ambos os grupos tinham profissões específicas e contribuições compartilhadas na promoção da comunicação familiar, integração e colaboração. Os médicos desempenham um papel fundamental na importância da família na tomada de decisão, mas a falta de familiaridade das famílias com os profissionais e processos da UCI, a disponibilidade esporádica da equipa médica e uso de linguagem técnica durante as visitas, reforçou as diferenças de poder estabelecidas há muito tempo entre famílias leigas e médicos especialistas dificultando a integração familiar. Os familiares também identificaram interações informais como oportunidades perdidas de construção de relacionamento com os médicos, enquanto a interação informal com os enfermeiros reforça a relação terapêutica. Interações inconsistentes e ad-hoc relacionadas com a tomada de decisão de rotina dificultam o poder de decisão da família.
Conclusões	Existem várias oportunidades para melhorar as relações da família na UCI. As quatro dimensões da relação terapêutica provam ser analiticamente úteis para destacar os aspetos que funcionam bem e os que necessitam de melhoria, como as áreas de integração e a capacidade de decisão da família.

1.4. Discussão

A análise dos artigos, evidencia o facto de a família da Pessoa em situação crítica, viver uma situação complexa decorrente da elevada ansiedade face à irrupção de problemas relacionados com o seu familiar.

A transição saúde/doença é abrupta e acarreta sentimentos causadores de stress, sendo a informação transmitida pelos profissionais, essencial para facilitar o processo de compreensão, aceitação e tomada de decisão.

Naderi, Rajati, Yusefi, Tajmiri e Mohebi, citados por Gaeni et al, afirmam que a necessidade de os familiares da Pessoa em situação crítica receberem informações, está classificada como uma das mais importantes para as famílias. (Gaeni et al., 2014).

Meghan L. Botes e Gayle Langley, identificaram como necessidades da família da Pessoa em situação crítica: a comunicação, proximidade, tempo de atendimento, simpatia, profissionalismo, tratamento e igualdade; sem descurar as necessidades físicas dos mesmos. (Botes & Langley, 2016).

O recurso a técnicas de comunicação, torna-se assim uma mais-valia no estabelecimento da Relação Terapêutica, contribuindo para que a comunicação com a família seja clara, promovendo a redução do seu sofrimento e o restabelecimento do seu equilíbrio. (Adams, A.M.N., Mannix, T., & Harrington, 2017).

De acordo com Gaeni et al., os familiares referem que seria importante ter mais apoio por parte dos profissionais, relativamente à disponibilidade dos mesmos assim como gostariam de ter mais acesso à informação. Os mesmos afirmam no seu estudo que a disponibilização da informação deverá ser ajustada ao longo de todo o processo de internamento. (Gaeni et al., 2014).

Na perspetiva da Pessoa em situação crítica e família, a admissão numa UCI é sempre um momento de choque e desorientação familiar, sendo essencial a presença de uma pessoa de referência para suporte e representação da vontade do doente. (Gill et al., 2016).

A informação disponibilizada no momento da admissão deve ser geral, verdadeira, e completa devendo ser mantida e sujeita a revelação gradual ao longo do processo sempre com apoio ao doente e seu familiar. (Gaeni et al., 2014).

Para Bordin Pelazza, Bruno et al, o estado clínico do familiar surge como a dúvida mais frequente no internamento, assim como os cuidados realizados, e vai diminuindo ao

longo do internamento com o contacto regular com os profissionais. (Bordin Pelazza et al., 2015).

Para isso, contribui uma abordagem de enfermagem em cinco domínios: demonstrar preocupação, construir uma relação terapêutica, demonstrar profissionalismo, fornecer informações fatuais e apoiar a decisão, desenvolvendo estratégias que ajudam os familiares na aceitação, na esperança, confiança e confiança realista. (Judith A. Adams et al., 2014).

Os enfermeiros relatam dificuldade em gerir o cuidado ao doente crítico e aos seus familiares, estando em constante conflito, e apontam como causas a falta de experiência, a ausência de protocolos e de normas escritas, bem como insuficiente educação e formação específica na área, e sugerem como estratégia introduzir o cuidado à família, criar relações de confiança, empatia e colaboração com os seus membros, aumentando o seu envolvimento no cuidado da Pessoa em situação crítica. (Gondwe et al., 2011).

No estudo de Chistopher G. Slatore et al, os enfermeiros realçaram a importância do domínio compartilhado de poder, responsabilidade e relação terapêutica, sendo a comunicação um esforço colaborativo. (Slatore et al., 2014). Também Natalie L. Jacobowski et al referem que a participação dos familiares em reuniões interdisciplinares está associada a uma maior satisfação familiar relacionada com a frequência de comunicação com os profissionais, sendo, no entanto, necessário mais trabalho para otimizar a comunicação entre a equipa da UCI e as famílias dos doentes. (Natalie L. et al., 2010).

Os familiares salientam os papéis e práticas complementares dos enfermeiros e médicos da UCI na construção de uma relação terapêutica, identificando as interações informais com os enfermeiros como um fator de reforço. (Kalocsai et al., 2018).

Para além da admissão e internamento existe uma outra fase geradora de stress, ansiedade, medos e receios à família e ao próprio doente, que é o momento da alta da UCI, com transferência para uma enfermaria, assim como os efeitos a longo prazo da doença crítica. (Gill et al., 2016). Assim, o acompanhamento da Pessoa em situação crítica e família deverá ocorrer além do momento da alta clínica da unidade, sendo o enfermeiro o elo de ligação para o novo serviço, não só como responsável pelo transporte da pessoa, transmissão da informação clínica e conhecimento adquirido na Relação Terapêutica, mas também enquanto agente facilitador desta nova relação da Pessoa em situação crítica e família com a equipa do serviço de destino.

As famílias referem como pontos negativos e que influenciaram a sua experiência neste processo, a falta de atenção, sensibilização e humanização dos profissionais de saúde. (Fortes et al., 2011). Sendo a má comunicação e o tempo de espera prolongado alguns desses fatores. (Botes & Langley, 2016).

Ainda segundo os mesmos autores, para os familiares a sobrelotação nos serviços e a falta de profissionais não devem constituir motivos para a desumanização no atendimento. (Fortes et al., 2011).

1.5. Limitações do Estudo

Como limitação do estudo considera-se a dificuldade de acesso a alguns artigos, por indisponibilidade de texto completo e acesso livre bem como a escassez de literatura recente referente ao tema.

1.6. Considerações Finais

A Pessoa em situação crítica encontra-se sob um processo de gestão de doença considerado grave. Para a família, o *coping* de processos de doença grave é difícil, tanto na gestão do stress associado ao risco de vida existente, como na incerteza da recuperação e até mesmo na instabilidade causada pela ausência do doente no agregado familiar.

Nestes processos familiares é comum surgirem reações como medo, ansiedade, frustração e depressão, tornando-se necessária a utilização de estratégias para amenizar o sofrimento da família e facilitar o processo de compreensão, aceitação e tomada de decisão.

A literatura destaca a necessidade de a família receber informações sobre o seu ente como uma das mais importantes, descrevendo-a como universal e crucial para todos os membros da família, independentemente da idade, género, status socioeconómico ou nível educacional (Mendonça & warren, 1998; Bijttebier et al., 2000; Gaeeni et al., 2014).

A informação disponibilizada deve ser sustentada numa comunicação eficaz e quer-se geral, verdadeira e completa, devendo ser mantida e sujeita a uma revelação gradual ao longo de todo o processo, ou seja, desde a admissão até ao final da transferência de serviço, contemplando a articulação entre serviços ou instituições e privilegiando a relação terapêutica.

Os estudos são unânimes na referência da importância do enfermeiro, exaltando o seu contributo junto da pessoa em situação crítica e família. Na reflexão sobre a prática e identificação de obstáculos, reconhecem-se também áreas passíveis de intervenção e estratégias facilitadoras da comunicação e informação dos familiares da Pessoa em situação crítica.

Os obstáculos à informação dos familiares são multifatoriais, estando na sua origem os profissionais, a pessoa e a instituição e as políticas.

De um modo geral, são apontados como principais obstáculos à adequada informação à família da Pessoa em situação crítica: o próprio ambiente que envolve o cuidado à Pessoa em situação crítica devido ao elevado grau de complexidade que acarreta, muitas vezes condicionado pelo fator tempo, pelo número insuficiente de recursos humanos face à carga horária dos profissionais que não contempla o cuidado à família, a falta de experiência, a insuficiente formação na área, bem como a ausência de protocolos e de normas escritas.

Esta revisão contribui para uma melhor compreensão deste fenómeno e a identificação dos obstáculos à adequada informação dos familiares permitirá que se projetem novas estratégias, visando a satisfação das necessidades da família da pessoa em situação crítica.

1.7. Recomendações

Recomenda-se o cuidado direcionado e uniformizado, o aumento do conhecimento e a sensibilização das equipas para a necessidade dos familiares da Pessoa em situação crítica serem informados da situação clínica do seu ente, tendo em vista uma mudança de atitude dos profissionais. A formação na área da comunicação, a criação de protocolos e a sua monitorização através de registos, bem como o aumento de recursos humanos, permitirá uma maior disponibilidade dos profissionais para o cuidado centrado na família.

O enfermeiro especialista tem responsabilidade acrescida na sensibilização da equipa, na sua formação, na criação de normas e protocolos, bem como na sua monitorização e registos, sendo um elemento de referência na área da informação da família da Pessoa em situação crítica.

Importa ainda registar a necessidade de reflexão constante, e de mais investigação que permita ir ao encontro da excelência do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. Fonte: <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>.

Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulsy, J. A., Steinhauser, K. E., & Bailey Jr., D. E. (2014). Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High risk of dying. Fonte: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.20214.02.001>.

Bloomer, M., Lee, S., & O'Connell, M. (2010). End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study - implications for nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 17–23. Fonte: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104896201&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bordin Pelazza, B., Marques Simoni, R. C., Batista Freitas, E. G., da Silva, B. R., & Paes da Silva, M. J. (2015). Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 60–65. Fonte: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>

Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. In *Curationis* (Vol. 39, Issue 1, p.1567). Fonte: <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>

Dicionário Infopedia da Língua Portuguesa. Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competencia>

Dicionário Infopedia da Língua Portuguesa. Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionários/lingua-portuguesa/necessidade>

Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. Ferreira, C., & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de Internamento. *Informar*, 30, 10–13.

Fortes, A. F. A., Soane, A. M. N. C., Sales, M. V. T., & da Silva, T. O. (2011). Atendimento recebido pelos familiares ao terem um ente querido assistido na sala de Urgência e Emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil*, 10(4), 225–235. Fonte: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104255642&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gaeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2014). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 8–19. Fonte: <https://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>

Gill, M., Bagshaw, S. M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D., Boulton, D., Niven, D. J., Potestio, M. L., Shklarov, S., Marlett, N., & Stelfox, H. T. (2016). Patient and family member-led research in the intensive care unit: A novel approach to patient-centered research. *PLoS ONE*, 11(8), 1–16. Fonte: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>

Gondwe, W. T. M., Bhengu, B. R., & Bultemeier, K. (2011). Challenges encountered by intensive care nurses in meeting patients' family's needs in Malawi. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 13(2), 92–102. Fonte: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107923685&lang=pt-br&site=ehost-live>

Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S. P., Taylor, P., Downar, J., & Gotlib Conn, L. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–9. Fonte: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Le Coadic, Yves-François (1996). *A ciência da informação*. Brasília: Briquet de Lemos.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

NL, J., TD, G., JA, M., & EW, E. (2010). Families in critical care. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 421–430. Fonte: <https://doi.org/10.4037/ajcc2010656>

Oliveira, P. A. D. (2013). Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos. Fonte: <http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>

OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Saiote, Elisabete (2010). A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado. Fonte: <http://hdl.handle.net/10071/2613>

Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Mularski, A., & Mcc, M. (2014). Communication by Nurses in the ICU: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *Am J Crit Care*, 21(6), 410–418. Fonte: <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124.Communication>

The Joanna Briggs Institute. (2017). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa, a palavra Competência significa aptidão, qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; confere idoneidade para avaliar algo ou alguém. (Dicionário Infopedia). Quando abordamos o conceito de competência, devemos lembrar a definição dada por Fleury (2000) como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor à organização e ao indivíduo.

Patrícia Benner (2005) na sua obra “De iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática de Enfermagem” deu um contributo importante na descrição e explicação da variabilidade da perícia clínica entre os enfermeiros, e no efeito que esta tem, na conceção dos cuidados e no exercício da autonomia na tomada de decisão. Para a autora, a perícia clínica é um híbrido entre o conhecimento teórico formal e o conhecimento prático, aquele que advém da experiência. A capacidade de tomar decisões clínicas, perante situações complexas, é o elemento diferenciador dos enfermeiros relativamente à sua perícia, alcançando-se a perícia a partir da passagem por cinco níveis: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito.

Lucília Nunes (2013) refere que é através da experiência e da formação, que desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se integram em padrões morais e legais e caracterizam uma prática competente. Não obstante a diversidade e os contextos diferentes em que essa experiência é desenvolvida, todos os enfermeiros seguem uma mesma finalidade, que é a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Posteriormente, em 2017, a OE caracterizou o conceito de competência, referente ao conjunto de saberes indissociáveis da formação de base e da experiência da ação adquiridas ao longo do tempo em contexto de trabalho, que se evidencia em situações específicas, como “(...) *um saber agir complexo que se apoia na combinação de conhecimentos e habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação*” (OE, 2017, p. 2). No que diz respeito às competências específicas,

estas “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção (...) demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4745).

O processo de aquisição de competências requer a realização de estágios que se aproximem da realidade. O estágio é assim um contexto privilegiado de aprendizagem, observação e intervenção, uma vez que permite vivenciar novas experiências sob a orientação, conhecimento e experiência de um orientador.

Foi na procura da aquisição dessas mesmas competências e almejando o cuidado de excelência enquanto enfermeira perita, que insurgi na demanda do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e Família, tendo como contributo um conjunto de conhecimentos e vivências decorrentes da prática prévia e percurso profissional. Destes, destaca-se a premissa pela qual tenho balizado o meu cuidado: Compreender a situação vivida pela Pessoa e família, entendendo-a como única, com o intuito de ir ao encontro das suas necessidades; contribuindo para isso a **Teoria das Transições de Alaf Meleis**, referencial teórico pelo qual regi este meu percurso formativo, agora evidenciado no presente relatório.

A Teoria das Transições de Meleis, teoria de médio alcance, tem como conceito central a Transição, dando ênfase à importância que os cuidados de enfermagem apresentam nas mudanças e transições de vida (Silva A. P., 2007). Alicerçada na orientação da Disciplina, a teoria da transição integra-se, na corrente de pensamento designado por Paradigma da Transformação que, conforme Kérouac, et al (1994), caracteriza-se pela abertura das ciências de Enfermagem para o mundo, perspetivando os fenómenos como exclusivos, em constante interação com o ambiente. Considerando esta perspetiva, o centro de atenção da Enfermagem recai na pessoa, na sua exclusiva experiência de vida, constituindo-se decisiva numa nova conceção de cuidados de enfermagem. Assume-se assim uma orientação de cuidados e intervenções para a “(...) realidade do ser humano como único, considerando o ambiente envolvente, a saúde e a própria conceção dos cuidados” (Rabiais, 2016, p. 46).

De acordo com Santos et al (2015) transição diz respeito a uma alteração no estado de saúde ou na função dos relacionamentos, expectativas ou habilidades, significando mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos, ou seja, uma passagem de um estado, condição ou lugar. Na Saúde, a larga maioria das transições são de saúde-doença (..) e exige que a pessoa e família tenham capacidades de incorporar novos conhecimentos,

alterações de comportamento, em suma, a alteração da sua própria definição no contexto social (Meleis, 2007).

Assim, convém salientar que para além das 400h de contacto da UC “Estágio Final e Relatório”, é também contemplado neste curso de mestrado um período de estágio respeitante à Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”. Neste contexto importa referir que nos termos do Artigo 4º do Aviso 3127/2016, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº47 – 8 de Março de 2016 (Republica Portuguesa, 2016), foi solicitada creditação, pelo que brevemente se descrevem as competências previamente adquiridas que contribuíram para o desenvolvimento de novas e facilitaram a adaptação nos diferentes contextos de estágio.

Como enquadramento à reflexão do trabalho desenvolvido na minha prática profissional, utilizarei o suporte teórico de Patrícia Benner.

Iniciei a prática profissional no ano de 2003, num serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP) com Centro de Trauma Integrado, na área de Lisboa, e onde permaneço a exercer funções. No que concerne ao cuidado de enfermagem à Pessoa doente e família nas diversas vertentes, a urgência destaca-se como local privilegiado, quer pela sua abrangência na área médica, quer cirúrgica (geral, maxilo-facial e plástica e reconstrutiva), gastroenterológica, neurocirúrgica, neurológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, psiquiátrica, urológica e vertebro-medular; quer pelo atendimento de pessoas com situações clínicas urgentes e de instalação súbita, sejam não graves, com risco de falência de funções vitais, ou situações emergentes de instalação súbita com comprometimento de uma ou mais funções vitais. Entre os níveis que a rede de serviços de urgência integra, os serviços de UGP representam o segundo nível, e maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência. (Direção Geral Saúde, 2001).

Devido à sua complexidade e dimensão a UGP encontra-se dividida por áreas de funcionamento, nomeadamente: Triagem, Áreas de atendimento de ambulatórios, Área de atendimento de macas, Unidades de Observação, Salas de Emergência (Trauma, Reanimação e Isolamento) e Gabinete i Urgência.

Ao longo dos 18 anos de experiência profissional, foram desenvolvidas competências técnicas, organizacionais e comportamentais, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, permitindo a identificação de problemas, o planeamento de intervenções de

enfermagem prevendo riscos e identificando problemas potenciais, prestando cuidados de enfermagem com segurança para todos os intervenientes. Para que tal se sucedesse procurei pautar o meu percurso de forma sustentada, dando por isso ênfase à formação, partilha e aprendizagem com pares e grupos peritos na área em que presto cuidados, com formação específica na área da Pessoa em situação crítica, exemplo destes são: o Ano Complementar de Formação em Enfermagem; os cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV); curso de Urgências Traumatológicas; curso Avançado de Feridas Crónicas; Pós-Graduação em Enfermagem Forense; curso FNE – *Forensic Nurse Examiner*; Pós Graduação em Saúde do Adulto e Cuidado em Situação Crítica. A formação em Triagem de Manchester tem por base a identificação de problemas e critérios de gravidade, com a finalidade de atribuir um nível de prioridade de atendimento à pessoa. Esta exige uma formação prévia dos enfermeiros, e auditorias regulares (Norma 002/2018, 2018). Preconiza procedimentos específicos que incluem a ativação de vias de atendimento emergente, bem como o encaminhamento para a comunidade de situações não urgentes.

A **Triagem** é o local onde ocorre o primeiro contacto com os profissionais de saúde e se dá início ao acolhimento à pessoa e família, onde se procede à identificação positiva da pessoa e onde se colhe informação relevante acerca do episódio de urgência, por intermédio da pessoa, dos acompanhantes e dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH). É caracterizada por uma observação e avaliação sumária que pretende estabelecer prioridades clínicas, de acordo com o sistema de Triagem de Manchester II, bem como o encaminhamento para a devida especialidade. Destaca-se como local de deteção precoce de casos urgentes/emergentes, bem como o de situações não urgentes, dando lugar a procedimentos específicos que incluem a ativação das Vias Verdes (VV), nomeadamente, VV Trauma, VV AVC, VV Sépsis, e VV Coronária ou encaminhamentos da pessoa para os Agrupamentos de Centros de Saúde. Por fim, mas não menos importante, cabe ainda ao enfermeiro da triagem fornecer informações à pessoa e família acerca do procedimento e encaminhamento.

As **Áreas de atendimento de ambulatórios e macas**, correspondem aos diversos balcões e englobam: Balcão de Ambulatórios e Balcão de Macas, Gabinetes de especialidade médica, cirúrgica, oftalmológica, otorrinolaringológica, ortopédica e urológica. É a área onde a grande maioria das pessoas que recorrem à urgência se encontra e onde se realizam o maior número de cuidados diretos ao mesmo. É o local onde se faz a avaliação, monitorização e reavaliação de diversas intervenções de enfermagem, onde se efetuam os

registos, onde se procede a um grande número de procedimentos e cuidados, onde se reforça o acolhimento à Pessoa e família e promove a comunicação e gestão de conflitos com os mesmos.

A pessoa que permanece na **Unidade de Observação**, independentemente da especialidade médica que a assiste, carece maioritariamente de cuidados de nível intermedio ou intensivo, pelo que é submetida a uma monitorização e vigilância permanente. Por este ser motivo, acrescido de ansiedade para a família, cabe também ao enfermeiro prestar-lhe cuidado, indo ao encontro das suas dúvidas e questões, disponibilizando informação verdadeira e clara na medida em que é compreendida, incentivando assim a tomada de decisão consciente e informada. Presentemente e devido às restrições causadas pela pandemia, muitas vezes este cuidado tem lugar através de um telefonema.

Nas **Salas de Emergência**, o que compreende salas de trauma, reanimação e isolamento, é efetuada a identificação e avaliação clínica da pessoa, estabelecendo prioridades de prestação de cuidados segundo o algoritmo de abordagem à Pessoa em Situação Crítica “ABCDE”, tendo como finalidade a sua estabilização, tratamento e encaminhamento. Importa destacar que o doente alocado a estas salas provém maioritariamente da rua e pode vir acompanhado pelas equipas do pré-hospitalar ou chegar pelos próprios meios e por isso sem qualquer tipo de avaliação previa, pelo que estas salas estão dotadas de recursos físicos e tecnológicos que permitem em colaboração com o médico assistente, a realização de técnicas invasivas, tais como: intubação endotraqueal, colocação cateter venoso central (CVC), linha arterial, drenagem torácica, traqueotomia, e em caso de necessidade, realização de exames endoscópicos e cirurgias. É também da responsabilidade do enfermeiro da sala o cuidado à família, pois muitas vezes não têm conhecimento que o doente se encontra na UGP. A sua notificação e correta informação é extremamente importante e deve ocorrer imediatamente após a estabilização clínica ou na impossibilidade desta, no primeiro momento oportuno, pois além de ser um direito e de humanizar o cuidado, poderá também fornecer dados valiosos para melhor compreensão e abordagem à situação clínica da pessoa. Cabe ainda ao enfermeiro realizar a verificação e operacionalidade do equipamento da sala.

O **Gabinete i Urgência** compreende um projeto de melhoria contínua na humanização do cuidado, que, de forma, proativa e reativa, pretende prestar informação adequada e apoio à família, numa lógica de proximidade entre os serviços hospitalares e os familiares da pessoa atendida na UGP, através do contato telefónico com a pessoa de

referência que o doente indica, no intuito de ajudar na redução da ansiedade e stress a que a admissão do doente na urgência está associada. Metodologicamente o projeto tem lugar em dois domínios distintos. O primeiro domínio ocorre através do uso da tecnologia, em que a informação é gerada automaticamente, via sms em quatro momentos do percurso da Pessoa: 1ª avaliação médica; Admissão na UO; Transferência para o internamento; e Alta Clínica. No segundo domínio, a informação é transmitida de forma proativa, pelo enfermeiro à família da Pessoa. Este gabinete teve inicio de funções em Março de 2020, no decorrer da necessidade anteriormente detetada e agravada pela suspensão de acompanhantes e visitas na urgência. Funciona diariamente no período das 8h às 20h e é realizado por um elemento de referência da equipa de enfermagem, da qual faço parte.

Com o surgimento da Pandemia por COVID-19, tornou-se imperativo reformular a forma como vivíamos a UGP. Na verdade, precisávamos de criar uma urgência dentro da urgência, que fosse capaz de proteger profissionais e doentes, pelo que a mesma tem vindo a ser alvo de inúmeras alterações na sua funcionalidade e dinâmica, de acordo com as necessidades identificadas (em parte de acordo com o fluxo de doentes), o que acresce um elevado grau de complexidade para toda a equipa multidisciplinar.

Muitas incertezas advieram com o surgimento do vírus e o medo era uma constante perante o desconhecido, pelo que implicou uma evolução acrescida tanto a nível pessoal como profissional, de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências anteriormente adquiridas, na procura constante da evidência mais atual, nomeadamente a gestão de processos complexos.

Como enfermeira perita e elemento de referência, assumia responsabilidade acrescida perante a equipa de enfermagem, na organização dos circuitos, na gestão dos cuidados e do risco de infeção, na gestão dos elementos em conjunto com a enfermeira chefe de equipa e na substituição da mesma quando esta não estava presente.

Foram muitas as horas passadas na UGP, juntamente com outros elementos da equipa multidisciplinar, para que juntos delineássemos um plano de ações sustentado na estratégia multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção:

- Elaboração de circuito e área específica para doentes suspeitos de infeção por SARS-COV-2, sendo denominada de Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR) e para portadores de infeção por SARS-COV-2, denominada como Área Dedicada a Doentes Positivos (ADP);

- Utilização de Equipamento Proteção Individual (EPI), como vestir e despir de forma segura;
- Reforço da correta higienização das mãos e de utilização de Solução Antisséptica de Base Alcoólica;
- Reforço da etiqueta respiratória nos profissionais e também na educação dos doentes;
- Elaboração de novos planos de higiene ambiental com a gestão hoteleira, nomeadamente como descontaminar equipamentos, como desinfetar as superfícies, como manusear a roupa de forma segura e como retirar os resíduos hospitalares.

Todas estas questões careceram de resposta em tempo record, e nunca o trabalho em equipa de forma multidisciplinar, foi tão significativo. Importa também destacar que toda a reestruturação da UGP foi acompanhada pelo Grupo de Controlo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos como aliado imprescindível.

Devido à suspensão da atividade educativa e formativa, surgiu também a necessidade de se realizarem vídeos e sessões de esclarecimento informais, exemplo dessas são: a utilização dos EPIS; a montagem do circuito ventilatório com sonda de aspiração em circuito fechado; e a abordagem da pessoa em situação crítica com suspeita de infeção por SARS-COV-2 na sala de emergência, com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Dado o elevado risco de infeção, esta abordagem é realizada apenas por um enfermeiro, um anestesista e um médico de medicina interna ou na ausência do último dois anestesistas. Também pelo risco de contaminação e desperdício de material, as salas de emergência encontram-se despidas dos ditos consumíveis, existindo apenas e em número reduzido material para a abordagem inicial. Cabe ao enfermeiro que está de apoio à emergência dar auxílio aos enfermeiros iniciados e preparar a mesa com o material e drogas para entubação orotraqueal com sequência rápida (que se encontra em tabuleiro previamente organizado e devidamente selado), de acordo com as indicações da equipa de anestesia. Este procedimento deverá ocorrer de forma célere e segura, no tempo da pré oxigenação do doente, por forma a não existirem atrasos na otimização da ventilação.

Acresce ao que atrás foi referido, o desempenhar funções enquanto elemento integrante da Equipa de Emergência Médica (EEMI) do Hospital, assim como asseguro o

acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa, durante a transferência a nível intra-hospitalar e inter-hospitalar.

Enquanto elemento da equipa reconhecido como perito, colaboro na integração dos elementos iniciados da equipa de enfermagem, incluindo nas salas de emergência, conforme o protocolo de integração do serviço, definindo objetivos e estratégias de aprendizagem/desenvolvimento de competências, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional.

Destaco também o papel dinamizador no seio da equipa que integro, procurando participar na tomada de decisão, atualização e aprofundamento de conhecimentos, a colaboração na formação contínua em contexto de serviço, procurando fundamentar a prática na mais atual evidência. Exemplos desses são a dinamização do grupo de trabalho que tem como objetivo “Prevenir a Ocorrência de Úlceras de Pressão”, sendo esse um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro de 2015 (2015). A prevenção de Úlceras por Pressão (UPP) ao longo do percurso na UGP é uma preocupação incontornável na promoção da segurança e da melhoria dos cuidados e nesse intuito realizei, conjuntamente com os restantes elementos do grupo, a Revisão da Instrução de Trabalho (IT) (*vide* Apêndice I), e a atualização do Plano de Tratamento das UPP, de acordo com a sua categorização. Procurei, sensibilizar e dar apoio de forma informal aos colegas da equipa de Enfermagem da UGP para a importância da prevenção, tratamento das UPP e respetivos registos nos documentos preconizados pela instituição, em virtude da Pandemia por Covid 19 não ter possibilitado a formação formal e consequentemente a monitorização dos processos de Enfermagem. O segundo grupo de trabalho que integro e dinamizo tem por finalidade o “Apoio à Pessoa Vítima ou Suspeita de Violência Sexual”. O doente vulnerável, nomeadamente vítima de violência sexual, não poucas vezes, recorre à UGP sobre pretexto de outras queixas, seja por medo de represálias por parte do perpetrador (que pode ou não ser o companheiro de casa e estar presente na UGP) ou por vergonha, dado o grau de intimidade. Cabe a nós enfermeiros, os primeiros profissionais de saúde com que muitas vezes têm contato, fazer a diferença através da confiança necessária na prática do cuidar e no sigilo profissional. Com o intuito de prestar o cuidado humanizado, evitar a vitimização secundária e a perda ou deterioração de vestígios biológicos percíveis de serem considerados provas legais, foi realizado o procedimento multissetorial e IT (*vide* Apêndice II), de igual modo procurei sensibilizar e

dar apoio de forma informal aos colegas da equipa da UGP para a necessidade do cuidado diferenciado.

Reportando ao presente percurso académico e com o intuito de partilhar informação e demonstrar competências na qualidade de futura Mestranda em Enfermagem, participei no “II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem” (Anexo I), no “III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem” (Anexo II) e “IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem” (ANEXO III) organizados pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da UCP, destacando a minha contribuição como coautora, na publicação de um poster intitulado “Necessidades de Informação da família da Pessoa em Situação Crítica” (*vide* Apêndice III).

Foi ainda possível participar em diversas sessões de formação, nomeadamente “Terapias Respiratórias não Invasivas em Contexto de Urgência”, “VNI – Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias”, “Terapia de Alto Fluxo”, “Avaliação e Registo da Dor como 5 Sinal Vital”, “Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio” e “Transfusão em Contexto de Hemorragia Maciça”.

Esta experiência prévia foi claramente facilitadora dos processos de integração em diferentes contextos e permitiu a otimização das aprendizagens no âmbito dos estágios, uma vez que implicou um menor período de adaptação devido às competências adquiridas/desenvolvidas anteriormente.

É no decorrer do estágio que se deve evidenciar e mobilizar todo o universo de saberes adquiridos, demonstrando a sua aplicabilidade fundamentada com o intuito de aperfeiçoar e adquirir competências e habilidades que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados, criando a capacidade de transpor para outros contextos da prática, buscando o nível de perito.

Assim foram realizados estágios em dois contextos distintos, o primeiro decorreu em contexto extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). A escolha dos locais de estágio, foi ditada pela experiência e oportunidade para o desenvolvimento de competências bem como pelo interesse e curiosidade no *continuum* do cuidado à pessoa em situação crítica e família. Para ambos foi definido como objetivo geral: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e Família, adaptados ao contexto de atuação.

2.1. Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) é considerada emergência extra-hospitalar *“toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno”* (OE, 2018b). Foi neste sentido e considerando como imprescindível a participação dos enfermeiros, que a OE determinou à data de 2007 um conjunto de orientações relativas à intervenção no extra-hospitalar, que incluem: prestação de cuidados de acordo com o seu contexto legal, assegurando a estabilização da pessoa vítima de acidente e/ou doença súbita, garantir o acompanhamento e vigilância durante o transporte, assegurar a continuidade dos cuidados e transmissão de informação pertinente, garantir adequada informação e acompanhamento à família da pessoa assistida de forma a minimizar o seu sofrimento assegurando a manutenção/recuperação das funções vitais por todos os meios à sua disposição (OE, 2007).

Pelo atrás referido, e segundo a Ordem dos Enfermeiros, é pedido ao enfermeiro de emergência extra-hospitalar que seja *“detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar (...), responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária (...); assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação(...), de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.”* (OE, 2018b, p.10759).

A escolha do local de estágio prendeu-se assim com a oportunidade de desenvolvimento de competências de elevado grau de complexidade e especificidade, com o profundo interesse pelo extra-hospitalar enquanto continuum do cuidado prestado à pessoa em situação crítica e família, bem como pelo ganho que o mesmo traz à Saúde.

A área de influência direta da VMER escolhida como campo de estágio abrange 12 das atuais freguesias de Lisboa e 4 freguesias do concelho de Loures, estendendo-se sob orientação do CODU às restantes freguesias do Concelho de Lisboa e Loures, assim como aos concelhos de Odivelas, Almada, Seixal, Sesimbra, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Oeiras, Mafra, Alcochete, Montijo, Barreiro, Setúbal, entre outros.

No ano de 2020 e de acordo com o Relatório de Atividades, foram contabilizadas 3101 ativações com assistência a 3137 pessoas, perfazendo uma média de 8.49 ativações por dia. De entre as pessoas acompanhadas, cerca de 60% foram encaminhadas para a UGP da mesma instituição, sendo a prevalência da Sala de Emergência de 89%. Durante este ano a taxa de operacionalidade da VMER foi de 100% relativamente à equipa, sendo a inoperacionalidade contabilizada como 5h06m num universo de 365 dias, relacionado na totalidade com problemas técnicos da viatura.

A salientar que a VMER, dentro da instituição, se encontra integrada na área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos, o que permite a articulação entre o pré-hospitalar e intra-hospitalar potenciando as energias institucionais com resultados inequívocos na melhoria do cuidado prestado.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Despacho 1858/2016, 2016).

No presente ano, na janela temporal compreendida entre 1 de Janeiro e 30 de Setembro foram recebidas 1.120.887 chamadas para o número internacional de emergência médica 112, das quais resultaram 1.032.491 acionamentos, para 671 meios de emergência, entre os quais 44 VMER (INEM, 2021).

A VMER compreende um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente. Esta equipa é constituída por um Médico e Enfermeiro, e dispõe de equipamento para o Suporte Avançado de Vida em situações do foro médico ou traumatológico, atuando na dependência direta dos Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Tem base hospitalar, e funciona como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade, cujo principal objetivo é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita. Desta VMER destaca-se ainda um núcleo dinamizador, que fomenta o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, através de formação e realização de eventos científicos, com o objetivo de promover a discussão do estado da arte na área da emergência médica, reanimação e trauma, fundamentando conhecimentos para que as equipas multidisciplinares atinjam, o melhor resultado na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar, na urgência e nos cuidados intensivos.

Com a intenção de procurar o conhecimento, a aprendizagem contínua, o desenvolvimento de novas habilidades e aprendizagens profissionais e tendo por base o perfil e o domínio de competências definidas e requeridas para o enfermeiro especialista, com competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica e família, bem como nas competências do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, defini dois **objetivos específicos**: Desenvolver competências na prestação de cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família em contexto de emergência extra-hospitalar; e Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família, no âmbito das necessidades de informação dos familiares em contexto de emergência extra-hospitalar.

A integração ocorreu de forma gradual e natural, muito em parte devido à preocupação do enfermeiro orientador em me incluir em todas as atividades desenvolvidas, mas também pela minha procura e disponibilidade na participação da tomada de decisão e prestação de cuidados. A evidenciar, o espírito partilhado pela equipa, que vai além do estritamente profissional, estando premente a preocupação constante com o bem-estar e a validação da opinião de todos os elementos. A prontidão para debater e esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem, bem como o interesse demonstrado em participar na temática “*Necessidades de informação da família da Pessoa em situação crítica*”, foram apenas alguns exemplos da forma como me acolheram. O facto de conhecer grande parte da equipa e estes me conhecerem e reconhecerem as minhas competências enquanto enfermeira em contexto de serviço de urgência, foi também um elemento facilitador. Partimos de um trabalho conjunto anterior, sem esquecer que se alterou simultaneamente o cenário e a praxis.

Ao longo de todo estágio procurei pautar o meu cuidado num agir profissional, ético e deontologicamente sustentado, possibilitando a tomada de decisão e julgamento clínico de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica e família.

Uma das dinâmicas da equipa é a verificação de material e carga da viatura médica, realizada em todos os turnos, tendo em vista manter os equipamentos operacionais, verificando baterias de: Monitor desfibrilhador, compressor automático externo Lucas, aspirador de secreções portátil, seringa infusora, vídeolaringoscópio e laringoscópio tradicional. A operacionalidade dos equipamentos e a correta verificação da restante carga permite minorar o risco mantendo todos os recursos disponíveis para que a atuação da equipa de emergência decorra sem intercorrências.

Ainda no âmbito da segurança da utilização da medicação e por forma a contribuir para a deteção, prevenção e controlo dos fatores de risco, desenvolvi em conjunto com o enfermeiro orientador um instrumento de verificação de terapêutica para a mala médica da VMER (*vide* Apêndice IV), que confere a dotação disponível de cada medicamento, a data de validade mínima e de vencimento de cada um, bem como um alerta com a data dos dois primeiros medicamentos a terminar a validade. Este instrumento foi aprovado e implementado, está disponível no ambiente de trabalho e é preconizada a sua utilização no momento de verificação e higienização da carga da viatura médica, protocolada para as manhãs de sábado e sempre que se verifique necessário.

A intervenção extra-hospitalar, tal como o nome indica, é caracterizada pela particularidade do contexto, do ambiente em que estamos inseridos e prestamos cuidados. Contrariamente ao que se sucede no intra-hospitalar, onde o ambiente é controlado, no extra-hospitalar somos nós que nos deslocamos ao universo e contexto da Pessoa, que se encontra habitualmente acompanhada dos seus familiares e/ou amigos, pelo que o cuidado à família ocupa um lugar ainda mais preponderante e de maior relevância na nossa atuação.

Para Meleis et al, abordar os problemas vivenciados durante as experiências transitórias, assim como desenvolver estratégias que proporcionem apoio à família nestas ocasiões, são habilidades que o enfermeiro especialista deve deter (Meleis, 2012; Meleis et al., 2000). O enfermeiro, ao cuidar a família, visa a adaptação e definição de estratégias, representando um fundamental recurso mobilizador, estimulador e facilitador, do processo de transição que a família vivencia. Meghan L. Botes e Gayle Langley (2016), corroboram desta visão e identificam as experiências abruptas saúde/doença como sendo causadoras de stress, sendo a informação transmitida pelos profissionais, essencial para facilitar o processo de compreensão, aceitação e tomada de decisão. Assim e ao longo da minha prestação de cuidado em que a família esteve presente, procurei estar e dar à família toda a informação disponível, de forma gradual, verdadeira, clara, na medida do que solicitavam e conseguiam compreender, bem como esclarecer as suas dúvidas e receios e fomentar a tomada de decisão.

Uma das ocorrências que mais me marcou incluiu uma criança tímida, estava de tal forma inserida no ambiente que ocupámos que só me apercebi da sua presença ao darmos início ao transporte da pessoa em situação crítica para a ambulância. Dirigi-me a ela com um sorriso, postura calma e tranquila, baixei-me para ficar ao mesmo nível e perguntei-lhe o nome, mas não obtive resposta. Estava demasiado assustada para comunicar. Apresentei-me, expliquei-lhe que estávamos todos ali para ajudar o pai, que este não se tinha sentido

muito bem, mas que agora já estava melhor e sem dores, que os medicamentos que lhe tínhamos dado já estavam a funcionar. Ela brindou-me com o seu nome e eu enalteci-o dizendo que gostava tanto dele, que também o tinha dado à minha filha, embora fosse mais pequenina. A menina sorriu e perguntou-me: Quantos anos tem a sua filha? Depois de satisfeita a curiosidade, devolveu-me a sua idade, 9 anos. Perguntei-lhe o que a deixava triste e assustada, se me queria fazer perguntas, e ela começou a chorar. Expliquei-lhe que o pai iria ao hospital, para poder receber um tratamento que o ia ajudar ainda mais e cujo objetivo era que ficasse como novo, capaz de correr pela praia um dia inteiro ao seu lado. Sorriu, disse-me que não era filha, mas enteada e que gostava muito dele e dos filhos que estavam na casa da mãe! Pedi desculpa por me ter enganado, enfatizei o facto de ter sido abelhuda e ela voltou a sorrir. Despedi-me e entrámos na ambulância. Não tenho a pretensão de ter tranquilizado a menina na totalidade, mas consegui chegar a ela, consegui que falasse, que exteriorizasse os seus receios através das suas emoções e que sorrisse. A mãe apesar de igualmente ansiosa, compreendeu o que foi dito à filha, de forma simples e adequada à sua idade.

Pelo atrás descrito e refletido, foi possível consolidar competências nas Unidades de Competência “*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*”, “*Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica*” e “*Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Após uma ativação e durante o período em que confirmamos a carga, sobretudo quando a equipa é mais extensa e engloba outros meios de socorro (TEPH, Bombeiros Voluntários ou Sapadores) tem lugar um debriefing cujo intuito assenta na análise reflexiva da situação, no pensamento crítico, na discussão do cuidado planeado e prestado. A procura da intervenção baseada na evidência científica conduz a momentos de aprendizagem para eventos futuros, de alterações que aumentam o ganho, o crescimento profissional e pessoal bem como a melhoria de cuidado.

Como resultado destes momentos, foram várias as situações em que surgiram dúvidas e que tentei colmatar com pesquisa bibliográfica dirigida, partilhando posteriormente com a equipa sob forma de tertúlia, exemplos desses foram: Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica, utilização de soro polielectrolítico

versus cristalóide; analgesia com paracetamol versus metamizol; guideline da anafilaxia, peculiaridades do cuidado prestado à vítima ou suspeita de violência sexual, entre outros.

O extra-hospitalar tem também a particularidade de nos colocar perante situações peculiares com maior frequência do que as que vivenciamos no intra-hospitalar, sendo cada vez mais recorrente a ativação da VMER para situações de Paragem Cárdio Respiratória (PCR) que não são perecíveis de reversão. Nestes casos a confirmação do óbito e a notificação dos agentes de autoridade não representam o término da nossa prestação, existe o cuidado para com o corpo da Pessoa e a sua família. Um cuidado humanizado, digno, respeitoso que tem em conta a privacidade e segurança da pessoa e família. Na grande maioria das vezes a situação não implicou questões forenses com necessidade de preservação de indícios, risco de perda ou deterioração de vestígios biológicos perecíveis de serem considerados provas legais, pelo que houve o cuidado de se limparem os vestígios de técnicas invasivas, de se colocar o corpo na cama ou sofá de forma composta, num ambiente de serenidade, para que a família pudesse registar aquela última imagem e despedir de forma digna.

Os cuidados mencionados anteriormente, permitiram assim fortalecer competências no domínio “*Responsabilidade profissional, ética e legal*” constante nos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4746).

A grande maioria das vezes não reflete a totalidade, não se devendo assim descurar a possibilidade de presença de sinais de violência, agressão física, trauma ou outros indícios de prática criminosa. Assim, o enfermeiro, desperto para estes cenários, assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Outro aspeto de elevada importância e que importa referir é o conhecimento de protocolos estabelecidos, nomeadamente “Gestão de temperatura corporal, em vítimas de PCR recuperada”, “Procedimento específico para Protocolo de ePCR” e “Protocolo de utilização de Ácido Tranexâmico/Hemorragia Maciça”. Estes protocolos são baseados na mais recente informação e evidência científica, e visam a uniformização e otimização do cuidado. Existem além destes, protocolos direcionados para as VV instituídas, nomeadamente VVAVC e VVCoronária.

Relativamente a esta última, foi interessante ter tido a oportunidade de participar na sua ativação em contexto extra-hospitalar, efetuar o transporte da pessoa para uma UGP e iniciar o circuito acompanhado da pessoa à sala de Hemodinâmica efetuando a transmissão

de informação aos elementos da equipa da UGP e do serviço de Hemodinâmica. Mais uma vez destacando a perspectiva de continuum de cuidados que nortearam a escolha dos locais para a realização dos estágios. Nesta perspectiva tive oportunidade de assegurar a competência na Unidade de Competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Outro dos cuidados emergentes é a monitorização e gestão da dor. De acordo com a Unidade de competência “*Acautelar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*” Regulamento n.º 429/2018 (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363), foi possível fazer esta mesma avaliação, monitorização e gestão na Pessoa com dor torácica em contexto de enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento no complexo s-t, através de recursos farmacológicos. A dor é um sintoma e um sinal comum e angustiante na pessoa em situação crítica e se não controlada coloca a pessoa em risco de inúmeras consequências fisiológicas e psicológicas adversas, podendo algumas tornar-se fatais (Stites, 2013).

Quando estamos em contacto com situações de exceção todos os profissionais recordam um caso em que realmente foram fundamentais na manutenção da vida. Situações em que a ação da equipa de emergência extra-hospitalar tenha sido preponderante, quer na rápida chegada ao local, quer na intervenção, quer mesmo nas decisões tomadas. Aquela situação em que todo o Sistema Integrado de Emergência Médica funcionou em pleno.

Numa manhã de semana fomos ativados para um pedido de ajuda para uma senhora de 56 anos de idade, com queixas de dor torácica, que se encontrava sentada na via pública. Já a caminho do local, recebemos atualização de dados para alteração de estado de consciência, que a pessoa não respirava e que tinha sido iniciado Suporte Básico de Vida (SBV) por transeunte guiado pelos operadores do CODU.

À nossa chegada a senhora encontrava-se sob SBV efetuado pela equipa de TEPH e com elétrodos multifunções colocados e ligados ao Desfibrilhador Automático Externo. Tinham completado 5 ciclos e não tinha sido efetuado nenhum choque.

A equipa dividiu-se automaticamente, a médica dirigiu-se para a cabeça da doente e procedeu à entubação orotraqueal através do laringoscópio tradicional. O enfermeiro orientador conectou os elétrodos multifunções ao monitor desfibrilhador e eu procedi à colocação do Lucas, para compressões automáticas externas. Enquanto a médica assegurava a oxigenação através do insuflador manual conectado a fonte de oxigénio, o enfermeiro

orientador canalizava um acesso venoso de grande calibre, o TEPH avaliou a glicemia capilar, e eu antecipava a preparação da fluidoterapia e dos fármacos Intra Venosos (IV). Avaliámos ritmo, sem pulso. Procedi à administração de adrenalina IV e retomámos as compressões. Reavaliámos ritmo, com pulso, cheio, mas arritmico, com uma Frequência Cardíaca (FC) a variar entre os 60-90bpm. Avaliámos a tensão arterial, 70/90mmHg de sistólica e 35/50mmHg de diastólica. Aumentámos o ritmo da fluidoterapia, o enfermeiro orientador puncionou um acesso venoso na jugular externa e iniciou-se noradrenalina por seringa infusora. Realizámos eletrocardiograma (ECG), que apresentava um ritmo sinusal. Com a concordância de todos, é tomada a decisão de se transportar a senhora para o hospital, pelo que substitui a médica na oxigenação por insuflador manual, com o intuito de a libertar e dar início às diligências para o transporte da doente para uma Unidade Hospitalar referenciada como tendo vaga em Cuidados Intensivos. Enquanto isso o enfermeiro orientador, reforçava e enaltecia o comportamento das pessoas que se encontravam a fazer o Suporte Básico Vida inicial e que tinham permanecido na via pública, embora com alguma distância. Verbalizou o facto de terem sido eles quem realmente salvou a doente, pois só assim tínhamos conseguido reverter a sua situação.

Já na ambulância, eu mantive-me nas insuflações manuais, enquanto o enfermeiro orientador e a equipa TEPH, fazia um breve exame secundário e procuravam informação nos pertences da vítima. Auferimos que tinha antecedentes de: Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemia, que já tinha tido Covid 19 há cerca de 6 meses e que já tinha recebido a primeira dose da vacina, faltando apenas 5 dias para efetuar a segunda toma.

Como hipótese diagnóstica foi identificado possível evento trombótico, Enfarte Agudo do Miocárdio versus Tromboembolismo Pulmonar. Perante estes dados e mais uma vez em equipa, decidiu-se proceder a entubação orogástrica para administração de terapêuticos per os (aspirina e ticagrelor).

Fizemos uma sumária avaliação neurológica, Score 3 na Escala de Glasgow (EG), pupilas isocóricas e não reativas à luz. Os parâmetros vitais estavam agora mais estabilizados.

Já na Unidade Hospitalar, demos entrada na Sala de Emergência. A doente mantinha um Score 3 EG, pupilas midriáticas e não reativas à luz, claramente indicadores de prognóstico reservado. Passei a informação da doente de forma objetiva, clara, completa e sucinta. Despedimo-nos da equipa da UGP e regressámos à viatura, onde tivemos oportunidade de refletir – *debriefing* – acerca da nossa atuação, enquanto simultaneamente

higienizávamos e conferíamos o material. O que fizemos, os tempos que decorreram entre as diversas ações, as decisões que tomámos e o que poderíamos ter feito de diferente.

Às 17h desse mesmo dia foi declarada morte cerebral. Não foi o que imaginámos quando na avaliação de ritmo após o 2ª ciclo palpámos pulso. Apesar de não termos conseguido recuperar aquela pessoa, a palavra fim ainda não tinha lugar. Inverteram-se os papéis e foi a doente que salvou várias vidas, uma vez que não existia registo no RENNDA e possuía critérios de elegibilidade para doação de órgãos.

Este cenário de intervenção extra-hospitalar esteve em consonância com a Unidade de Competência *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, excepção e catástrofe, da concepção à ação”* do Regulamento de Competências EEEEMC vertente Pessoa em Situação Crítica (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19361) e permitiu-me efetuar uma observação, intervenção e tomada de decisão rápida, com recurso à intuição e experiência prévia, de forma a intervir e estabilizar no imediato a pessoa e garantir um transporte seguro a uma unidade hospitalar onde estarão disponíveis os meios técnicos e humanos adequados, garantes da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa. Também a transmissão de informação foi por mim assegurada sob a supervisão do enfermeiro orientador.

As 180 horas de estágio na equipa da VMER proporcionaram-me uma experiência positiva e enriquecedora, não só a nível profissional considerando que atingi os objetivos específicos a que me propus, mas também a nível pessoal pois o espírito que partilham enquanto equipa vai muito além do estritamente profissional. A preocupação constante com o bem-estar, a validação da opinião de todos os elementos, a prontidão para debater e esclarecer quaisquer dúvidas, a colaboração em todas as atividades, o interesse demonstrado pelo outro e o seu reconhecimento, são apenas alguns exemplos da forma como se entregam.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) pessoa em situação crítica *(..) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica* (OE, 2018, p.19362). *Sendo a medicina intensiva a área multidisciplinar (..) que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível de forma a criar condições (..) para uma vida futura com qualidade* (OE, 2017, p.10).

Assim, escolhi a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um hospital central e universitário de Lisboa como local de estágio, pois é reconhecida pela sua excelência clínica e assumida como um centro de referência onde se presta o cuidado especializado à pessoa em situação crítica, certificada através do programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, a Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS, 2018), tal como toda a instituição em que está integrada.

A área de influência da UCIP abrange a região do concelho de Lisboa, e dá apoio a grande parte do território nacional, nomeadamente região sul e vale do Tejo – área metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo, Alentejo (Litoral, Alto, Central e Baixo) e Algarve definidas pela Direção Geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2020).

A salientar que a unidade, dentro da instituição, se encontra integrada na área da Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, estando por isso dotada de meios que permitem prestar cuidado especializado à pessoa em situação crítica do foro médico, cirúrgico e traumatológico, com necessidade de internamento em contexto de UCI, bem como à pessoa que apresente necessidade de intervenções específicas e especializadas como técnicas de substituição dialítica, colocação de electroestimulador cardíaco provisório, broncofibroscopias, plasmaferese, resgate de doente para Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) ou Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (ECPR).

O estágio realizado na UCIP, teve por base um Projeto onde delineei dois **objetivos específicos**: Desenvolver Competências para a prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e Família em contexto de cuidados intensivos; e Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica e Família, no âmbito das necessidades de informação dos familiares em contexto de cuidados intensivos.

Como se pretendia, o projeto revelou ser um elemento facilitador do percurso formativo desenvolvido para a aquisição de novas competências, bem como na consolidação das anteriormente adquiridas, onde estão subjacentes: as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Patrícia Benner (2005) defende que o desenvolvimento de competências é um processo multidimensional e complexo, que se consolida de forma progressiva, remetendo-nos para a importância da experiência prática conjugada com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva visando a qualidade dos cuidados prestados.

A integração na equipa multidisciplinar da UCIP, decorreu ao longo de todo o tempo de estágio e foi largamente facilitada pelo facto de a enfermeira orientadora me incluir em todas as atividades desenvolvidas pela equipa, bem como pela minha afirmação progressiva enquanto elemento participativo na prestação de cuidado à pessoa em situação crítica e tomada de decisão. Foi ainda facilitador do processo de integração, a possibilidade de assistir por diversas vezes a situações de transmissão de informação que promovem a continuidade do cuidado, nomeadamente entre os elementos dos chefes de equipa de enfermagem, os elementos de gestão e a enfermeira chefe do serviço, permitindo-me tomar conhecimento da metodologia de trabalho da equipa, bem como dos elementos responsáveis pela prestação direta de cuidado à pessoa em situação crítica.

Os momentos de transmissão de informação, permitem simultaneamente a partilha e discussão do cuidado com base na mais recente evidência científica. Foram vários os momentos em que surgiram dúvidas e que tentei colmatar com pesquisa bibliográfica dirigida, partilhando posteriormente com a equipa, exemplos desses foram: Comunicação de más notícias; Etiologia de Síndrome Steven Johnson; Cuidados Post-Mortem a falecido proposto para autópsia médico-legal; entre outros.

De referir que a enfermeira orientadora faz parte dos elementos de referência da equipa, assumindo também funções de gestão, permitindo-me tomar conhecimento e participar em áreas como: conferir, repor e selar os carros de reanimação do serviço; elaborar lista de material de Resgate Ecmo, conferir e repor as mochilas para o efeito; verificar condicionamento e datas de validade do material estéril, identificando por vezes inconformidades.

Foi ainda possível tomar conhecimento e aplicar na prestação do cuidado à pessoa em situação crítica, vários protocolos implementados na unidade, que visam a uniformização do cuidado, nomeadamente: protocolo de controlo de glicémia capilar e administração de insulina; protocolo de anticoagulação alvo e administração de heparina no doente sob Ecmo; protocolo de sedoanalgesia; e protocolo de gestão de temperatura/temperatura alvo.

A pessoa em situação crítica encontra-se numa posição de maior vulnerabilidade ao risco de infeção face à complexidade da sua situação clínica e pela necessidade de recurso a técnicas invasivas (OE, 2018). Pelo que a importância da intervenção do enfermeiro especialista nesta área, é alvo de destaque no desenvolvimento da competência, “*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” (OE, 2018).

Tendo sido desde sempre uma temática que me suscitou particular interesse, tive oportunidade de refletir com o enfermeiro responsável pelo grupo de prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), os dados fornecidos acerca dos resultados obtidos nas auditorias referentes aos anos de 2017 a 2019.

Na infeção associada à algaliação verificou-se uma evolução favorável na taxa, de 3.82% para 1.04%, justificando a manutenção do procedimento em vigor.

Relativamente à Sepsis associada ao CVC de 1.3% para 2.4% e novamente 1.4%, verificou-se a necessidade de alteração do procedimento, com um resultado bastante positivo, não obstante a verificação de múltiplas falhas de fornecimento de penso de cateter.

No que diz respeito à infeção de pneumonia associada à VMI um decréscimo de 11.14% para 5.41% e 9.52%, estando o ano de 2019 com um agravamento significativo devido ao impacto dos doentes submetidos a Ecmo.

Esta evolução nas taxas das IACS, são resultado de uma análise cuidada e estruturada, que permitiu a identificação das falhas, onde as havia e respetiva alteração dos procedimentos, tendo em vista normas de boas práticas e *bundles*.

De ressaltar que na UCIP os familiares são alvo de intervenção nesse sentido, sendo integrados nos feixes de prevenção de IACS através do cumprimento de medidas universais simples como a higienização das mãos antes e depois da visita, bem como na utilização de equipamentos de proteção individual, máscara e avental, dado o contexto de pandemia por Covid 19 (DGS, 2020).

O conhecimento nesta área, a familiarização com as boas práticas e a forma como produziram resultados, são parte do conhecimento que levo comigo e tento transmitir aos meus pares na prática da UGP. Neste sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica, consulta de procedimentos multissetoriais, normas e orientações para de forma consistente fortalecer competências e fundamentar o meu exercício nesta área.

O Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, salienta a importância do cuidado à família (OE, 2018). Nesse sentido o acolhimento à família em contexto de cuidados intensivos, assume particular importância por representar o início do

estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família, o que permite que esta nos momentos de acesso à UCI “alivie algum do seu desassossego” (Mendes, 2015). Trata-se do primeiro momento na interação enfermeiro-família que enfatiza a humanização do cuidar.

Presentemente a sociedade viu-se sujeita a restrições impostas pela pandemia, entre elas a suspensão das visitas, com implicações negativas na pessoa em situação crítica, agravando o isolamento social experienciado. O estado de saúde débil da pessoa em situação crítica, conjugado com a ausência da família, eleva os níveis de stress agudo, ansiedade e depressão (Golfarb, Bibas, & Burns, 2020).

Foi com enorme gratificação que constatei que na UCIP a visita da pessoa em situação crítica nunca tinha sido interrompida, mas sim restringida a uma visita/ dia, durante o período de 30 minutos (IT- Circular Informativa nº 217 de 19/06/2020) e que tinham sido conjuntamente criadas estratégias como a criação do Projeto Equipa Móvel “Mais Próximos de Ti”, com a finalidade de apoiar e promover a comunicação e reestabelecer a proximidade entre a pessoa em situação crítica e família, através de tecnologia (telemóvel ou tablet), realizando uma vídeo chamada.

Dado o impacto causado na área do acompanhamento familiar, foi identificada a necessidade de ainda assim se modificar práticas, no sentido de adequar a realidade ao cuidado humanizado à pessoa em situação crítica e família e foi nesse sentido que elaborei um Guia de acolhimento de familiares (*vide* Apêndice V) e um Guia de acolhimento para familiares (*vide* Apêndice VI), com a colaboração da enfermeira orientadora e de uma enfermeira especialista.

O Guia de Acolhimento de Familiares reflete a importância da família na gestão do processo de internamento, explica a dinâmica do acolhimento, bem com a importância da comunicação e da planificação da visita, visa o envolvimento da família no controle de IACS e a importância do acompanhamento da família no momento de transição de Serviço, tendo em vista a gestão familiar, o cuidado humanizado e um contínuo de cuidado à pessoa em situação crítica e família.

Já o Guia de Acolhimento para Familiares, visa fornecer informação escrita essencial à família, pois muitas vezes a ansiedade em que esta se encontra não lhe permite gerir de forma eficaz a informação fornecida no momento de acolhimento. Fornecer informação de

forma formal, em modo de (..) escrita parece reduzir a ansiedade da família e melhorar o seu nível de satisfação (Scott, Thomson, & Sheperd, 2019).

Foram diversas as oportunidades que tive de realizar contacto com os familiares da pessoa em situação crítica, com todos procurei manter um ambiente tranquilo com privacidade e estabelecer uma relação terapêutica com base na empatia. Ouvir as suas dúvidas, esclarecer as questões colocadas, procurar ir de encontro às suas necessidades, fornecer informação verdadeira, clara e gradual, na medida da capacidade de gestão da mesma, foram algumas das estratégias utilizadas. Enfoco também as inúmeras vezes que utilizei o toque, sendo este, maioritariamente o maior consolo prestado. Assim, considero que, nesta envolvimento e também nesta perspectiva foi atingido um dos objetivos a que me propus, bem como o desenvolvimento da competência “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”.

CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu explicar o percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, assim como se evidenciam nele o desenvolvimento de competências de mestre ao realizar uma revisão de literatura intitulada: *"Necessidades de informação da família da Pessoa em situação crítica"*.

Neste contexto, o presente relatório teve como suporte, os objetivos e competências preconizadas no plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da UCP. Mais especificamente nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos e nos regulamentos das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica com vertente na Pessoa em Situação Crítica, documentadas pela Ordem dos Enfermeiros. Todas as atividades foram orientadas e fundamentadas pelo REPE (OE, 2015) e o Código Deontológico dos enfermeiros, permitindo ir ao encontro de um agir profissional, ético e deontologicamente sustentado, possibilitando a tomada de decisão e julgamento clínico de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica e família.

O enquadramento teórico inicial permitiu compreender os conceitos centrais da temática com base na evidência científica, para um conhecimento acerca do estado da arte. Posteriormente através de uma análise profunda do percurso formativo desenvolvido foi possível refletir criticamente sobre as atividades realizadas e os resultados obtidos, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências sinalizadas e propostas aquando da realização do projeto de estágio.

A realização do presente percurso formativo revelou-se um desafio que se manterá em aberto. A assunção de conhecimentos multidisciplinares adquiridos, aprofundados e atualizados, através da frequência nas Unidades Curriculares no primeiro e segundo semestres, constituíram um enorme contributo para o planeamento do projeto, onde foram delineados objetivos a atingir, e cuja consecução foi suportada nas atividades realizadas,

numa envolvimento promotora de desenvolvimento de competências de especialista. A realização da revisão sistemática de literatura, enquanto suporte da prática clínica em evidência científica, forneceu uma maior compreensão do fenômeno pelo seu subsídio na operacionalização do estágio e investimento no campo da investigação em enfermagem. A realização do estágio nos diferentes contextos selecionados foi o culminar de um projeto há muito planejado, gratificante pelas inúmeras situações vivenciadas com potencial formativo.

O estágio em contexto de extra-hospitalar e cuidados intensivos permitiram uma perspectiva contínua do cuidar em enfermagem que reconhece intencionalmente as necessidades da família da pessoa em situação crítica e baseia as intervenções tendo em consideração a sua inclusão. A vivência num ambiente focado na humanização dos cuidados deixou perceber a importância da promoção do cuidado centrado na pessoa doente e família na qual se insere. A apropriação desta filosofia do cuidar implica tempo e consistência na sua implementação por parte de toda a equipa multidisciplinar. As dificuldades sentidas no contexto, relacionadas com os obstáculos à informação dos familiares e o sofrimento presenciado daqueles a quem se prestam cuidados, constituíram fatores impulsionadores de crescimento. O encontro de estratégias para ultrapassar esses obstáculos, nomeadamente a reflexão crítica sobre a prática e o encontro com peritos da área clínica subsidiaram a aquisição e desenvolvimento de competências na área da informação da família da pessoa em situação crítica.

A experiência na VMER teve como foco principal a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de extra-hospitalar. Esta oportunidade permitiu conhecer a vivência da pessoa doente no momento que antecede a admissão na Urgência. Deixou perceber a importância e influência que o domínio do contexto tem na prestação de cuidados à pessoa doente e em particular à sua família.

A experiência prévia e conhecimento adquirido ao longo do percurso profissional no contexto de Urgência, permitiu enquanto elemento ativo e responsável pela promoção de um cuidado centrado na pessoa e família, contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na temática proposta.

Em síntese pode-se dizer, que a realização do presente percurso formativo e deste curso de mestrado, permitiu através das atividades desenvolvidas, contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências a que me propus, pelo que se considero que a sua finalidade foi alcançada. Considerando o modelo de Dreyfus, este percurso tornou-se

essencial para a consolidação do nível de perito na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família no contexto de cuidados críticos.

A salientar como pontos fortes a experiência profissional ao longo dos últimos anos em Urgência, e que conduziu à escolha da temática em que tenho particular interesse e motivação; a implementação do projeto i Urgência, e a possibilidade de o integrar; a realização da revisão sistemática de literatura que sustentou a operacionalização do estágio na mais recente evidência científica; o encontro com peritos da área clínica e o apoio dos Enfermeiros Orientadores Clínicos e Pedagógico.

Considera-se como limitação o fator tempo que se revelou limitado para dar continuidade à implementação do projeto do gabinete i Urgência no que respeita à reformulação da norma de procedimento em vigor e respetivo folheto informativo, referentes ao acolhimento à família na Urgência onde exerço funções.

Como perspetiva futura realço a importância de dar continuidade ao investimento no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de saberes científicos, técnicos e relacionais especializados na área de cuidados á pessoa em situação crítica, bem como contribuir para uma melhoria da prática baseada na mais recente evidência, nomeadamente em intervenções de enfermagem que garantam a informação à família da Pessoa em situação crítica, em tempo adequado e ao longo das diferentes fases de atendimento, numa perspetiva de promoção e melhoria do cuidado, da humanização e da satisfação das necessidades, almejando o cuidado de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. Fonte: <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>.

Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulsy, J. A., Steinhauer, K. E., & Bailey Jr., D. E. (2014). Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High risk of dying. Fonte: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.20214.02.001>.

APA, A. P. (2020). *Publications manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7th edition ed.)*. Washington: American Psychological Association.

Benner, P. *De iniciado a perito*. 2ª. Coimbra: Quarteto. (2005). ISBN: 989-558-052-5. p. 294

Bloomer M., Lee, S., & O'Connell, M. (2010). End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study - implications for nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 17–23. Fonte: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104896201&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bordin Pelazza, B., Marques Simoni, R. C., Batista Freitas, E. G., da Silva, B. R., & Paes da Silva, M. J. (2015). Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 60–65. Fonte: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>.

Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. In *Curationis* (Vol. 39, Issue 1, p.1567). Fonte: <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>.

CHKS. (2018). Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Obtido em 20 de Setembro de 2019, de CHULC-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa

Central. Fonte: http://www.chlc.min-saude.pt/wp.content/uploads/sites/3/2019/01/2018_2019CHKS.pdf.

Despacho nº1858/2016. (2016). Diário da República nº 25, Série II (5 de Fevereiro de 2016), 4494. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Fonte: http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.p

Dicionário Infopedia da Língua Portuguesa. Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competencia>

Dicionário Infopedia da Língua Portuguesa. Fonte: <https://www.infopedia.pt/dicionários/lingua-portuguesa/necessidade>

Direcção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin (2o ciclo). Obtido 20 de Setembro de 2021. Fonte: <https://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>

Figueiredo, Henriqueta. – Nota final. In BARBIÉRI, Maria C. [et al] - Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família, 2009. p. 153-155. ISBN: 978-989-96103-2-3.

Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. Ferreira, C., & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de Internamento. *Informar*, 30, 10–13.

Fleury MTL, Fleury A. (2000). Estratégias empresariais e formação Ruthes RM, Cunha ICKO. Ruthes RM, Cunha ICKO. 112 Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 109-12. de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC (Especial), 183-196. Fonte: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf> G.

Fortes, A. F. A., Soane, A. M. N. C., Sales, M. V. T., & da Silva, T. O. (2011). Atendimento recebido pelos familiares ao terem um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil*, 10(4), 225–235. Fonte:

[https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104255642
&lang=pt-br&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104255642&lang=pt-br&site=ehost-live)

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infecção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. Lisboa, Portugal. Fonte: https://content.gulbenkian.pt/wp.content/uploads/2016/04/2900516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infeção-Hospitalr.FCG_sem-miras.pdf.

Gaeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2014). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 8–19. Fonte: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>.

Gill, M., Bagshaw, S. M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D., Boulton, D., Niven, D. J., Potestio, M. L., Shklarov, S., Marlett, N., & Stelfox, H. T. (2016). Patient and family member-led research in the intensive care unit: A novel approach to patient-centered research. *PLoS ONE*, 11(8), 1–16. Fonte: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>.

Golfarb, M., Bibas, L., & Burns, K. (2020). Family Engagement in the Cardiovascular Intensive Care Unit in the COVID-19 Era. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(8), 1327.e1-1327.e2. doi:10.1016/j.cjca.2020.05.027.

Gondwe, W. T. M., Bhengu, B. R., & Bultemeier, K. (2011). Challenges Encountered by Intensive Care Nurses in Meeting Patients' Families' Needs in Malawi. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 13(2), 92–102. Fonte: [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107923685
&lang=pt-br&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107923685&lang=pt-br&site=ehost-live)

ICS. (2021). *Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório"*. Lisboa.

Inem (2021). Fonte: <https://extranet.INEM.pt/stats/dashboard>.

Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S. P., Taylor, P., Downar, J., & Gotlib Conn, L. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–9. Fonte: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>.

K rouac, S. e. (1994). La pens e infirmi re. Conceptions e stratégies. Québec.

Le Coadic, Yves-François (1996). A ciência da informação. Brasília: Briquet de Lemos.

Lei n 156/2015. (2015). Procede   segunda alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série I, 8059-8105. Assembleia da República (N.  181, 16 de setembro de 2015). Fonte: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.

Maestri, E., Nascimento, E. R. P. do, Bertoncello, K. C. G., & Martins, J. de J. (2012). Estrat gies para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem UERJ, 20(1), 73–78. Fonte: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. Fonte: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. Fonte: Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress (Fifth Edition ed.)*. Pennsylvania: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice (1st ed. ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, A. P. (2015). *A Informação   Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

NL, J., TD, G., JA, M., & EW, E. (2010). Families in critical care. *Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit*. *American Journal*

of Critical Care, 19(5), 421–430. Fonte: <https://doi.org/10.4037/ajcc2010656>

Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem: «Cinco Estrelas» Revisadas. VIII Encontro Enfermagem do Centro Hospitalar Leiria-Pombal. Ordem dos Enfermeiros. (2009). Fonte: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-d-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>

Norma 002/2018. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral da Saúde. Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.asp>

Oliveira, P. A. D. (2013). Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos. Fonte: <http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>

OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

OE. (2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

OE. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26, 4744–4750*

OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

OE. (2018a). Regulamento nº429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República, 2ª Série (Nº 135), 19359-19370*. Fonte: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

OE. (2018b). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário da República, 2ª série, nº74, 10758-10764*. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REP_E_29102015_VF_site.pdf.

OE. (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Nº 26(Série II de 2019-02-06), 4744-4750*. Fonte: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições Académicas.

Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República, série II (16 de julho de 2018), 19359-19370*. Assembleia da República.

Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, série I (6 de fevereiro de 2019), 4744-4750*. Assembleia da República.

Saiote, Elisabete (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado. <http://hdl.handle.net/10071/2613>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium, 20(49), 153-171*. Fonte: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/489>.

Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open, 6(3), 698-712*. doi:10.1002/nop2.287.

Silva, A. P. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. *Servir, 55(1/2), 11-20*

Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Mularski, A., & Mcr, M. (2014). Communication by Nurses in the ICU: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *Am J Crit Care*, 21(6), 410–418. Fonte: <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124.Communication>

Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill adults. *American Association of Critical-Care Nurses*, 33(3), 68–79.

The Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*.

Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Universidade Católica Portuguesa. (2021). *Guia da Unidade Curricular – “Estágio Final e Relatório” - no âmbito de Mestrado em Enfermagem*.

Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Enfermeiro(a) **Cláudia Maria Morgado Sousa**, participou no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 29 de novembro de 2019.

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Universidade Católica Portuguesa
Sérgio Deodato, Ph.D., RN
Professor Associado

Aluno n.º 193519025

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa) “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum” 29 de novembro 2019 | Auditório Cardeal Medeiros, UCP - Lisboa

Programa

9:00 – Mesa 1: DESAFIOS EMERGENTES NA COMUNIDADE

Moderador: Filipa Castro (Mestre em Enfermagem, EC)
Cristina Pires (Mestre em Enfermagem, EC) – “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável - Ação Local e Pensamento Global”
Celine Machado (Mestranda do 12º CME - EC) - “Vigilância Epidemiológica em Serviços Centrais”
Sara Fialho (Mestranda do 12º CME - EC) – “Diagnóstico de Situação: Indicadores Contratualizados numa UCC”

10:00 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Mestre Juan Ambrósio (Faculdade de Teologia da UCP) - “O Bem Comum em Saúde”

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Professora Dra. Adriana Dutra Tholl (Universidade Federal de Santa Catarina) - “Pesquisar, cuidar e reabilitar pessoas e famílias no quotidiano pelos fios da razão sensível”

11:45 – Mesa 2: HOSPITAL, CRIANÇA E COMUNIDADE

Moderador: Telma Duarte (Mestre em Enfermagem, SIP)
Ana Filipa Santos (Mestre em Enfermagem, SIP) - “Parentalidade Positiva... Para além da Alta Hospitalar”
Ana Correia (Mestre em Enfermagem, SIP) - “Promoção do sono da criança: do Hospital à Comunidade”
Silvia Galo (Mestranda do 12º CME - SIP) - “A influência da cultura na amamentação: intervenção de enfermagem em saúde infantil e comunidade”

14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Prof. Doutor Rodrigo Jensen
(Universidade Estadual Paulista - UNESP) - “Processo de Enfermagem na Comunidade”

14:30 – Mesa 3: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Moderador: Catarina Dias (Mestre em Enfermagem, SMP)
Ana Rita Cardeira (Mestre em Enfermagem, SMP) – “Intervenções Cognitivo-Comportamentais: Prática especializada na Comunidade”
Catarina Mourita (Estudante do CPLE SMP) – “Problemas Ligados ao Alcool: Detecção Precoce e Intervenção”
Daniela Barata (Estudante do CPLE SMP) – “Sensibilizar para o conceito de Saúde Mental – Intervenções em Meio Escolar”

15:45 – Mesa 4: O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA


Moderador: Ricardo Picoito (Mestre em Enfermagem, MC)
Joana Alexandrino (Mestre em Enfermagem, MC) - “Dos detalhes do cuidado na «Hospitalização» Domiciliária”
Rita Prazeres (Mestranda do 12º CME - MC) – “Dos detalhes do cuidado na recolha de órgãos em fim de vida”
Cristina Rocha (Mestranda do 12º CME - MC) – “Dos detalhes do cuidado à pessoa em situação crítica com sede”

ANEXO II – Certificado de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro”

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Cláudia Maria Morgado Sousa, participou no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º 192020076

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt



PROGRAMA

9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)
Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - “Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde”
Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) – “Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”
Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) – “Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro”

10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-“The role of ICN in enhancing the value of Nursing”
Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“Realidade la enfermeira especializada en España”
Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Maria Paço (Mestre em Enfermagem, EC)
Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) – “Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2”
Laurlina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) – “Saúde Escolar em Tempo de Pandemia”
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) – “Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável”

14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura”
Maria Antonia Voltrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)
Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro”
António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - “Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”
Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - “Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro”

15:30 –MOMENTO CULTURAL

16:00 –ENCERRAMENTO

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt



ANEXO III – Certificado de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem especializada: Um Valor em Saúde”



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro Cláudia Sousa, em coautoria com Enfermeira Olga Ramos; Prof. Doutora Manuela Madureira e Prof. Doutora Isabel Rabiais, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do **Poster n.º 38** com o tema "**Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica**", no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: António Borges

Ana Paula Silva "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19"

Ricardo Faria "Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-2"

Isabel Faia "Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review"

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)

"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse"

10:45 – INTERVALO

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes "Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado"

Ana Paramos "A esperança na intervenção especializada junto do adolescente"

Débora Querido "A promoção da vinculação -um valor em saúde"

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)

"Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia"

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado "Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária"

Sónia Coelho "As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia"

Maria do Céu Pires "Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia"

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lúcia Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)

"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

16:15 – Lançamento do Livro "25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis"

16:45 – ENCERRAMENTO


17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrução de Trabalho sobre “Prevenção de Úlceras por Pressão”

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS
	PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO
	IT.SDO.124.7008

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

A instrução de trabalho é relativa ao procedimento multisectorial - "SDO 124-Prevenção e Tratamento das Úlceras por Pressão em doentes internados no CHULC".

Tem como objetivo:

- Uniformização dos procedimentos para a prevenção do desenvolvimento de UPP.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

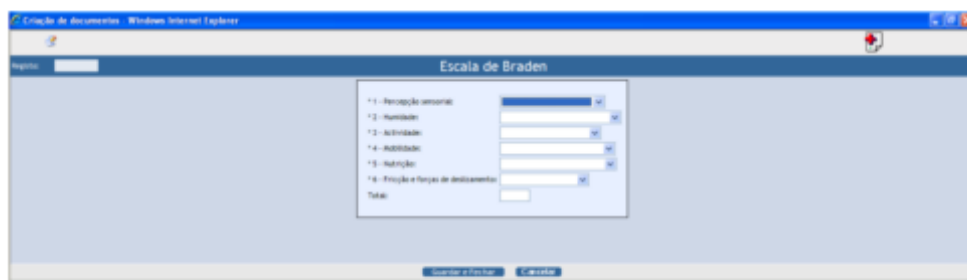
A todos os enfermeiros que exerçam funções na Unidade de Observação da Urgência Geral do CHULC.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP


A avaliação inicial do risco de desenvolvimento de UPP deverá ser feita pelo enfermeiro no momento da admissão na Unidade de Observação

A avaliação deve ser concretizada pelo preenchimento da **Escala de Braden** (ver figura) no programa informático HCIS, acedendo através da Estação Trabalho Clínica, e pela descrição da condição da pele na **Avaliação Inicial**.

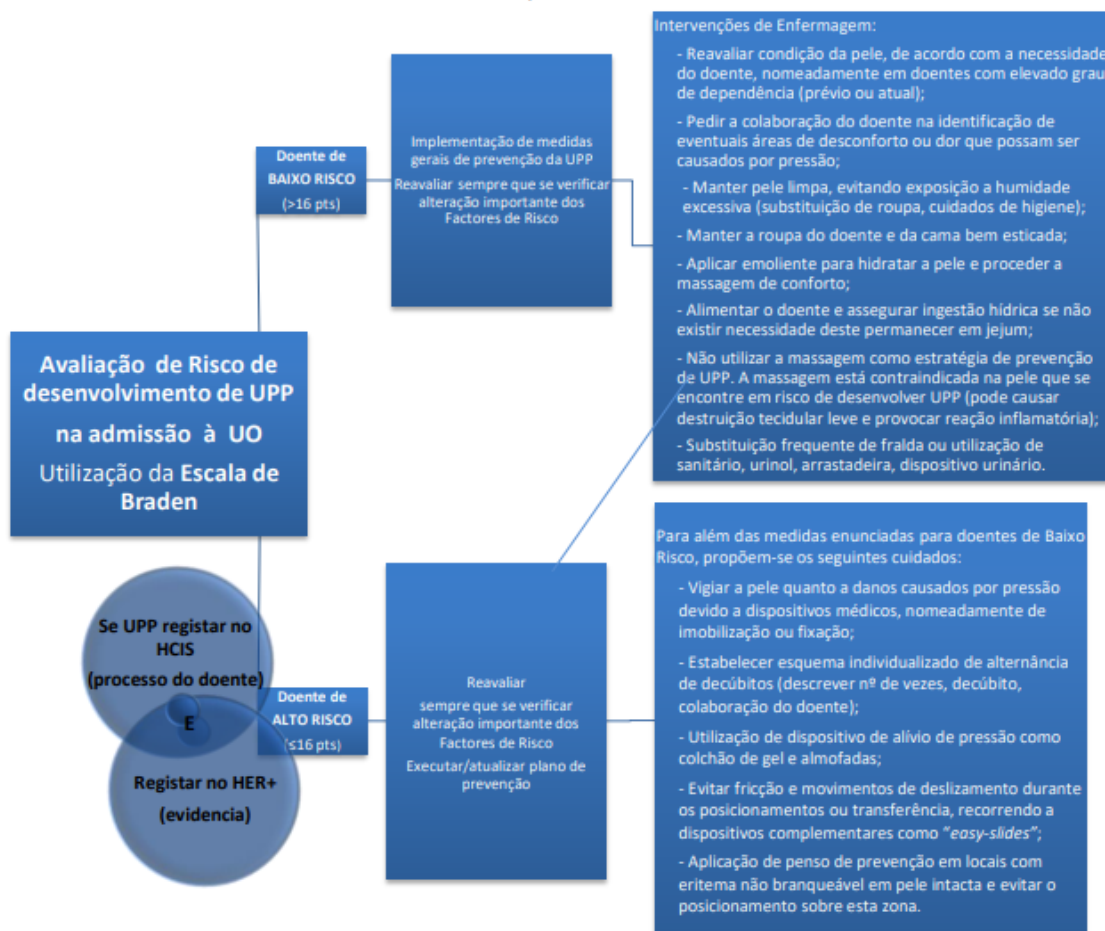


INSTRUÇÃO DE TRABALHO


APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
//_		En ^o Cláudia Sousa, En ^o Elsa Bandeira, En ^o Joana Baldala, En ^o Margarida Tojo; En ^o Sílvia Bragança.	2023	1/3

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS
	PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO
	IT.SDO.124.7008

De acordo com a Escala de **Braden**, o doente será classificado como:



APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	En ^o Cláudia Sousa, En ^o Elsa Bandeira, En ^o Joana Baldaia, En ^o Margarida Tojo, En ^o Sílvia Bragança.	2023	2/3


 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS
	PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO
	IT.SDO.124.7008

Considerações:

- ▶ **Independentemente do grau de risco identificado deverão ser implementadas e registadas medidas preventivas de UPP a todos os doentes.**
- ▶ A reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP deverá ser realizada sempre que as alterações da situação clínica o justifiquem.
- ▶ A informação descrita nos instrumentos deverá acompanhar o doente no momento de transferência ou no caso de alta se o doente tiver necessidade de continuidade de cuidados de enfermagem.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	— / — / —	En ^o Cláudia Sousa, En ^o Elsa Bandeira, En ^o Joana Baldaia, En ^o Margarida Tojo; En ^o Sílvia Bragança.	2023	3/3

APÊNDICE II – Instrução de Trabalho sobre “Apoio à Pessoa Vítima ou Suspeita de Violência Sexual”

 <p>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL</p>	<p>Apoio à Pessoa/Doente Vítima ou Suspeita de Violência Sexual</p>	<p>SERV. COD.000</p>
--	---	--------------------------

1 – DOCUMENTO DE REFERENCIA E OBJECTIVO

OBJECTIVO

Prestar apoio à pessoa/doente vítima ou suspeita de violência sexual.

REFERENCIA

A instrução de trabalho é relativa ao procedimento multisectorial – “Apoio à pessoa/vítima ou suspeita de violência sexual – DOV. 101”.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A toda a equipa multidisciplinar da Urgência Polivalente do CHLC.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Sempre que uma pessoa se dirija à urgência, a equipa multidisciplinar deve orientar a sua conduta de acordo com os seguintes pressupostos (de A a E):

A – Admissão à Urgência

Sempre que na admissão, seja dado conhecimento desta situação pela vítima, deve constar “agressão” como causa de entrada.

B – Triagem

Fluxograma a utilizar – “Agressão”

Encaminhamento -Medicina (sem evidência de trauma) ou Cirurgia (com evidência de trauma)

O enfermeiro que faz a triagem deve:

- Transmitir pessoalmente a ocorrência ao médico da especialidade adequada e ao Chefe de Equipa de Enfermagem, que deverá nomear um colega para acompanhar a vítima ao longo da sua permanência no serviço;
- Encaminhar a vítima, preferencialmente, para a sala de isolamento (ou na indisponibilidade desta para o Balcão).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	<p>Enª Carla Matos, Enª Cláudia Sousa; Enª Raquel Robalo, Enª Sónia Pissarra.</p>	<p>2022</p>	<p>1/3</p>




C – Observação Clínica



MEDICO	ENFERMEIRO
<p><input type="checkbox"/> Colher informação sumaria sobre a situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexto da ocorrência (familiar, institucional) e identificar o agressor; - Tipo de agressão (física e/ou sexual), data e hora - Episódio único ou reiterado; - Tempo decorrido desde a agressão; - Contracepção; - Relações sexuais desprotegidas prévias e posteriores; - Vacinas; - Antecedentes pessoais; - Vontade expressa pela vítima de apresentar queixa <p><input type="checkbox"/> Realizar exame objectivo:</p> <p>Existem lesões traumáticas/sangrantes que necessitem de tratamento urgente?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OBSERVAR E TRATAR</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima pretende recolha de provas?</p> <p style="text-align: center;">▼ NÃO <input type="checkbox"/> Observação completa</p> <p style="text-align: center;">▼ SIM</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contactar Instituto Nacional de Medicina Legal 218811800 Ext. 2006/2011 917288312</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitar se necessário a colaboração de outras especialidades (medicina; psicologia; serviço social)</p> <p><input type="checkbox"/> Efectuar o pedido de exames complementares (analises; serologias; DIG; Rx's)</p> <p>• Efectuar os registos no processo da vítima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o contacto com uma pessoa significativa; • Fornecer informação sobre a preservação de eventuais vestígios biológicos: - Não comer, beber ou fumar; - Não lavar a boca, os dentes, não tomar banho ou lavar os órgãos genitais; - Não mudar de roupa e, se já tiver mudado, preservar a que usava à data da ocorrência (incluindo absorventes), se possível seca e em sacos de papel individualizados e correctamente identificados; - Não lavar as mãos, nem limpar ou cortar as unhas; - Caso tenha de urinar ou evacuar, conservar esses produtos numa embalagem adequada (contentor para exame bacteriológico de urina); <p>• Reforçar a necessidade de realização da perícia médico-legal visto que as lesões genitais são de rápida cicatrização e é de toda a pertinência que sejam registadas.</p>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	Enfª Carla Matos, Enfª Cláudia Sousa; Enfª Raquel Robalo, Enfª Sónia Pissarra.	2022	2/3

 <p>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL</p>	<p>Apoio à Pessoa/Doente Vítima ou Suspeita de Violência Sexual</p>	<p>SERV. COD.000</p>
--	---	--------------------------

D – Exame pericial

O exame pericial é realizado:

- Dias úteis das 8h30 às 17h30 – no INML – onde a vítima se deve deslocar podendo ser acompanhada por um familiar/amigo ou na inexistência deste e a pedido da vítima por assistente operacional ou por agente da autoridade
- Fora do horário acima referido é realizado no Serviço Urgência em local onde seja possível a máxima privacidade da vítima

O enfermeiro:

- Providenciar material para exame físico – Caixa de Perícia Sexual;
 - Colaborar com o perito do INML na realização do exame físico da vítima;
 - Promover as condições para que a vítima se possa despir sobre lençol limpo/papel de filtro branco e proceder ao acondicionamento de roupas, adereços e absorventes, individualmente em envelopes de papel – identificar e entregar ao perito;
- NOTA: qualquer profissional que entre na sala onde se processa o exame pericial deve estar protegido por EPI

E – Após o exame pericial

O enfermeiro:

- Providenciar que seja possível a vítima tomar banho e vestir roupa lavada, comer e contactar uma pessoa significativa (caso ainda não o tenha feito)
- Alertar para o uso do preservativo durante os próximos 6 meses;
- Proceder a desinfeção e tratamento de lesões cutâneas e encaminhar para o Centro de Saúde (se necessário continuidade de cuidados);
- Administrar as profilaxias – KIT disponível na PIXIS;
- Encaminhar para o serviço social, caso seja necessário;
- Realizar os registos necessários no HCIS

O médico:

- Protocolo de actuação terapêutica;
- Encaminhar para consulta de Infeciologia /imunodeficiência;
- Disponibilizar apoio psicológico e social;
- Efectuar os registos necessários no HCIS.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	En ^h Carla Matos, En ^h Cláudia Sousa; En ^h Raquel Robalo, En ^h Sónia Pissarra.	2022	3/3

APÊNDICE III – Poster Intitulado “Necessidades de Informação da Família da Pessoa em Situação Crítica”

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

¹Cláudia Sousa; ²Olga Ramos; ³Manuela Madureira; ⁴Isabel Rabiães.

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ²Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD.

INTRODUÇÃO

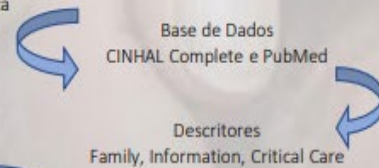
O internamento hospitalar da pessoa em situação crítica é revestido de particularidades que afetam a família enquanto sistema em interação, gerando sentimentos de ansiedade, medo e stress (Oliveira2013).
Pela presença constante junto da pessoa em situação crítica e relação que estabelece com a mesma e seus familiares, o enfermeiro é o profissional que mais se destaca para avaliar as necessidades de informação da família e intervir, tendo como finalidade favorecer o processo de transição e adaptação, bem como minimizar danos da dinâmica familiar.

OBJETIVO

Explorar e sintetizar a evidência da literatura sobre as necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados críticos.

METODOLOGIA

P-Família da Pessoa em situação crítica
I- Necessidades de informação
Co- Cuidados críticos



Operadores Booleanos "OR" e "AND"

Crítérios de elegibilidade
Português, Inglês e Castelhanó
Acesso livre, texto completo, referências disponíveis,
indivíduos mais de 19 anos, família doente crítico , 2010 a 2021

RESULTADOS

Estudos selecionados para análise final = n (11)

<ul style="list-style-type: none"> Universal e crucial Independente da idade, género, status socioeconómico ou nível educacional 	<p>Tipologia da informação</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicação eficaz Geral, verdadeira e completa Revelação gradual Transversal a todo o processo Contemplar a articulação entre serviços ou instituições 	<ul style="list-style-type: none"> Muitas vezes condicionada pelo fator tempo Nº insuficiente recursos humanos face à carga horária dos profissionais que não contempla o cuidado à família 	<p>Educação e formação contínuas</p> <ul style="list-style-type: none"> Maior domínio da capacidade de comunicação Uniformização do cuidado e dos registos Maior disponibilidade dos profissionais para o cuidado centrado na família
<p>Necessidade da família receber informação</p> <p><small>Adams et al., 2011; Bates & Langley, 2016; Gordon et al., 2011; Gaskin et al., 2015; Gil et al., 2016; Gonshaw et al., 2011; Judith A. Adams et al., 2016; Katsouli et al., 2016; Morlock et al., 2010; Rabiães et al., 2010; Siskovic et al., 2012</small></p>	<p>Interação enfermeiro doente e enfermeiro família</p> <p><small>Borini et al., 2015; Goossens et al., 2015; Gil et al., 2016; Judith A. Adams et al., 2016; Morlock et al., 2010</small></p>	<p>Interação enfermeiro doente e enfermeiro família</p> <p><small>Adams et al., 2011; Bates & Langley, 2016; Gil et al., 2016; Gonshaw et al., 2011; Siskovic et al., 2012</small></p>	<p>Educação e formação contínuas</p> <p><small>Adams et al., 2011; Bates & Langley, 2016; Gil et al., 2016; Gonshaw et al., 2011; Judith A. Adams et al., 2016; Katsouli et al., 2016; Morlock et al., 2010; Rabiães et al., 2010; Siskovic et al., 2012</small></p>

CONCLUSÃO

Os estudos identificam a necessidade da família da pessoa em situação crítica receber informação acerca do seu familiar, como universal e crucial, além de ser também um fator potenciador de ansiedade e stress para os elementos que a compõem. Assim, recomenda-se o cuidado direcionado e uniformizado, a formação na área da comunicação, a criação de protocolos e a sua monitorização através de registos, bem como o aumento de recursos humanos e a sensibilização dos profissionais que prestam cuidados de enfermagem especializados em contexto de cuidados críticos, visando o cuidado de excelência.

BIBLIOGRAFIA

Adams, J.M.M., Morris, T., Boney, H., Hargrave, G. (2011) Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nursing in Critical Care*, 16(4), 200-207. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3113.2011.04441.x>

Adams, J. A., Anderson, E. A., Doolittle, S. L., Tubby, J. A., Strohbecker, C. F., Boney, H., et al. (2016) Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of being discharged. *Intensive Care Medicine*, 21(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148516666666>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 20(12), 1000-1006. <https://doi.org/10.1177/1078148515600000>

Borini, S., Basso, M., Livi, S., Bony, G., Casoni, M. (2015) End of life choices family communication in ICU: a retrospective observational study. *Intensive Care Medicine</*

APÊNDICE IV – Instrumento de Verificação de Terapêutica da Mala Médica

Caixa de Fármacos nº 2

Próximo fármaco a terminar validade: Dopamina / Flumazenil

Data da verificação:

22 de Março de 2021

Data: Maio de 21 / Junho de 21

Responsável: Mestranda Cláudia Sousa

<p>4 PROPOFOL 1% 7/21 1 ROCURÓNIO 6/22</p>		<p>6 NALOXONA 7/21 2 FLUMAZENIL 6/21</p>	<p>2 MORFINA 6/22 1 FENTANILO 4/22 1 CETAMINA 11/22 2 NOLOTIL 10/22</p>	<p>4 TICAGRELOR 8/22 8 CLOPIDOGREL 9/21 4 AAS 7/21 4 CAPTOPRIL 6/21</p>	<p>1 FRASCO NTG 11/21 2 STESOLID 6/22</p>
<p>5 ISOPRENALINA 11/21 1 ESMOLOL 3/22 2 LIDOCAÍNA 2% 9/21</p>	<p>1 HEPARINA 3/23 2 CLEMASTINA 8/22 2 SALBUTAMOL</p>	<p>5 HIDROCORTISONA 9/22</p>	<p>2 ONDASETTROM 11/21 2 METOCLOPRAMIDA 5/23</p>	<p>2 ETOMIDATO 10/21 4 DNI 1/22 2 ÁCIDO TRANEXÂMICO 12/21</p>	
<p>15 ADRENALINA 1/22</p>	<p>6 AMIODARONA 7/21</p>	<p>10 ATROPINA 9/21</p>	<p>5 ADENOSINA 7/21</p>	<p>4 DIAZEPAM 11/22 4 MIDAZOLAM 4/33</p>	<p>10 FUROSEMIDA 1/25</p>
<p>1 LABETALOL 9/24 1 NORADRENALINA 10mg 10/21 2 DOPAMINA 5/21 1 EFEDRINA 2/23 1 AMINOFILINA 5/22</p>		<p>Caixa Fármacos</p>		<p>2 GLUCONATO CÁLCIO 4/22 2 SULFATO MAGNÉSIO 3/25</p>	

VMER HSJ – Elaborado por: Cláudia Sousa, Mestranda do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ICSLUCP

APÊNDICE V – Guia de Acolhimento de Familiares

GUIA DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES

UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA



Trabalho elaborado por

Cláudia Sousa

Mestranda 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ICSLUCP

Com a colaboração

Enf. Ana Lusquiños * Enf. Joana Ferreira

Lisboa

Maio 2021

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

EPIS – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UUM – Unidade de Emergência Médica

ÍNDICE

1 UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	116
2 DINÂMICA DO ACOLHIMENTO	117
2.1 COMUNICAÇÃO	117
2.2 PLANIFICAÇÃO DA VISITA	118
2.3 CONTROLO DE INFEÇÃO	119
2.4 ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA	119
3 GESTÃO FAMILIAR	121
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122

1 UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA

A Unidade de Urgência Médica (UUM) é uma unidade de cuidados intensivos (UCI) onde se presta o cuidado especializado à pessoa em situação crítica. Um serviço de elevada diferenciação técnica e tecnológica, reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um centro de referência.

Por norma, os doentes admitidos em UCI são pessoas que requerem cuidados com elevado grau de complexidade e que necessitam frequentemente de ser submetidos a técnicas específicas e invasivas. A presença da família é imprescindível para ajudar a gerir o processo de internamento, motivo pelo qual a Unidade de Urgência Médica sempre se distinguiu no acompanhamento e gestão familiar.

Presentemente a sociedade viu-se sujeita a restrições impostas pela pandemia, não sendo imunes a estas alterações globais e dado o impacto causado na área do acompanhamento familiar, identificámos a necessidade de modificar práticas, no sentido de adequar a atual realidade ao cuidado humanizado à pessoa em situação crítica e família.

2 DINÂMICA DE ACOLHIMENTO

O acolhimento à família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, assume particular importância por representar o início do estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família (Maestri et al, 2012).

De acordo com Mitchell & Chaboyer (2010) o envolvimento da família do doente nos cuidados revela ser um fator facilitador (..) uma vez que a família sente-se mais útil na recuperação do doente e este sente-se mais apoiado e amparado com a sua presença.

Trata-se do início de um processo contínuo (...) uma parceria no cuidado ao doente, onde “cada um dos envolvidos é assim recurso e sujeito de intervenção” (Mendes, 2015) de modo a contribuir para um agir que releve a humanização dos cuidados.

2.1 COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma importante variável no cuidado da pessoa em situação crítica e família, sendo que as dificuldades surgem habitualmente logo na primeira visita à UCI, decorrentes da elevada ansiedade da família face à irrupção súbita de problemas relacionados com o internamento do seu ente.

O recurso a técnicas de comunicação, torna-se assim uma mais valia no estabelecimento da Relação Terapêutica, contribuindo para que a comunicação com a família seja clara, promovendo a redução do seu sofrimento e o restabelecimento do seu equilíbrio (Adams et al., 2017).

De acordo com Riley (2012), são exemplo destas:

- Escuta, através do não-verbal demonstrar interesse pela informação que outro fornece;
- Silêncio, através de períodos de não-verbal demonstrar que se aceita o outro;
- Estabelecimento de orientações, fornecimento de orientações sobre o que se espera do outro;
- Comentários abertos, comentários generalistas em que se incentiva o outro a decidir o tema de conversa ou se encoraja o outro a continuar;

- Redução da distância, através da diminuição da distância física, demonstrar ao outro que se quer estar envolvido;
- Consideração, reconhecer a importância do outro na interação que se estabeleceu;
- Recapitulação, repetição da ideia transmitida pelo outro, procurando validá-la;
- Reflexão, remeter outro as suas ideias, sentimentos e questões, para que reconheça a sua importância;
- Clarificação, pedir informação adicional para compreender a mensagem recebida, o que demonstra interesse em compreender o outro;
- Validação consensual, demonstrar interesse em compreender o outro através da compreensão do significado de alguns sinais e/ou conotação de palavras;
- Focalização, direcionar a conversa para um tema específico ou incentivar o desenvolvimento de uma determinada ideia, através de questões ou comentários;
- Síntese, sistematização das principais ideias discutidas, ajudando o outro a identificar o que foi relevante;
- Planeamento, decisão mútua dos intervenientes sobre o objetivo e direção de futuras interações.

2.2 PLANIFICAÇÃO DA VISITA

Sugere-se a transmissão da informação à família, através de um sistema de comunicação efetiva e de forma uniforme por parte da equipa de profissionais de saúde. Particularmente no momento do acolhimento à família do doente crítico, Carneiro (2004) aponta estratégias que visam uma comunicação eficaz e conseqüentemente potenciam a diminuição dos efeitos negativos que o internamento provoca no núcleo familiar:

- Preparação prévia da família na primeira visita à UCI, que permite a minimização do impacto visual com o ambiente da unidade, bem como determinar quais as suas expectativas em relação ao doente e à equipa;
- Esclarecimento das regras de funcionamento da UCI, através de diálogo ou material escrito;
- Identificação do familiar de referência que irá estabelecer relação direta entre a equipa profissional e restantes membros da família;

- Definição do horário e número de visitas, bem como do médico assistente e enfermeiro encarregue de prestar informações.

Para o efeito a UCI deve ser detentora de instalações que satisfaçam as necessidades da família, nomeadamente, uma sala de espera perto da unidade, onde fatores como a privacidade e o conforto mínimo estejam assegurados, tendo em vista a transmissão de notícias, através de uma comunicação clara, simples e objetiva.

2.3 CONTROLO DE INFEÇÃO

A pessoa em situação crítica encontra-se numa posição de maior vulnerabilidade ao risco de infeção face à complexidade da sua situação clínica e necessidade de recurso a técnicas invasivas (Regulamento nº429/2018, 2018).

Assim, é de grande importância que o enfermeiro contribua para a promoção de boas práticas que visem a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Nesse sentido os familiares são também integrados nos feixes de prevenção de IACS através do cumprimento de medidas universais simples como a higienização das mãos antes e depois da visita, bem como na utilização de equipamentos de proteção individual (DGS, 2015).

Cabe ao enfermeiro fazer o acolhimento da família na entrada da unidade e direcioná-la para uma área de higienização das mãos, onde deverá explicar a importância deste acto antes e depois da visita, bem como dos cuidados a ter no contacto com o seu familiar, nomeadamente a necessidade de utilização de equipamento de proteção individual (EPIs) caso a situação clínica da pessoa assim o exigir. O momento da saída será igualmente alvo da mesma atenção, pelo que será explicada a correta forma de despir e descartar EPIs, bem como acompanhar os familiares até à saída da unidade. Trata-se de uma prática supervisionada, monitorizada, consolidada e alvo de avaliação, pelo que não deverá por isso levantar qualquer risco para o familiar, o doente ou demais doentes.

2.4. ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA

O cuidado centrado na família, visa a resposta às necessidades do indivíduo e família. Para Wright & Leahey (2013) é a assunção de um compromisso, de uma obrigação ética e moral, que exerce um impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus elementos, com influência considerável no processo de doença. Este cuidado terá início no momento em que

tomarmos conhecimento da possibilidade de admissão do doente crítico, pois não raras as vezes a família é a primeira a chegar.

Há que manter um olhar atento “à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” onde é responsabilidade do enfermeiro a promoção de um ambiente humanizador que permita “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Esta interação, de acordo com Mendes (2015) pressupõe um envolvimento crescente no sentido de um cuidado inclusivo. Prevê uma continuidade em acolher e integrar os seus membros, que “não sendo meramente uma receção administrativa” (Sá, 2014), não pode ser resumido a um momento inicial. Neste sentido, considera-se o acolhimento à família da pessoa em situação crítica na UCI, um processo em permanência visto como muito mais “que apenas um ato inicial de admissão” (Ferreira & Valério, 2003).

Defende-se uma continuidade de cuidados, como uma atividade planeada e assegurada com processos de comunicação eficaz dentro e entre as equipas. (Dias; Queirós, 2010).

Assim, o acompanhamento da pessoa em situação crítica e família deverá ocorrer além do momento da alta clínica da unidade, sendo o enfermeiro elo de ligação para o novo serviço, não só como responsável pelo transporte da pessoa, transmissão da informação clínica e conhecimento adquirido na Relação Terapêutica, mas também enquanto agente facilitador desta nova relação da pessoa em situação crítica e família com a equipa do serviço alvo da transferência.

3. GESTÃO FAMILIAR

A pessoa em situação crítica encontra-se sob um processo de gestão de doença considerado grave, pelo que necessita de um ambiente com elevado suporte técnico e tecnológico, perspectivado usualmente como agressivo ou invasivo.

Para a família o coping de processos de doença grave é difícil, tanto na gestão do stress associado ao risco de vida existente, como na incerteza da recuperação e até mesmo na instabilidade causada pela ausência do doente no agregado familiar.

Nestes processos familiares é comum surgirem sintomas de depressão, ansiedade e stress pós-traumático, tornando-se necessário a utilização de estratégias que possam amenizar o sofrimento da família.

O acolhimento na unidade permite criar uma relação estreita entre o profissional de saúde e aquele que precisa de cuidado. Está descrito, que a proximidade com o doente, o fornecimento de informações adequadas, a oportunidade de expressar os seus sentimentos e a obtenção de respostas para as suas dúvidas aumentam a satisfação da família (Passos et al, 2015, p. 369).

A Unidade de Urgência Médica é composta por uma equipa multidisciplinar, sensibilizada para as necessidades da família, e dispõe de vários recursos, entre os quais se destacam: o apoio psicológico, o apoio religioso ou espiritual e o apoio social.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. Fonte: <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>

Carneiro, A. V. (2004). A comunicação clínica em contexto de doença aguda. Em J. Gomes-Pedro e A. Barbosa. *Comunicar: na clínica, na educação, na investigação e no ensino* (pp. 81–88). Lisboa: Climepsi editores.

Dias, H. J. C. (2010). Escalonamento de equipas de enfermagem de acordo com a previsão das necessidades de serviço. Fonte: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2874>.

Ferreira, C., & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de Internamento. *Informar*, 30, 10–13.

Maestri, E., Nascimento, E. R. P. do, Bertoncello, K. C. G., & Martins, J. de J. (2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(1), 73–78. Fonte: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>

Mendes, A. P. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. Fonte: <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos que Li*.

Passos, S. S. da S., da Silva, J. O., Santana, V. dos S., Santos, V. M. do N., Pereira, A., & dos Santos, L. M. (2015). O Acolhimento no Cuidado à Família numa Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem*, 23 (3), 368 – 374. Fonte: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.6259>

Riley, Julia B. (2012). *Communication in Nursing*. 7th Edition. Missouri: Mosby Elsevier.

Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, série II (16 de julho de 2018), 19359-19370. Assembleia da República.

Sá, F. L. G. de. (2014). Acolhimento da família no Serviço de Urgência. Em Suplemento ao no 2 - Série IV (p. 540). Coimbra: Referência.

Wright, L., & Leahey, M. (2013). Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

APÊNDICE VI – Guia de Acolhimento para Familiares

AJUDE-NOS A CUIDAR MELHOR DO SEU FAMILIAR AO CUIDAR MELHOR DE SI

O internamento de uma pessoa numa Unidade de Cuidados Intensivos, pelo risco de vida em que se encontra, pode desencadear processos de stress, ansiedade e alterações das rotinas diárias.

Caso o internamento hospitalar seja prolongado, procure rodear-se dos seus amigos e familiares eles serão a sua rede de apoio.

Os profissionais de saúde da Unidade de Urgência Médica estão disponíveis para solicitar os apoios que considerar necessários, como por exemplo:

- Apoio psicológico;
- Apoio religioso ou espiritual;
- Apoio social.

O Sr./Sra. _____

Está internado na sala _____

AJUDE-NOS A PREVENIR A INFEÇÃO

- Antes e depois da visita terá de efetuar a lavagem das mãos, respetiva secagem e de seguida a desinfeção com uma solução alcoólica antisséptica.
- Se houver necessidade de outros cuidados será informado.
- Se tiver sintomas de tosse ou febre informe o enfermeiro do seu familiar.

UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA

Contactos

218841303

218841452

Enfermeira Chefe

Maria Ana Trocado

Coordenador da Unidade

Luís Nunes Bento

Morada

Rua José António Serrano
1150-199 Lisboa

GUIA DE ACOLHIMENTO PARA

FAMILIARES



UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA



UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA (UUM)

A UUM é uma unidade de cuidados intensivos onde se presta o cuidado especializado à pessoa em situação crítica. Um serviço de elevada diferenciação técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um centro de referência.

Dispõe de uma equipa de profissionais de saúde devidamente treinados e que fazem o acompanhamento do seu familiar durante 24 horas.



VISITAS

A presença dos familiares e amigos traz segurança afetiva ao doente, tranquiliza-o e ajuda a minimizar a tensão emocional.

Se tem um familiar internado, o seu apoio e colaboração são fundamentais.

HORÁRIO DAS VISITAS

_____ às _____

Se o horário de visitas não lhe for conveniente, poderá combinar outro, com a ajuda do enfermeiro responsável pelo seu familiar, podendo a videochamada ser uma hipótese.

No entanto, a presença de familiares e amigos estará condicionada às necessidades de cuidados a prestar à pessoa internada.

À chegada à Unidade deverá aguardar até que o enfermeiro responsável o possa acompanhar até ao seu familiar.

A informação clínica sobre o seu familiar será fornecida presencialmente à pessoa de referência.

COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma importante variável no cuidado da pessoa em situação crítica e da sua família. Por vezes a imagem corporal pode estar alterada pela presença de tubos, cabos de monitorização e monitores, o que também pode comprometer a comunicação.

O seu familiar provavelmente estará sedado nos primeiros dias e por isso é importante arranjar estratégias de comunicação que não lhe sejam prejudiciais.

Abordar temas que lhe sejam significativos ajuda a diminuir a sua preocupação com a vida no exterior. Por exemplo saber se a restante família (filhos, netos, amigos) se encontra bem, se os animais de estimação estão bem cuidados, se as suas responsabilidades estão a ser acompanhadas.

Mas há outras formas de comunicação por vezes a música preferida ou a foto da família são o aconchego perfeito.