



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 OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

Por
Olga Ramos

Lisboa, 2022



CATOLICA
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 Médico- Cirúrgica, com a
especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

INFORMATION NEEDS OF THE FAMILY OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

Por
Olga Ramos

Sob a orientação de Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2022

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire(*Pensamentos_paulo_freire*, n.d.)

AGRADECIMENTOS

Dirijo os meus humildes agradecimentos:

À minha família, privados do meu tempo, um muito obrigado por terem tolerado a minha ausência durante este percurso, estando sempre disponíveis, pelo incentivo e por acreditarem que eu chegaria ao fim desta jornada com sucesso. Obrigada por estarem presentes para mim e para nós como família;

Aos meus colegas de trabalho, um muito obrigado e reconhecimento pelo apoio incondicional nos momentos bons e menos bons;

A todos os profissionais que comigo se cruzaram durante os estágios, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

À professora Rabiais pela disponibilidade, partilha de todo o seu saber, pelo rigor e exigência na orientação. Foi, sem dúvida, uma companheira durante este percurso.

A todos vós, MUITO OBRIGADO!

Sem vós não teria sido possível.

RESUMO

O presente relatório é realizado no âmbito do Curso de Mestrado em enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica, concretamente na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Integra o percurso formativo desenvolvido nos estágios realizados na Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com uma análise descritiva e reflexiva das atividades realizadas que me permitiram desenvolver e atualizar competências prévias assim como adquirir novas competências, nas dimensões técnica, científica, ética e relacional, na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

Perspetivando sempre uma melhoria dos cuidados prestados e um contributo para o conhecimento, foi desenvolvida uma temática central, centrada na família da Pessoa em Situação Crítica, e suas necessidades no âmbito da informação, concretizada por uma Revisão Sistemática de Literatura intitulada “Necessidades de informação da Família da Pessoa em Situação Crítica”.

O processo de doença, com internamento associado, nunca é um processo isolado para a Pessoa em Situação Crítica, sendo também vivenciado pela sua família pelo que o cuidado também deve ser centrado na família, ampliando o círculo de atenção dos enfermeiros, integrando a família no processo de cuidados.

É fundamental e necessário intervir nesta área, de apoio e cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica, assumindo o Enfermeiro Especialista uma responsabilidade acrescida no desenvolvimento de conhecimento e enquanto agente de mudança, pela promoção de programas de melhoria e qualidade de cuidados prestados.

O referencial teórico de Afaf Meleis permitiu-me fundamentar todo o meu pensamento e ação numa prestação de cuidados que se revelou centrada na pessoa doente e concretamente nas necessidades de informação da família a vivenciar processos de transição.

Palavras-chave: Necessidade de informação, família, Pessoa em Situação Crítica, cuidados críticos.

ABSTRACT

This report is carried out within the scope of the Master's Degree in Nursing, in the area of specialization of Medical-Surgical Nursing, specifically in the provision of Nursing Care to the Person in Critical Situation. It integrates the training course developed in the internships carried out in the Medical Emergency Vehicle and Resuscitation (VMER) and Intensive Care Unit (ICU) with a descriptive and reflective analysis of the activities performed that allowed me to develop and update previous competencies as well as acquire new skills, in the technical, scientific, ethical and relational dimensions, in the provision of specialized care to the Person in Critical Situation and his family.

Always looking at an improvement in the care provided and a contribution to knowledge, a central theme was developed, centered on the family of the Person in critical situation, and their needs in the field of information, implemented by a Systematic Literature Review entitled "Information needs of the Family of the Person in Critical Situation".

The disease process, with associated hospitalization, is never an isolated process for the Person in critical situation, being also experienced by their family so care should also be centered on the family, expanding the circle of attention of nurses, integrating the family in the care process.

It is essential and necessary to intervene in this area, to support and care for the family of the Person in critical situation, assuming the Nurse Specialist an increased responsibility in the development of knowledge and as an agent of change, by promoting programs of improvement and quality of care provided.

Afaf Meleis' theoretical framework allowed me to base all my thoughts and actions on a care delivery that was centered on the sick person and concretely on the family's information needs to experience transition processes.

Keywords: Information necessity, family, Person in critical situation, critical care.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

DGS- Direção Geral de Saúde

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CMEMCPSC-Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirúrgica Pessoa em situação crítica

ECMO- Extracorporeal Membrane Oxigenation

ECPR- Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico- Cirúrgica

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

et,al – e outros

EEMI- Equipa de emergência medica interna

nº- número

OE- ordem dos Enfermeiros

p.- página

PSC- Pessoa em Situação Crítica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de vida

SUP- Serviço de urgência polivalente

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

UCI- Unidade de cuidados intensivos

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UGP com CTI- Urgência Geral Polivalente com Centro de Trauma Integrado

VMER- Viatura de Emergência Médica e Reanimação

VMI- Ventilação mecânica invasiva

VVAVC- Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVsépsis- Via verde sépsis

VV Colo de fémur- Via verde colo fémur

VV trauma- Via verde trauma

VV Coronária- Via verde coronária

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	17
1- NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	23
1.1- Enquadramento Conceptual	23
1.2- Metodologia	25
1.3- Resultados.....	28
1.4- Discussão	39
1.5- Limitações do Estudo	41
1.6- Considerações Finais	41
1.7- Recomendações.....	43
1.8 - Referências Bibliográficas	43
2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO.....	47
2.1- Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	58
2.2- Unidade de Cuidados Intensivos	66
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no “III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”

ANEXO II - Certificado de apresentação do Poster nº 38 Intitulado “Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica”

APÊNDICES

APÊNDICE I - Poster Intitulado “Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica”

INDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Metodologia PICO para formulação da questão de revisão.....	26
Tabela 2 - Critérios de inclusão dos artigos.....	26
Figura 1 – Processo de identificação e inclusão dos estudos <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow</i>	27
Tabela 3- Resumos dos estudos incluídos na investigação.....	28

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Insere-se na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório e tem como principal finalidade a descrição e análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, aprendizagens adquiridas, bem como das competências especializadas de enfermagem desenvolvidas, tendo por base os objetivos definidos inicialmente, no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

A sua elaboração visa obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o grau de Mestre em Enfermagem.

Ao longo deste percurso formativo foram realizados dois estágios em contextos distintos, com o objetivo de dar continuidade ao processo de desenvolvimento profissional, com aquisição de competências especializadas e consolidação das pré-existentes na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. Ambos os estágios decorreram num Hospital Central da grande área de Lisboa. O primeiro em contexto extra-hospitalar, Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A complexidade inerente à prestação de Cuidados de Enfermagem, exige cada vez mais um desenvolvimento de conhecimento e competência pelo que, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados.”(Regulamento nº 149/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019. Pág. 4744).

Os estágios, realizados em diferentes contextos de prática clínica, conjuntamente com as competências prévias adquiridas como enfermeira de cuidados gerais, constituíram a base para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas para a prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica.

Segundo Benner através da aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus em enfermagem, os conhecimentos são adquiridos e desenvolvidos mediante a prática. O desenvolvimento de competências implica a transição entre níveis desde iniciado a perito, num processo evolutivo de apreensão de conhecimentos ao longo do tempo e da experiência com recurso ao raciocínio crítico para a tomada de decisão (Benner, 2001).

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

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou o atual Regulamento de Competências Específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica, visando certificar competências na procura da excelência do cuidar (Regulamento nº 429/2018 ; OE 2018)

De acordo com o mesmo, os cuidados à Pessoa em situação crítica referem-se a:

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

Nesse documento são definidas competências específicas do EEEMC na área da Enfermagem à Pessoa em situação crítica (EPSC):

- a) “Cuida da pessoa e família/cuidadores a viver processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência , exceção e catástrofe, da conceção á ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação critica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas “ (p. 19359-19360)

A visão da Disciplina de Enfermagem é transversal à prática, independentemente do contexto, sendo representada pelo metaparadigma de Enfermagem que se cimenta nos conceitos centrais de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem que convém salientar.

A **Pessoa**, foco dos cuidados de Enfermagem é definida pela OE como: “... um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se...” (OE, 2017, p.2).

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.10)

Uma vez que o conceito de **Pessoa** se trata de um dos principais conceitos da disciplina, definidos pela OE, e no qual me revejo, será esta a nomenclatura adotada ao longo deste relatório.

Para a OE ,

“ O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos , culturais e

organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os Enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (OE 2017, p.3).

O processo de doença, com internamento associado, nunca é um processo isolado à Pessoa em situação crítica, sendo também vivenciado pela sua família.

O cuidado centrado também na família, e não unicamente na pessoa em situação crítica, vem ampliar o círculo de preocupações dos enfermeiros, integrando a família no foco do cuidar (Henneman, 2002) considerando-a uma “extensão” da pessoa em situação crítica (Oliveira et al., 2014).

Considerando a importância de englobar a família, no cuidado à Pessoa em situação crítica, e considerando o meu contexto de trabalho, onde diariamente existe sempre uma família com medos, receios, tristeza e muitas dúvidas, emergiu a necessidade 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, sendo este o core do Relatório Final.

Assim, os contextos de estágio foram ponderadamente selecionados. O contexto extra hospitalar e a UCI, associado ao meu local de trabalho (serviço de Urgência Polivalente - SUP) encerram em si próprios um circuito e um continuum de cuidados nos diferentes níveis, à família e Pessoa em situação crítica, desde o primeiro pedido de ajuda à entrada na Unidade Hospitalar, bem como à continuidade de cuidados a prestar em UCI, processo este gerador de grande ansiedade e medo para a família.

O estágio pretende ser uma ferramenta para aquisição de competências especializadas de enfermagem, pelo que foi assumido como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais para o cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e sua família;

Como objetivos específicos:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família, em contexto extra-hospitalar e em Unidade de Cuidados Intensivos ;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica e sua família, no âmbito das necessidades de informação aos familiares em contexto extra-hospitalar e em unidade de cuidados intensivos polivalente.

A elaboração do relatório teve como base a metodologia descritiva e critico-reflexiva. Quanto á estrutura, apresenta um primeiro capítulo no qual é apresentada uma revisão de literatura enquanto fonte de investigação e no sentido de dar resposta ao objetivo do relatório, sendo também realizado um enquadramento teórico sobre a família e necessidades de informação.

Como suporte conceptual ao desenvolvimento de tema do relatório foi utilizado o modelo teórico de Meleis e a sua “Teoria das Transições”.

Apresenta-se depois um segundo capítulo onde é descrito o percurso de desenvolvimento de competências durante os momentos de estágio com respetiva análise crítica das competências desenvolvidas. Por último serão apresentadas as considerações finais, a reflexão sobre os desafios e dificuldades encontradas ao longo do percurso académico.

As referências bibliográficas estão estruturadas segundo a APA (7ª edição), recorrendo ao software Mendeley® e por último, constam os apêndices e anexos, onde poderão ser consultados os trabalhos realizados, bem como comprovativos de participação em eventos científicos.

1- NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O internamento hospitalar da pessoa em situação crítica ocorre geralmente de forma aguda e inesperada, 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, 2011).

Pela presença constante junto da pessoa em situação crítica e pela 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 de evidência de significado, 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 explanados, 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 Porto Editora).

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 pg.36).

Nesta continuidade, justifica-se analisar 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).

Deste modo, 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 quais as necessidades da família da pessoa em situação crítica, no âmbito da informação, o que permitirá futuramente, orientar a prática para uma melhoria contínua, almejando a excelência do cuidado.

1.2- Metodologia

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 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, 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

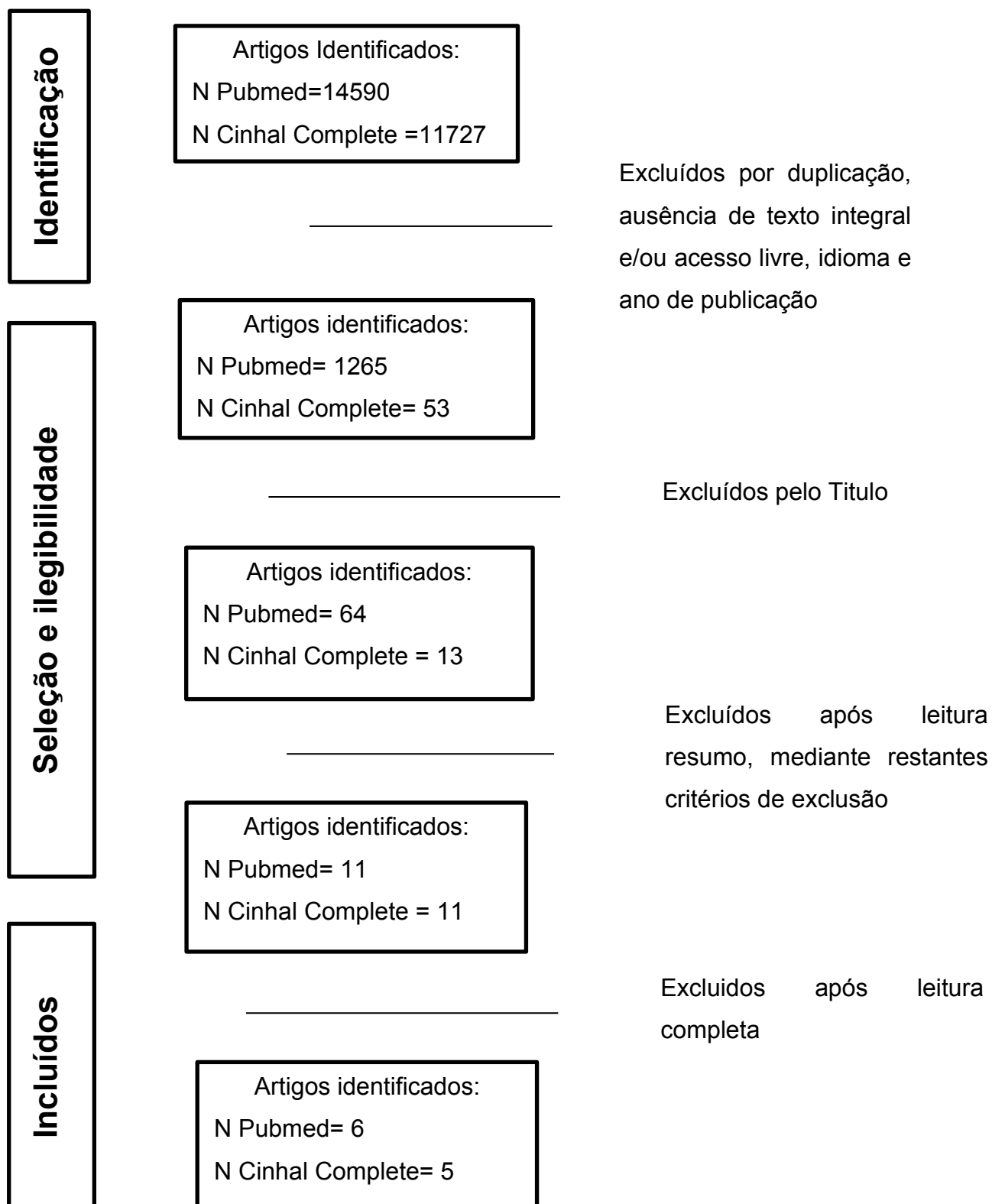
(Aromataris et al., 2019)

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 referencias 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). (Matthew J. Page, Joanne E. McKenzie), 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

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.

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 percepções 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 leva a concluir 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 percepções 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 exploratório
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 do 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 registros 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 exploratório
População (amostra)	31 participantes (19 familiares e 12 enfermeiros), de três hospitais universitários.
Objetivos	Analisar 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 sentir 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. Tulsky; Karen E. Steinhauer; 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.
Objectivos	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 de 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 prospectivo.
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. O número médio de dúvidas foi menor na terceira visita.
Conclusões	As dúvidas manifestadas por familiares foram acerca do estado de saúde, condições clínicas e sobre os cuidados realizados.
Titulo	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 África do Sul.
Objetivo	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, 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 permanecer com o seu familiar.
Conclusões	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.
Título	Patient and Family Member – Led Research in the Intensive Care Unit: A Novel Approach to Patient-Centered Research
Autor/Ano /País	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.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo exploratório
População (amostra)	23 participantes, (Pessoa em Situação Crítica ou familiares de Pessoa em Situação Crítica) com internamento em UCI nos últimos dois anos.
Objetivo	Identificar experiências e perspetivas da Pessoa em Situação Crítica e família durante o internamento na UCI.
Resultados	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.
Conclusões	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.

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 exploratorio
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 contributos partilhados 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 convivência 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 da família da Pessoa em situação crítica, viver uma situação complexa decorrente da elevada ansiedade face à irrupção de problemas relacionados com o seu ente.

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 et al ,citados por Gaeeni, afirmam que a necessidade de os familiares da Pessoa em situação critica receberem informações, está classificada como uma das mais importantes para as famílias (Gaeeni et al., 2014).

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

De acordo com Gaeeni 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 (Gaeeni 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 (Gaeeni et al., 2014).

Para 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 (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 (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, sugerindo 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 Slatore et al, os enfermeiros realçaram a importância do domínio partilhado de poder, responsabilidade e relação terapêutica, sendo a comunicação um esforço colaborativo (Slatore et al., 2014). Também 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(Jacobowski 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 da família receber informações sobre o seu ente como uma das mais importantes, descrevendo-a como universal e crucial para todos os membros, 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, a instituição e as políticas.

De um modo geral, são identificados 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.

1.8 - Referências Bibliográficas

Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulsky, J. A., Steinhäuser, K. E., & Bailey Jr., D. E. (2014). Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High risk of dying.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.20214.02.001>.

Bloomer, M., Lee, S., & O' Connor, 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.

<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.

<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).

<https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>

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.

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

Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 8–19.

<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>

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.

<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' FAMILIES' NEEDS IN MALAWI. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 13(2), 92–102.

<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.

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>

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.

<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.

<http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>

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.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2012124.Communication>

2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo, dividido em dois subcapítulos, será realizada uma descrição das atividades desenvolvidas durante os estágios realizados, numa tentativa de explanar todos os momentos de aprendizagem vivenciados e o seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem nos momentos de prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica.

Nos diferentes contextos onde se aplica a ciência de Enfermagem, podemos constatar que esta se baseia sempre no metaparadigma de Enfermagem, assumindo como conceitos centrais, o conceito de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. Estes conceitos representam o nível mais abstrato do conhecimento, sendo fundamentais na organização e caracterização da disciplina e profissão de Enfermagem.

Assim, nos diferentes estágios realizados e constatando que estes conceitos estavam sempre presentes, orientei todo o meu percurso no desenvolvimento das competências de enfermagem especializadas reconhecendo, compreendendo e refletindo sobre os mesmos, permitindo o desenvolvimento de intervenções no sentido de uma prática de cuidados especializada.

O contexto profissional e os estágios permitiram identificar a pessoa à qual são dirigidos os cuidados especializados, nomeadamente a pessoa em situação crítica que “ (...) 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 2017 p.10).

O ambiente onde o indivíduo se insere, condiciona a sua forma de viver, de sentir, os seus hábitos diários, as suas experiências,

“..sendo constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (OE, 2017, p.3).

Por forma a compreender as experiências da pessoa/família, é necessário descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o processo de transição, tendo em atenção todos os aspetos que a rodeiam (Meleis, 2016).

Para a autora (2010) as transições estão no centro das intervenções de enfermagem, colaborando na adaptação da pessoa/família, desenvolvendo e identificando estratégias que sejam facilitadoras para este processo de transição, identificando sempre qual a fase de transição vivida e elaborando um plano de cuidados adequado às necessidades de momento. O Enfermeiro, apresenta-se como importante vetor em todo este processo, e a proximidade que mantém com a pessoa/família, confere-lhe aptidões elementares no sentido de orientar a prática, promovendo e facilitando a aquisição de novas competências e conhecimentos, que permitam uma melhor adaptação às novas experiências vivenciadas.

Durante os estágios realizados foram identificadas diferentes fases a que a Pessoa em situação crítica e família estão sujeitas, tentando de uma forma responsável e profissional proporcionar sempre um ambiente seguro e facilitador para todo este processo de transição.

As pessoas em transição podem ser grupos, famílias, comunidades e focando a minha atenção nesta Teoria de médio alcance de Afaf Meleis, considero que também eu, como mestranda e enfermeira, vivencio diariamente um processo de transição, pelos diferentes ambientes, diferentes situações, emoções desconhecidas experienciadas, requerendo novos conhecimentos e alterações do comportamento (Meleis, 2010).

Ao longo deste percurso, em que a teoria de enfermagem pode ser definida como uma articulação organizada, sistemática e coerente das afirmações relacionadas às questões da disciplina, compartilhadas num todo significativo, com o intuito de descrever os fenómenos, explicar relações entre si, prevendo resultados, consequências ou prescrevendo cuidados de enfermagem, a teoria das Transições, de Afaf Meleis, cimenta este percurso desenvolvido. Sendo uma teoria de médio alcance, pois caracteriza-se por alvos mais limitados e menos abstratos que outras teorias, considero que é a que melhor se aplica ao meu percurso e temática por mim escolhida na medida em que é dirigida a fenómenos específicos ou conceitos, refletindo a prática (Meleis, 2012).

A prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica exige uma capacidade de responder a situações complexas, considerando sempre uma mobilização de conhecimentos, capacidades e competências, sendo necessário um contínuo desenvolvimento destas mesmas competências, para que o profissional esteja capacitado para a prestação de cuidados a estas pessoas.

Entende-se por competências um conjunto de saberes dissociáveis da formação base e da experiência adquirida ao longo do tempo caracterizando-se pelos “... conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho”(OE, 2019, p.4744).

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, implica também um conjunto de competências específicas, pelo que neste contexto a OE criou o atual regulamento de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018) visando certificar competências na procura da excelência do cuidar.

De acordo com este regulamento, os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica caracterizam-se por

“.. cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco de vida imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (p.19362).

Segundo o modelo de aquisição de competências de Benner (2001) o enfermeiro adquire experiência ao longo do tempo e da sua prática, num processo contínuo, que lhe permite passar por diferentes etapas de desenvolvimento de competências nomeadamente: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Assim, a prática permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências que poderão ser reportadas e mobilizadas para outro contexto, no sentido de se caminhar para o nível de perito.

Como tal, os estágios da EEMC pressupõem que o enfermeiro possua já um conjunto de conhecimentos e vivências decorrentes da sua prática diária e experiência profissional já adquirida, o que constitui uma base importante para desenvolvimento de novas competências.

O percurso académico do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica Pessoa em situação crítica (CMEMCPSC) não se limita apenas à realização de 400 horas de estágio. É uma complementaridade entre a experiência profissional atual, os conhecimentos e a demonstração dos mesmos a nível técnico, científico, ético e relacional e a aquisição de competências ao longo dos três semestres letivos que compõem o período do CMEMCPSC. Além das 400h de contato nos estágios da unidade curricular Estágio Final e Relatório existe também um período respeitante à unidade curricular “ A pessoa em situação crítica e família- Vigilância e Decisão Clínica”.

Neste sentido, nos termos do Artigo 4º do Aviso 3127/2016, publicado no diário da Republica, 2ª série – Nº 47- 8 de março de 2016 (Diário da República nº47/2016, n.d.) solicitei atempadamente creditação para a Unidade Curricular “ A pessoa em situação crítica e família- Vigilância e Decisão Clínica”, por me considerar perita na área após 21 anos de experiência profissional em serviço de urgência polivalente (SUP) num Hospital Central de Lisboa. A creditação foi diferida.

A prática profissional decorre desde o ano de 1994, com uma primeira passagem por um serviço de internamento num Hospital Central de Coimbra e posterior transferência em 1999 para Lisboa, onde exerço funções num Hospital Central, num SUP até à data. Este serviço é um local privilegiado, como SUP que é, para prestação de cuidados à pessoa e família que se encontra a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que decorrem de doença crónica e/ou aguda, sendo classificado no nível mais diferenciado que a rede de serviços de urgência integra, com maior grau de diferenciação técnica no acolhimento de situação de urgência/emergência com Centro de trauma integrado (Despacho 10319/2014, 2014-08-11 - DRE, n.d.).

A experiência adquirida em contexto hospitalar e mais especificamente os últimos 21 anos no SUP, permitiram-me desenvolver competências técnicas, comportamentais, organizacionais e humanas, na gestão e prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica e família, permitindo a identificação de problemas, o planeamento de intervenções de enfermagem, prevenindo riscos e identificando problemas potenciais, com objetivo de prestar cuidados de enfermagem em segurança a todos os intervenientes.

Ao longo deste meu percurso profissional, assumo que o meu foco é a abordagem à Pessoa em situação crítica e família, procurando nos processos de tomada de decisão mobilizar conhecimentos do domínio ético, dos princípios, valores e normas deontológicas adquiridos ao longo da experiência profissional e académica.

A atividade profissional no SUP é um desafio constante sendo um serviço muito abrangente, complexo, que implica um trabalho multidisciplinar que tem como foco a pessoa/família desde a condição clínica menos urgente à Pessoa em situação crítica.

Devido à extensão e complexidade do serviço, este encontra-se dividido por sectores, tais como:

- **Triagem** – porta de entrada do doente, onde se verifica o primeiro contato do doente com os profissionais de saúde. É o momento do acolhimento à pessoa e família, com identificação positiva da mesma.

Neste sector, desenvolve-se a capacidade de observação e avaliação sumária para o estabelecimento de prioridades e encaminhamento da pessoa para a respetiva especialidade médica (segundo normas internas de encaminhamento) com o apoio do sistema de “Protocolo de Triagem de Manchester, II “. É ainda dado início a procedimentos específicos que incluem a ativação de Vias Verdes, nomeadamente: Via Verde Acidente Vascular Cerebral(VVAVC,) Via Verde Sepsis(VVsepsis), Via Verde Trauma (VVtrauma), Via Verde Colo Fémur (VVcolo fémur,) Via Verde Coronária (VV coronária). A realizar triagem desde 2007 considero que sou perita na realização de triagem primária e secundária, planenado e gerindo a resposta de forma pronta e sistematizada em situações de emergência, garantindo a sua eficácia e eficiência (OE 2018 pg.19363)

- Balcões de Atendimento – prestação de cuidados diretos ao doente (avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica, realização de pensos, cateterização vesical...), esclarecimento/gestão de conflitos com a pessoa/família e reavaliação/orientação da situação clínica.

- Unidades de Observação – monitorização e prestação de cuidados a doentes com indicação para vigilância clínica e/ou internamento em Enfermarias/Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos. Prestação de apoio emocional à pessoa/família.

- Salas de Emergência (Reanimação e Trauma) – prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica com o rápido estabelecimento de prioridades e realização/colaboração em técnicas invasivas, acompanhamento para realização de exames, e/ou transferência para outra unidade.

- I Urgência- sector recente, criado no início de 2021, no decurso da pandemia por Sars CoV2. Pela suspensão temporária de acompanhantes de doentes nas áreas ambulatoriais da urgência, assim como das visitas nas salas de observação, foi decidido pela Instituição, criar um gabinete de informações de apoio á família. Este

gabinete funciona durante 12 horas, das 8H às 20H, todos os dias da semana, estando presente sempre um enfermeiro de referência, que contacta os familiares dos doentes presentes em urgência e é realizado em dois momentos pré definidos: período da manhã e período da tarde, e sempre que seja necessário. Este contato diário, permitiu á família sentir-se acompanhada pela nossa equipa durante a permanência do seu familiar no nosso serviço, permitindo-lhe esclarecimento de dúvidas, informação sobre a situação atual do seu familiar, o que minimizou o sofrimento, a ansiedade, o stress gerado pela impossibilidade de estar fisicamente, de o ver mesmo que fosse por cinco minutos apesar de permitimos a visita física, sempre que a situação clinica o justificasse (fase final de vida, agravamento súbito da situação clinica, grande ansiedade da pessoa) mantendo um nível de humanização de cuidados que praticamos e defendemos diariamente no serviço, mesmo em situação de pandemia.

Nas unidades de observação, o contato com os familiares também é realizado pelos enfermeiros , em dois momentos distintos e que correspondem ao horário de visitas que existia na Urgência geral polivalente (UGP) (11h e 18h) .

Este contato diário permite-me desenvolver ainda mais a comunicação adaptando-a à pessoa e ao contexto específico, numa tentativa de envolver a família em todo o processo de cuidar, visando assim o bem estar da pessoa e sua família, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à pessoa em Situação Crítica (OE 2018 pg.19363)

Constata-se , ao longo deste ano, um grau de satisfação bastante elevado por parte dos familiares pelo nosso contato, pelo que sentimos que por vezes com poucos recursos estamos a ajudar muito os familiares e os doentes, constatando que conseguimos minimizar o sofrimento, a angústia da família agravada pela impossibilidade de poder estar fisicamente junto do seu familiar, e da própria pessoa em situação crítica, pois a mesma percebe que o contato é diário, sentindo-se informada de todo o processo.

Atualmente, as visitas já foram retomadas, embora parcialmente e sujeitas a marcação, mantendo-se no entanto, o contato telefônico do enfermeiro de referência para o familiar da pessoa internada na unidade de observação.

A manutenção e organização dos balcões, unidade de observação e salas de emergência, é da responsabilidade do enfermeiro, bem como a verificação de todo o equipamento, com o objetivo de uma prestação de cuidados de segurança. Neste contexto, tenho um papel fundamental na promoção de um ambiente seguro e de qualidade, estando sempre atenta a eventuais eventos adversos que possam surgir e fatores desencadeantes, com o objetivo de definir estratégias para os poder evitar, salvaguardando sempre a segurança e qualidade dos cuidados.

Faço parte integrante da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), do Centro Hospitalar onde exerço a minha profissão. Esta equipa foi criada para dar resposta á assistência imediata ao doente crítico que se encontre internado nos diversos serviços do Centro Hospitalar ou uma pessoa em situação de emergência podendo ser doente externo ou mesmo uma visita. Esta equipa é constituída por um enfermeiro da Urgência Geral Polivalente e um médico que poderá ser intensivista ou anestesista (conforme escala). Nesta equipa prestamos cuidados emergentes sempre que somos ativados para pessoa em risco de falência orgânica, executando cuidados técnicos de alta complexidade, adequando resposta de enfermagem aos problemas identificados, respondendo de uma forma eficaz e antecipatória a focos de instabilidade, aplicando os meus conhecimentos em suporte avançado de vida e trauma , pelo que assumo a competência específica “ Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE 2018, pg19363)

Colaborei na integração de novos elementos no serviço, nas salas de emergência e na orientação de estudantes de enfermagem até 2014, quando iniciei funções de chefe de equipa no mesmo serviço, e que mantenho até à data.

No Dominio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal como Chefe de equipa, assumo uma postura de compromisso com as boas práticas e de apoio aos elementos da equipa, contribuindo para o desenvolvimento dos meus pares,

desempenhando o papel de consultor quando o nível os cuidados requerem um nível de competência correspondente ao meu nível de perito, tentando sempre selecionar as respostas mais apropriadas, liderando de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética. (OE 2019 pg.4746)

Considero-me um elemento agregador da equipa multidisciplinar, promovendo um clima de satisfação para com os outros membros da equipa, por vezes e sempre que necessário mediando situações de conflito, procurando sempre compreender a origem do mesmo e tomando decisões para a sua resolução.

No Dominio da gestão dos cuidados, com vista á garantia da eficiência Organizacional, com base nas boas praticas, adoto diariamente uma gestão criteriosa em áreas fundamentais, otimizando as respostas de Enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE 2019 pg.4748):

- Defino prioridades de transporte em colaboração com o Serviço de transportes, dos doentes em situação critica;
- Organizo em colaboração com a Gastreenterologia e Anestesiologia, a execução de Exames nas salas de Emergência;
- Defino em cada momento a mobilidade de doentes necessária para promover uma adequada prestação de cuidados, de acordo com a gravidade da situação clinica;
- Sou responsável pela elaboração do Plano de férias anual cumprindo os pressupostos determinados pela Enfermeira Gestora;
- Organizo e elaboro escala de distribuição de enfermeiros por postos de trabalho (nos diversos setores do serviço), por turno, assegurando que se adequa em número e competência ao grau de complexidade exigido nesse posto.
- Supervisiono as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros, promovendo sempre que possível uma prestação de cuidados de qualidade e segurança dos mesmos;

-Defino de acordo com a Enfermeira Gestora, quais os Enfermeiros peritos, com as competências técnicas científicas e pedagógicas para efetuar integração de novos profissionais no serviço;

- Defino de acordo com a Enfermeira Gestora, quais os Enfermeiros peritos, com as competências técnicas, científicas e pedagógicas para efetuar orientação de enfermeiros em ensino clínico e estágio, no âmbito de cursos de mestrado, Pós-Graduação em Enfermagem ou licenciatura;

- Supervisiono as atividades desenvolvidas pelos Assistentes Operacionais.

Durante o ano de 2020, ano de Pandemia, tentei sempre responder com dedicação, competência e proatividade a todos os desafios que surgiram no serviço através de sugestões às sucessivas revisões de circuitos e readaptação de espaços, para manter o melhor atendimento ao doente suspeito ou infetado com COVID19, gerindo medos e stress dos enfermeiros, assistentes operacionais, colaboradores das empresas de limpeza e alimentação, associados ao contato com o doente infetado com COVID.

Por tudo o que referi, considero-me perita na área e sou reconhecida pelos meus pares e chefias, considerando as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos vários domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria continua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e as Competências Específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem á pessoa em situação crítica, definidas pela OE:

“ -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 ação á conceção;

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas ”(OE, 2018 p.19359).

A minha experiencia profissional prévia, foi facilitadora na adaptação aos diferentes estágios que realizei, pelos contextos próximos à minha prática profissional e pelo *continuum*, pelo intercâmbio de pessoas e por se realizarem na mesma instituição onde exerço funções, o que permitiu, sem dúvida, a otimização das aprendizagens possibilitando um menor período de adaptação pelas competências adquiridas previamente.

É na procura do desenvolvimento destas competências e na mobilização das mesmas para a minha prática profissional, que frequentei dois campos de estágio distintos: VMER e UCI, ambos num Hospital Central de Lisboa.

Estes estágios foram escolhidos e realizados com o objetivo de desenvolvimento e aquisição de competências em diferentes contextos mas complementares entre si, permitindo uma melhoria da minha prática em contexto de urgência.

O exercício profissional requer formação não só numa vertente técnico-científica como também ética e humanística, pelo que o enfermeiro especialista no domínio da competência comum “Responsabilidade profissional, ética e legal”, desenvolve “... uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional..” (Regulamento 140/2019, 2019, p.4745). Assim, todos os estágios foram realizados com princípios orientadores para cumprimento das responsabilidades éticas, legais e deontológicas atendendo aos direitos humanos e direitos dos doentes definidos pela OE no Estatuto dos Enfermeiros, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

2.1- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Estimulante, desafiadora e para mim desconhecida, a emergência extra hospitalar apresenta-se como uma componente fundamental na assistência à pessoa em situação crítica e sua família representando ainda uma grande porta de entrada nos serviços de urgência pelo que este estágio justificou-se pela necessidade de vivenciar in locu, conhecer, aprofundar e complementar competências e conhecimentos na assistência ao doente crítico e família no contexto extra hospitalar.

O estágio foi realizado no período de 15 de Fevereiro de 2021 a 26 de Março de 2021 numa totalidade de 180h e para o qual defini dois objetivos específicos:

- 1- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de emergência extra hospitalar.
- 2- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, identificando necessidades de informação aos familiares em contexto extra hospitalar.

Este estágio foi sem dúvida uma oportunidade de treino de tomada de decisão num curto espaço de tempo quanto às intervenções a implementar e às prioridades a definir com vista à estabilização da vítima de doença súbita ou trauma. A Emergência extra hospitalar é uma componente fundamental na assistência à pessoa em situação crítica e sua família, sendo sem dúvida estimulante e desafiadora, representando a grande porta de entrada nos serviços de urgência.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) onde decorreu o estágio integra a Área Funcional: Urgência e Cuidados Intensivos sendo constituída por uma equipa de 19 enfermeiros, 12 dos quais especialistas e/ou mestres e uma equipa médica de 34 profissionais, com vínculo à Instituição, sendo a VMER com mais ativações na área em que está inserida, contando no ano de 2020 com 3101,

num total de 3137 doentes assistidos (ativações em que foram assistidas mais que uma vítima) a que corresponde uma média de 8,49 ativações/dia.

Importante referir que o trabalho da VMER se reflete, e em muito, na Urgência Polivalente com Centro de Trauma Integrado (UGP com CTI), do hospital onde está inserido, pois dos 3137 doentes assistidos, 60% foram encaminhados para o referido serviço, e destes 88% tiveram entrada direta na sala de emergência por necessitar de cuidados emergentes. (*Relatório VMER 20 Final*, n.d.)

A VMER é um serviço de assistência extra hospitalar, que funciona numa parceria entre o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a instituição na qual está inserida.

O INEM é um organismo tutelado pelo Ministério da Saúde, segundo o artigo 1º do Decreto-lei nº 34/2021 e tem por missão "...definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento 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"(Ministério da Saúde, 2012, p.749).

Considerando que a ação de Enfermagem no contexto extra hospitalar traz ao enfermeiro responsabilidades acrescidas, a OE em 2018, regulamenta a certificação de Competência Acrescida Diferenciada em Emergência extra hospitalar, no âmbito de exercício profissional de enfermagem, definindo como Enfermeiro de emergência extra-hospitalar:

"..enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que num contexto de atuação multiprofissional é 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, de forma a promover

e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade, assegurando uma prática profissional baseada na evidencia e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e Deontologia profissional” (OE 2018,regulamento nº 223- 2018 , p.10759).

A VMER é constituída por uma equipa de dois elementos, enfermeiro e médico que apenas com o “olhar”, de cumplicidade e conhecimento mútuo de competências associadas, presta cuidados diferenciados. A colaboração e o espírito de equipa são notórios na sua prática, por vezes nem é preciso falar. Ambos sabem qual o papel que têm que desempenhar pelo que um terceiro elemento poderia ser um fator inibidor desta dinâmica mas tal não se verificou em nenhum momento do meu estágio. Sendo uma das minhas preocupações iniciais, tentei conhecer a sua estrutura organofuncional, conhecer o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e protocolos de intervenção existentes na VMER o que favoreceu a minha integração como elemento da equipa.

Uma das dinâmicas da equipa são as verificações da carga da viatura. Antes do início de qualquer turno é verificada toda a carga de VMER, nomeadamente malas de material (via aérea, pediátrica, punção venosa), testada a operacionalidade do monitor- desfibrilhador “LIFE-PACK®” e Compressor automático externo “LUCAS®”. Esta verificação permite-nos garantir que todos os recursos estarão disponíveis a 100%, e que a ação da equipa de emergência se concretize em segurança e com qualidade sendo esta verificação diária realizada sempre em equipa, o que me permitiu como parte integrante cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de erro humano, colaborar na elaboração e implementação de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos e participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais desenvolvendo assim competências para orientar projetos institucionais na área da qualidade. Os momentos de reflexão com o enfermeiro orientador, bem como a troca de conhecimentos acerca de materiais e equipamentos para determinadas situações e cenários de socorro possibilitaram a

partilha dos meus objetivos e atividades de estágio, a discussão e a análise dos mesmos.

A tomada de decisão surge sempre como uma reflexão em equipa, sendo o principal objetivo, estarem todos confortáveis com a decisão tomada. Nunca é unilateral, existe sempre um consenso. A participação na tomada de decisão foi sempre fruto de conhecimento prévio, adquirido até esta altura ao longo da minha experiência profissional no SUP e sempre em colaboração e sob supervisão da enfermeira orientadora, considerando a sua experiência e a minha adaptação á especificidade do ambiente extra hospitalar.

A decisão de não prosseguir com SAV (suporte avançado de vida) é sempre das decisões mais difíceis e mais frequentes na atividade diária, pois na grande maioria temos sempre a família presente, que conta connosco para “salvar” o seu ente querido, esperando que o médico e enfermeiro no domicílio sejam o bastante para garantir que a assistência é prestada ao seu melhor nível.

Tenho como exemplo, e poderia refletir sobre outros; uma das primeiras ativações em que chegamos e de facto a vítima se encontrava sem sinais vitais há mais de 20 min, mas o filho encontrava-se a realizar SBV (suporte básico de vida) pelo que foi decidido em equipa continuar SAV, apesar de sabermos que estávamos perante situação clínica de prognóstico bastante reservado, para conforto da própria família.

Para esta família, a nossa chegada era crucial para “salvar” o seu familiar, depositando em nós toda a confiança e esperança, pelo que não poderíamos, também nós deixar de tentar “salvar” a nossa vítima que além de “vítima” era pai, esposo, avô. Esta tentativa, que sabíamos que seria infrutífera, permitiria á família perceber que tudo foi feito por nós e por eles, aliviando e diminuindo, se possível, o sofrimento e a dor que apresentavam pela perda de um ente querido.

Realizamos mais 2 ciclos de SAV, sem sucesso pelo que foi declarado óbito pelo Médico, após decisão em equipa de suspender manobras de reanimação, tendo sido fundamental todos os elementos estarem confortáveis com a decisão tomada. A família estava presente e foi informada pela equipa da decisão tomada, reagindo

de uma forma calma e serena, talvez, influenciada e facilitada pela nossa decisão inicial. Fizemos tudo o que podíamos, dizia a família.

Estas situações são sempre momentos marcantes, permitindo-me desenvolver estratégias de proximidade, comunicação e de relação de ajuda com a família, tentando minimizar a dor sentida. Considero que pude assim assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, desempenhar o papel de consultor quando os cuidados requereram um nível de competência específico na minha área de especialidade e gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família/cuidador face à situação de alta complexidade.

Nesta continuidade, considero que **desenvolvi uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, tendo suportado** a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.

Ao longo do estágio foi difícil, e nem sempre possível assumir a liderança, pois considero que ainda me encontrava a adquirir as competências necessárias para liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética, fazendo-o nessa fase sempre com espírito de colaboração e aprendizagem, com a restante equipa, pelo que considero que **suscitei a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, reconhecendo o meu nível de competência na minha área de especialidade** nunca esquecendo os objetivos de estágio que defini e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Constatei ao longo do meu estágio, toda uma preocupação com a dignidade e direitos do doente por parte da equipa da VMER, na qual com o decorrer das semanas, me fui considerando parte integrante. Existe sempre uma preocupação acrescida no cuidado ao doente, na sua dignidade assim como preocupação constante com a família sempre presente. Por exemplo, em caso de óbito existe sempre o cuidado de colocar o corpo numa situação de “conforto”, para que a

família o possa visualizar de forma digna, respeitando os direitos humanos adjacentes.

Infelizmente por diversas vezes, a ativação é para Paragem Cardiorrespiratória em idoso, porém com hora desconhecida, já sem sinais de vida e é por isso considerado cadáver.

Neste tipo de situação de crise familiar, é fulcral o cuidado à família presente no local. Raramente se depararam com esta situação anteriormente, não sabem o que fazer ou como orientar as medidas a tomar, a quem recorrer e desconhecem muitas vezes os trâmites legais que envolvem o falecimento de uma pessoa em casa.

Os cuidados à família passam por mostrar que muitas vezes fizeram tudo bem, que fizeram tudo o que podiam ter feito e não deverão sentir qualquer sentimento de culpa perante o sucedido.

Orientar nas atitudes a ter, sugerir que se rodeie de mais alguém que possa ajudar, um irmão, uma irmã, alguém significativo com quem possa partilhar os afazeres que se seguem. Tranquilizar e explicar todos os aspetos legais desde a presença da autoridade no local até à necessidade de obter uma certidão de óbito. O enfermeiro especialista deverá ter presente as noções éticas, deontológicas e legais, quer pelo respeito da pessoa falecida, quer pela família, auxiliando no que for necessário para que, nos breves momentos em que estamos no local, nos certifiquemos que a família fica calma e esclarecida.

Numa das ativações, encontramos uma pessoa já falecida (cerca de 70 anos) caída no chão do seu quarto, e junto ainda estava o seu animal de estimação, bastante reativo á nossa presença, como que estando a proteger a sua dona. A família tinha perfeita noção do seu falecimento, pelo que o que esperavam de nós não seria a parte técnica mas sim o apoio, informação, esclarecimento sobre o que fazerem do ponto de vista legal, para poderem ultrapassar esta morte com o menor sofrimento. Nesta situação informamos de forma clara e precisa sobre todos os procedimentos e como sempre, tivemos o cuidado de posicionar o corpo no leito, tapando-o como se estivesse a dormir. Senti, que aqui neste momento, além de

toda a informação disponibilizada fizemos a diferença para com esta família e recebemos um sentido “OBRIGADO”. Nesta perspetiva, considero ter garantido práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo, na equipa, a prática de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, assim como fomentei a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo envolvendo a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.

Em contexto de emergência extra-hospitalar é bem notório que não existe uma liderança assumida, existe sim um trabalho em equipa, com decisões conjuntas. Médico e Enfermeiro trabalham como um só, a liderança é partilhada pelos dois numa sintonia constante durante a sua prática.

Pude constatar que esta liderança partilhada em situações de emergência é fundamental na resposta eficaz à Pessoa em Situação Crítica, sendo preponderante no sucesso da intervenção, como verifiquei em diversos cenários que vivenciei.

Para exemplificar o atrás referido, realço uma das ativações mais marcantes durante o meu estágio: A VMER foi ativada para vítima de 70 anos, cerca das 22H, encontrada caída e inconsciente numas escadas contíguas à sua residência, com sinais de traumatismo craniano. À nossa chegada deparamo-nos com um cenário em que a vítima se encontrava inconsciente, caída numa escadas, com traumatismo craniano, hemorragia por ferida do couro cabeludo de difícil controlo. O local era de difícil acesso sem qualquer luz exterior, localizado nas traseiras da residência. Após avaliação da vítima, a mesma foi mobilizada para um local que nos permitisse a prestação de cuidados emergentes em segurança. A nossa abordagem foi rápida, orientada, objetiva e com foco na manutenção das funções vitais. Quase não foi necessário comunicar entre os elementos da equipa de emergência já que os três percebemos imediatamente a gravidade da situação e cada um se ocupou de diferentes intervenções. O médico fez avaliação neurológica

da vítima verificando a permeabilidade da via aérea e protegendo a mesma com lateralização da vítima, optando por não entubar orotraquealmente. A Enfermeira fez monitorização de sinais vitais constatando-se que apesar de alteração de estado de consciência, hemodinamicamente se encontrava estável. Eu fui responsável por colocar acesso venoso periférico de grande calibre com administração imediata de fluidos. Fez terapêutica analgésica e antiemética por vômitos, tendo sido necessário colocar sonda nasogástrica. Após estes procedimentos, executados de forma segura, rápida e eficaz foi decido transporte da vítima para unidade hospitalar. A evacuação da vítima foi complicada pelas características do local onde nos encontrávamos, apertado, escuro e com uma porta de acesso para a casa de diminutas dimensões onde não era possível passar uma maca. Face ao exposto e mais uma vez em equipa tentamos encontrar uma solução, imobilizando a vítima em plano duro e saindo por uma janela que dava acesso à casa e posteriormente à via pública. De referir que a vítima chegou à unidade hospitalar estável, em segurança e rapidamente, onde foi acolhida na sala de emergência, na qual a equipa hospitalar presente deu continuidade à prestação de cuidados emergentes.

A transmissão de informação foi por mim assegurada sob a supervisão do enfermeiro orientador e, apesar de no contexto extra-hospitalar não se realizarem registos escritos de enfermagem, demonstrei preocupação em referenciar aspetos da avaliação psicossocial e emocional da pessoa e/ou família bem como as eventuais intervenções desenvolvidas.

Os momentos seguintes foram de reflexão e de revisão da nossa atuação e todos concordamos que fizemos um excelente trabalho.

Esta situação permitiu-me prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas assim como me foi possível verificar que neste contexto se adapta a liderança e

gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

Neste estágio tive sempre presente não só as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica o que me permitiu adquirir novas competências e melhorar algumas que, fruto da experiência em serviço de urgência, já detinha.

Este estágio foi muito rico em aprendizagem, pela diversidade de situações, pessoas com diversas patologias e vários contextos sociais e culturais o que me permitiu conhecer novas perspectivas de cuidados, pensar os cuidados e as intervenções de forma mais abrangente e global refletindo sobre a minha prática, facilitando a evolução do pensamento crítico no sentido da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família dando mais um passo na minha formação e saber como Enfermeira.

2.2- Unidade de Cuidados Intensivos

Pelos Padrões de Qualidades definidos pela Ordem dos Enfermeiros entende-se como pessoa em situação crítica "...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 2017, p.10,) pelo que os cuidados de enfermagem prestados neste âmbito, são cuidados altamente qualificados e contínuos.

De entre os desenvolvimentos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas importa referir os registados na Medicina Intensiva com a sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência iminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis. Com a aquisição de novos conhecimentos nas diversas áreas de influencia: fisiologia, patologia e terapêutica, associados aos desenvolvimentos

tecnológicos, verificou-se uma mudança na capacidade de diagnóstico e prevenção, tratamento e cura de doenças até há pouco fatais, aumentando a capacidade para salvar vidas em risco. (Avaliação Da Situação Nacional Das Unidades de Cuidados Intensivos _ A Enfermagem e as Leis, n.d.)

A opção pela UCI relacionou-se desde logo, pelo continuum de cuidados que presto diariamente à pessoa em situação crítica. A Urgência Geral Polivalente (UGP), local onde exerço a minha atividade, comporta quatro salas de emergência, duas destinadas à pessoa vítima de trauma e duas de reanimação, com capacidade para quatro pessoas em condição crítica. É o local onde o rácio enfermeiro/doente é o mais próximo do ideal. A abordagem inicial é realizada numa perspetiva sistematizada, entre a equipa multidisciplinar, com vista à estabilização da situação clínica do doente, com posterior transferência no sentido da recuperação.

Na procura pessoal pela excelência enquanto futura enfermeira especialista e mestre, a escolha do campo de estágio, revelou-se de extrema importância, no sentido em que procurei desenvolver conhecimentos em cuidados intensivos, pretendendo aproximar estas experiências com o meu próprio percurso profissional, na área de urgência e emergência.

Ao longo deste percurso de estágio pretendi integrar o meu saber teórico na prática clínica, por forma a aperfeiçoar as capacidades de enfermeira que presta cuidados à pessoa/família em situação crítica, incrementado assim competências especializadas que pretendo para uma prestação de cuidados de excelência, tendo por base o Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como os objetivos e competências que me foram propostos pela instituição no guia de estágio.

Assim, delineou-se como objetivo geral deste estágio:

- **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto unidade de cuidados intensivos**

e como objetivos específicos:

- 1- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente;**
- 2- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, no âmbito das necessidades de informação aos familiares em contexto de unidade de Cuidados Intensivos.**

Importa referir que esta UCI não me é totalmente desconhecida, uma vez que para além de se encontrar no mesmo hospital onde exerço funções, é muitas vezes o local para onde realizo a transferência da pessoa em situação crítica. Contudo, representa um local com inúmeras especificidades de organização, estrutura e na abordagem à Pessoa em situação crítica e família, diferente, mas com igual rigor e qualidade assistencial numa perspetiva de continuum do cuidar.

A UCI escolhida para este estágio, é descrita como uma Unidade de Cuidados Intensivos polivalente, de nível III, respondendo às solicitações no âmbito de todas as especialidades clínicas da área de influência, designadamente região do concelho de Lisboa, e no apoio a grande parte do território nacional, nomeadamente região sul e vale do Tejo.

Está atualmente integrada na área da Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, estando dotada de meios que permitem prestar cuidados especializados ao doente de médio/alto risco do foro médico, cirúrgico e traumatológico, sendo uma unidade certificada através de um programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde a Caspe Healthcare Knowledge Systems. (2018_2019CHKS.Pdf, n.d.). Atualmente toda a instituição se encontra acreditada.

Apresenta como missão, a prestação de cuidados de qualidade a doentes cuja avaliação da gravidade clínica requeira internamento em contexto de UCI, assim como a prestação de tratamentos ao doente com insuficiência renal renal terminal, através de várias técnicas de diálise, entre outras, designadamente a colocação de electroestimulador cardíaco provisório, broncofibroscopias, plasmaferese,

cateteres provisórios, resgate de doente para Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) respiratório e Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (ECPR).

Desde o início de estágio, senti-me motivada para iniciar esta nova etapa no meu percurso formativo, prevendo desde logo a necessidade de um trabalho árduo, só possível com empenho total da minha parte, na busca da melhor experiência com vista atingir os objetivos a que me propus inicialmente.

Os primeiros dias fomentaram a integração na equipa multidisciplinar e em particular no seio da equipa de enfermagem, sendo crucial para a adaptação ao novo e distinto contexto, enquanto elemento ativo e participativo na prestação de cuidados. Assim, foi realizada uma apresentação da estrutura física do serviço, da disposição de material clínico, dos circuitos dos doentes e articulação com os diversos serviços de internamento. Foi possível assistir a diversas situações de transmissão de informação que asseguram a continuidade de cuidados, nomeadamente nos momentos de passagem de turno. Estes momentos foram muito importantes pois foi nos mesmos que surgiram bastantes dúvidas, que permitiram uma partilha de conhecimentos constante e discussão de cuidados a prestar, assim como o seu planeamento, sempre com base na mais recente evidencia científica.

Foi possível tomar conhecimento e aplicar sempre que indicado, na prestação de cuidados, os diversos protocolos de intervenção existentes no serviço, nomeadamente: Protocolo de controlo de glicemia/administração de insulina; eCPR Gestão de temperatura/temperatura alvo; Sedo analgesia e Procedimento de Anti coagulação no Doente sob ECMO. Estes protocolos visam a uniformização de procedimentos baseados na mais recente evidência científica, permitindo o desenvolvimento de conhecimento, sendo bastante facilitadores aquando da sua aplicação.

O Procedimento de Anti coagulação no Doente sob ECMO permite a uniformização de uma estratégia adequada de anticoagulação e monitorização da mesma, pois a anticoagulação nos doentes sob ECMO é essencial “ ... para evitar a formação de

coágulos nos sistema de ECMO e para prevenir a trombose vascular nos locais de inserção das cânulas evitando, assim, disfunção do oxigenador, hemólise, síndrome pós flebite, isquémia arterial e embolia pulmonar...”(Romano et al., 2017 pg.60)

Relativamente ao Protocolo de Sedoanalgesia, este visa o controlo uniformizado da dor aguda e diminuir complicações pela utilização de fármacos sedativos e analgésicos. Este tipo de protocolo implica a avaliação periódica do nível de sedação, com recurso a escalas devidamente validadas, apresenta um fluxograma que indica os reajustes de dosagens com o objetivo de prevenir níveis infra ou sobre terapêuticos de sedoanalgesia.

Foi com especial atenção, que reconheci que este serviço prioriza a relação com os familiares e pessoas significativas, numa perspetiva que foi para mim diferente enquanto enfermeira de um serviço de urgência. Se por um lado estava habituada a uma relação fugaz, relacionada com o pouco tempo de permanência dos doentes no serviço, aqui apercebi-me que a relação estabelecida é de proximidade e perdura ao longo de vários dias ou semanas, apesar dos vários constrangimentos atuais associados à pandemia de Covid 19, o que limita o horário de visitas aos doentes. Tal facto revela-se fundamental no envolvimento da família no plano terapêutico da pessoa em situação crítica, sempre que é possível.

A presença da família ou de pessoas significativas, pode contribuir para um bem-estar emocional da pessoa internada (Meleis, Messias, & Sawyer, 2000).

O ambiente em UCI, pode ser intimidante, complexo e até hostil para a família e é um ambiente onde muitas vezes predomina a tecnologia. Neste sentido, “..um ponto importante da prestação de cuidados aos doentes em condição crítica, passa pelo apoio emocional e pessoal dos membros da família e pessoas significativas..” (Urden, Stacy, K., 2008). Assim, “as famílias que interagem com os enfermeiros podem encontrar apoio cognitivo e emocional, permitindo-lhes ter consciência da situação e falar sobre, a fim de se sentirem fortalecidos e confortados” (Mendes, 2010 pg.154).

Na situação transicional experienciada pela família, face à transição saúde- doença do seu familiar, as necessidades que a família manifesta e as expectativas que coloca na interação com os profissionais, dependerão substancialmente do que lhe é proposto e do que adquire no contexto dos cuidados (Mendes, 2018 pg 204). Pela presença dos profissionais de saúde 24/h dia com a pessoa em situação crítica, a sua família deposita uma confiança cega nos mesmos, o que nos traz uma grande responsabilidade, sendo de extrema importância a construção de uma relação entre profissional e família pois a mesma será parceira nos cuidados, partilhando e participando na tomada de decisão.

Ao longo do meu estágio em que prestei cuidados à pessoa em situação crítica, com longo período de internamento, foi essencial ser capaz de realizar um despiste precoce de sinais e sintomas de vulnerabilidade que a família apresenta nesta fase de transição, considerando sempre as suas crenças e valores, tentando responder às suas necessidades físicas e emocionais, na base do cuidado centrado. As dúvidas eram muitas no início do internamento mas com o passar dos dias foram diminuindo, a confiança foi sendo fortalecida, e viam em nós enfermeiros, parceiros nos cuidados do seu ente querido. Falavam sobre a vida antes do internamento, sobre gostos, hábitos da pessoa, mostravam fotografias, colocavam a música que o seu familiar mais gostava, o que me permitiu conhecer a família de forma mais singular, estabelecendo uma proximidade que a mesma precisava, considerando sempre as suas necessidades e conseguindo identificar o modo como a confortar. Esta proximidade de enfermeiro/família foi uma das experiências mais marcantes pois é uma experiência que não vivencio diariamente na minha prática diária pelas características do serviço onde exerço e que me permitiu: estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa e família/cuidador alvo dos meus cuidados; demonstrar competências específicas em técnicas de comunicação que me permitiu adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto; reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes da doença aguda ou crónica; envolver pessoa e família/cuidadores em todo o processo de cuidar , rumo à independência e bem estar (OE 2018, pg.19361)

Não poderia, neste relatório final, deixar de partilhar uma situação que me marcou, neste âmbito, da relação com a família.

O primeiro doente a quem prestei cuidados, sexo masculino, 50 anos, Sr. “Manuel” (nome fictício). Doente com infeção por Sars-Cov 2, início de sintomas em 12/4/2021, internado em outro hospital com necessidade de transferência para o serviço em questão em 19/4/2021 por necessidade de suporte de ECMO

Ao 20º dia de início de sintomas foi considerado pela equipa Médica, curado para SARS- CoV 2 podendo então já receber visitas de familiares segundo as regras instituídas no serviço. Recebe então pela primeira vez desde o internamento, visita de esposa. Foi um momento marcante, pois a família não via o Sr. Manuel há mais de 2 semanas. Fomos receber a esposa á porta da Unidade, onde lhe foram explicados todos os procedimentos a nível de proteção individual, higienização das mãos, uso de máscaras, e por fim, a enfermeira responsável pelo doente e minha orientadora, tentou através de discurso simples, claro, direto, explicar a situação clinica do doente, todo o “aparato” técnico que o rodeia, sempre dentro das competências do enfermeiro. Mostrou completa disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida, referindo inclusive que a mesma só se deveria preocupar com o marido, falar com ele. “Para as máquinas estaríamos cá nós”. A primeira visita após 15 dias foi plena de emoção, receios e muitas dúvidas por parte da esposa.

Na terceira visita, na qual eu também estava presente, constatei que a esposa tinha colocado o seu telemóvel no ouvido do marido para o mesmo ouvir uma música. Questionei qual a música e se ele gostava dessa música. Fiquei então a saber que o “meu doente” era cantor lírico e a música que passava no telemóvel era o próprio a cantar. Desde esse dia o “meu doente” deixou de ser só o Sr. Manuel, era o Sr. Manuel que cantava maravilhosamente, tinha uma vida linda e uma família que o lembrava disso todos os dias. Inclusive no último turno que pude cuidar dele, a sua “unidade” estava repleta de fotografias de família e aí então pude perceber quem era o Sr. Manuel, para além de ser o “meu doente”. Como a minha orientadora me disse num dos primeiros dias de estágio a **“família fez-me muita falta neste tempo**

de pandemia” e só após este contacto com esta família esta afirmação teve um significado especial. Segundo a mesma, foi difícil em tempo de pandemia ver os doentes sozinhos, a família sozinha, sem poderem ver o seu familiar, tocar no seu familiar. Os contactos telefónicos diários eram a única ligação possível ao seu ente querido. Por sorte quando iniciei o meu estágio já eram permitidas visitas, ainda que em horário reduzido e com horas marcadas.

Infelizmente o Sr. Manuel faleceu, eu não estava presente, mas senti esta morte, talvez pela ligação que acabamos por estabelecer com a sua família. De referir que a família fez um louvor a todos os profissionais do serviço após a sua morte.

Nesse louvor a família refere em relação á equipa que “ouviram as nossas ansiedades, as nossas leigas dúvidas, o nosso choro e desespero. Nunca nos deixaram sem respostas, sem alento e sem humanidade... fizeram parte da nossa vida e viveram-na connosco...foram parte da nossa família e cuidaram dele quando não conseguimos...colocaram as nossas fotografias á sua volta para que fosse a primeira visão naquele acordar que desejávamos que acontecesse mas nunca veio a ser uma realidade...”

Isto é cuidar, é ser enfermeiro. Aqui as “máquinas” e todas as técnicas ajudaram o doente da forma possível, mas nós profissionais, fomos essenciais para esta família e a família para nós.

As UCI, são dotadas de técnicas altamente diferenciadas dirigidas à Pessoa em Situação Crítica, e previamente desconhecidas para mim. Durante o estágio, participei na execução de técnicas complexas à Pessoa em situação crítica, designadamente: pessoa sob ventilação mecânica invasiva (VMI) posicionada em decúbito ventral; terapia de substituição da função renal (TSFR) intermitente e contínua e Pessoa em situação crítica submetida a técnica de suporte de vida extracorporeal (ECMO).

A exposição a situações complexas novas, considerando a minha prática diária de cuidados, estimulou a procura de dados de evidência, para a prática nela baseada, indo ao encontro do previamente definido no projeto como indicador de processo

“aprofundar conhecimentos técnico-científicos acerca dos cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica submetida a VMI, técnicas de substituição renal, ECMO e outros dispositivos médicos invasivos, através do estudo contínuo e pesquisa bibliográfica”, com momentos de reflexão conjunta com o enfermeiro orientador. Toda a prática desenvolvida foi suportada na evidência científica, existindo uma constante preocupação em realizar pesquisa bibliográfica na medida das minhas necessidades, de forma a sustentar a minha intervenção contribuindo para o meu conhecimento.

Através de vários momentos em que estive conjuntamente com o enfermeiro orientador, ou outros enfermeiros, no cuidado à Pessoa em situação crítica, fui capaz de intervir de forma eficaz e eficiente, de gerir protocolos terapêuticos, isto é, ser capaz de avaliar o doente e adequar a terapêutica de acordo com a prescrição médica, estabelecer uma relação terapêutica que permitisse a comunicação, avaliar a dor e detetar precocemente perturbações/inquietações emocionais que pudessem advir da situação crítica que estava a vivenciar, para além de identificar situações de risco/complexas, formular diagnósticos de enfermagem e planear intervenções (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante este período tive a oportunidade de contactar com a Pessoa em situação crítica submetida a técnica de suporte de vida extracorporeal, (ECMO) nas modalidades de falência respiratória com função cardiocirculatória estável (ECMO-VV), assim como na modalidade de falência cardíaca aguda, com falência ou não respiratória (ECMO-VA). Pude colaborar na prestação de cuidados, baseados em padrões de conhecimento atuais, válidos e consistentes. Por ser uma técnica altamente diferenciada, utilizada muitas vezes em life-saving, alvo de atualizações constantes, requer, por parte da equipa um empenho e dedicação acrescida. Assim, pude participar em vários momentos de partilha de informação, relacionados com a técnica, e realizei posteriormente pesquisa sempre que considerei necessário.

ECMO constitui “ uma simplificação dos sistemas de circulação extra corporal, permitindo a substituição parcial ou total da função respiratória e/ou da circulatória” (Fortuna & José, 2019 pg.1).

Na Instituição em causa, Hospital Central da área de Lisboa, o ECMO começou a ser utilizado na década de 90, apenas na Cirurgia Cardíaca, iniciando então em 2014 um programa de ECMO na Medicina Intensiva. Este desenvolvimento veio permitir que o referido Hospital ficasse capacitado para assistência em todas as áreas de ECMO: Veno-venoso, Veno-arterial do foro médico ou cirúrgico, da idade pediátrica ao adulto. Em 2017 foi reconhecido como Centro de Referência Nacional para ECMO.

A equipa responsável pela implementação do ECMO na Medicina Intensiva, definiu que a assistência ao doente em ECMO deveria ser realizada por um grupo de profissionais com formação específica em ECMO e em permanência contínua na UCI, pelo que foi necessária formação específica na área, realizada por alguns elementos no Hospital de S. João, no Porto, em Inglaterra e Suécia, o que permitiu posteriormente disponibilizar essa formação para elementos do próprio serviço, passando a ser mandatória para quem integra a equipa de ECMO (Fortuna & José, 2019). Os meus autores assume ser determinante que os profissionais, além da formação específica, tenham treino regular e existam os recursos humanos e materiais adequados para que possam prevenir e /ou responder eficazmente às complicações inerentes á mesma, relacionada com as cânulas de elevado calibre, a gestão do circuito extra corporal e hemorragia associada á anti coagulação sistémica.

Para mim, foi principal foco e de extrema importância, o cuidar do doente com necessidade de suporte de ECMO, não só pelo completo desconhecimento, pois trata-se de uma técnica que não realizo durante a minha prática diária mas por ser a técnica a que muitos dos doentes que transfiro para este serviço são sujeitos. Este contacto diário que tive durante o meu estágio, pois a minha orientadora faz parte integrante da equipa especializada em ECMO, permitiu-me a aquisição de conhecimentos e competências que sem dúvida vieram enriquecer a minha prática.

Diariamente prestei cuidados á Pessoa em Situação Crítica submetida a ECMO o que me permitiu desenvolver competências específicas nesta área, facilitando de uma forma crescente a prestação de cuidados de forma autónoma.

Durante 3 semanas seguidas prestei cuidados ao “Sr João” (nome fictício), em situação crítica, com necessidade de suporte de ECMO e técnica contínua de substituição da função renal. Se inicialmente tive muitas dúvidas e questões, as mesmas foram sempre colmatadas quer por pesquisa quer por partilha de informação e esclarecimento de dúvidas junto da minha orientadora ou outro elemento da equipa perito na área. Com o evoluir de turnos realizados, fui sentido que cada vez mais era capaz de prestar cuidados diferenciados a este doente, antecipando eventuais focos de instabilidade com uma correta vigilância e interpretação da monitorização a que o Sr João estava sujeito, respondendo de uma forma pronta e antecipatória apropriada á complicação identificada. Por exemplo, num dos dias foi possível verificar que a oxigenação do Sr João não estava a ser eficaz, quer pelos parâmetros verificados no ventilador, quer pelos parâmetros verificados no ECMO. Após realização de gasimetria informamos o médico e foi então necessária uma reavaliação e substituição do oxigenador-dispositivo que realiza trocas gasosas baseadas no principio da difusão.

Após este procedimento existiu uma clara estabilização hemodinâmica do Sr João e isto foi possível pelo nível de cuidados que foram prestados por mim e pela enfermeira orientadora, pelo que considero que atendendo á complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias á pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, sou capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas, para dar resposta em tempo útil e de forma holística, identificando prontamente focos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória aos mesmos (OE 2018 pg.19363).

Durante o decorrer deste momento de aprendizagem, acreditei sempre estar a reunir todos os esforços, no sentido de atingir os objetivos definidos, com vista ao enriquecimento pessoal e profissional, que sempre entendi como úteis para o meu futuro como enfermeira especialista. Por fim, destacar que este contexto em

particular, revelou-se bastante promissor, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro mestre em Pessoa em situação crítica. Acredito e considero, que nunca se aprende tudo, que a procura de saber, só faz sentido, quando um conjunto de motivações nos impelem para ultrapassar as distintas barreiras com as quais nos vamos deparando ao longo da vida.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório teve como grande objetivo realçar todo o trabalho desenvolvido durante o Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O caminho apontado para a competência profissional em enfermagem passa atualmente, pela formação de uma consciência crítica e por um espírito desimpedido ao aprender a aprender, como forma de estimular o saber fazer. As vivências e saberes adquiridos ao longo do percurso profissional aliadas às crenças e experiências pessoais, influenciaram a minha ação durante este curso. Se por um lado pode influenciar a mudança, o nosso background constitui uma alavanca para a aquisição de novas competências. Considero que a oportunidade de prática clínica especializada constitui-se determinante na incorporação e valorização da experiência profissional e pessoal a desenvolver, dedicando maior competência, científica, humana e técnica ao cuidar, procurando cuidados de enfermagem especializados.

Os diferentes contextos onde se realizaram os estágios, os projetos de estágio e as reflexões realizadas nos diferentes contextos, permitiram-me a aquisição de diferentes competências comuns ao enfermeiro especialista na área Médico-cirúrgica assim como na área da Enfermagem à Pessoa em Situação crítica, como descrito ao longo deste relatório.

No âmbito das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a minha prática foi baseada no cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontológicos e respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional (Regulamento nº140/2019, 2019). Estes estiverem sempre implícitos na tomada de decisão, de uma forma refletida, assegurando o respeito pelos

direitos e privacidade da pessoa e família, contribuindo para uma maior humanização dos cuidados.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, ao longo de todos os estágios e do percurso académico, tentei desenvolver e planear atividades que de alguma forma permitissem uma melhoria da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa, promovendo um ambiente terapêutico e seguro, garantindo o respeito pela individualidade, cultura e espiritualidade da pessoa e família (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Reportando às competências do domínio da gestão dos cuidados, foram inúmeros os momentos de reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores acerca da tomada de decisão, pelo desafio constante de prestar cuidados de alta complexidade à Pessoa em situação crítica. Estes momentos de discussão e reflexão conjunta proporcionaram uma melhor compreensão das estratégias de gestão de recursos humanos e materiais, adequando os mesmos às necessidades. Para além disso, assegurei a segurança e qualidade das tarefas delegadas através da supervisão das mesmas (Regulamento nº140/2019, 2019).

Por último, em relação às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei o autoconhecimento e assertividade, com momentos de reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores. Toda a prática desenvolvida foi suportada na evidência científica, pelo que houve uma constante preocupação em realizar pesquisa bibliográfica na medida das minhas necessidades, de forma a sustentar a minha intervenção contribuindo para o meu conhecimento.

Como mestranda em Novembro de 2020 participei no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro” da Escola de Enfermagem (Lisboa)- Instituto de Ciências da Saúde, da UCP (Apêndice I) e já em Novembro de 2021 elaborei um poster (Apêndice II) para apresentação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem especializada: Um valor em Saúde também da Escola de Enfermagem (Lisboa)- Instituto de Ciências da Saúde, da UCP (Apêndice III) e

realizei uma revisão sistemática de literatura, visando promover a partilha de conhecimento.

Atendendo a que Enfermagem “..como uma disciplina integra no seu desenvolvimento e progresso, uma perspectiva de centralidade dos cuidados nas pessoas, mas não nega o seu status científico de disciplina prática, orientada na saúde e no cuidar ”(Araujo et al., 2015), sou da opinião que o enfermeiro com grau de mestre deve possuir competências no âmbito da investigação, fundamentando a sua prática na evidência, para garantir cuidados de excelência. Assim sendo, a realização da revisão sistemática de literatura com o tema “Necessidades de Informação da família da Pessoa em situação Crítica” surge por necessidades identificadas na minha prática diária neste âmbito específico.

O processo de doença, com internamento associado, nunca é um processo limitado à Pessoa em situação crítica, sendo também vivenciado pela sua família, pelo que considerando a importância de englobar a família no cuidado à Pessoa em situação crítica, e considerando o meu contexto de trabalho, onde diariamente existe sempre uma família com medos, receios, tristeza e muitas dúvidas, foi importante tentar perceber quais as necessidades da família no âmbito da informação, e qual a responsabilidade do Enfermeiro no cuidado à família, neste âmbito. Os estudos são unânimes na referência da importância do enfermeiro, exaltando o seu contributo junto da pessoa em situação crítica e família.

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 contribuiu 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.

O enfermeiro especialista tem responsabilidade acrescida no campo da 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 informação da família da Pessoa em situação crítica.

Todo o trabalho realizado ao longo deste percurso de aprendizagem, proporcionado pela diversidade de experiências vivenciadas, com uma constante mobilização de conhecimentos e reflexão permanente sobre os cuidados prestados, contribuiu para uma prestação de cuidados de qualidade à Pessoa em Situação Crítica e família, mas também para o meu crescimento profissional e pessoal, julgando ter atingido com sucesso os objetivos a que me propus no início deste processo.

Enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre, assumo a responsabilidade acrescida de investir diariamente no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de saberes científicos, técnicos e relacionais especializados na área de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como de contribuir para uma melhoria da prática, nomeadamente no meu contexto profissional, pois este não é um ciclo que se encerra, irei sempre continuar na procura de novas aprendizagens, com uma prática constante baseada na evidência, na procura da excelência do cuidado prestado à Pessoa em situação crítica e sua família.

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*, 70–80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulskey, J. A., Steinhauer, K. E., & Bailey Jr., D. E. (2014). *Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High risk of dying*. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.20214.02.001>.
- Antunes, L. (2009). *A Família e a Escola*.
- Araujo, F. R. de, Pereira, M. L. D., & Rodrigues, J. A. (2015). *A Transição paradigmática da saúde e suas reflexões na Enfermagem como disciplina*. Revista Rede de Cuidados Em Saúde. ISSN-1982-6451
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2019). Chapter 10: Umbrella reviews. In *JBIR Reviewer's Manual* (Issue February). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIRM-17-08>
- Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1567. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
- Despacho 10319/2014, 2014-08-11 - DRE. <https://dre.pt/home/-/dre/55606457/details/maximized>
- Diário da República n.º 47/2016, S. I. de 2016-03-08. (n.d.). *Aviso 3127:2016, 2016-03-08 - DRE* (pp. 8340–8342).
- Dias, J. (1996). *A problemática da relação família/ escola e a criança com Necessidades Educativas Especiais*.
- E.Henneman, S. cardin. (2002). family - centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 12–19.
- 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.

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>

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.

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

Gaeeni, 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. <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), e0160947. <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' FAMILIES' NEEDS IN MALAWI. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 13(2), 92–102.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107923685&lang=pt-br&site=ehost-live>

Jacobowski, N. L., Girard, T. D., Mulder, J. A., & Ely, E. W. (2010). Communication in Critical Care: Family Rounds in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 421–430. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010656>

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), 533. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Matthew J. Page, Joanne E. McKenzie, [...]David Moher. (n.d.). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. Retrieved

November 11, 2021, from
<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01626-4>

Meleis, Afaf I. (2012). *Theoretical nursing : development and progress / Afaf Ibrahim Meleis*, (p. 690).
<https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&printsec=frontcover&dq=meleis&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwinhP-rvN3vAhVI3IUKHcQyBzoQ6AEwAHoECAAQAg#v=onepage&q=meleis&f=false>

Mistério da Saúde. (2012). Decreto-Lei nº34/2012. *Diário Da Republica*, 748–750.

Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. 112.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória* (pp. 1–38). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 74 — 16 de abril de 2018. 0, 10758–10764.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. In *Diário da República* , 2º série: Vol. nº 135 (pp. 19359–19370). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República, 2ª série: Vol. nº26* (pp. 4744–4750).
- Pearson, B. D., & Meleis, A. I. (1985). Theoretical Nursing: Development and Progress. *The American Journal of Nursing*, 85(10), 1196. <https://doi.org/10.2307/3425219>
- Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Silva, B. R. da, & Silva, M. J. P. da. (2015). Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 60–65. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>
- pensamentos_paulo_freire*. (n.d.). Pensador. Retrieved November 10, 2021, from https://www.pensador.com/pensamentos_paulo_freire
- Romano, T. G., Mendes, P. V., Park, M., & Costa, E. L. V. (2017). Extracorporeal respiratory support in adult patients. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(1), 60–70. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000299>
- Saiote, E. (2011). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124.Communication>
- wikipedia. (n.d.). *Informação*. Retrieved October 26, 2021, from <https://pt.wikipedia.org/wiki/informação>

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação no “III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Olga Maria dos Santos Ramos**, 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


Amélia Simões Figueiredo, PhD, Med, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º **192020075**



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

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 da enfermeira especializada em Espanha"
Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha)

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:30 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)
Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) - "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"
Laurina 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 Vollrath (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



ANEXO II

Certificado de apresentação do Poster nº 38 Intitulado “*Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica*”

IV 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

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



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, CCNS, 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 Lislaine 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

APÊNCIDE I

Poster Intitulado “*Necessidades de informação da família da pessoa em situação crítica*”

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

¹Cláudia Sousa; ¹Olga Ramos; ²Manuela Madureira; ²Isabel Rabiais.

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

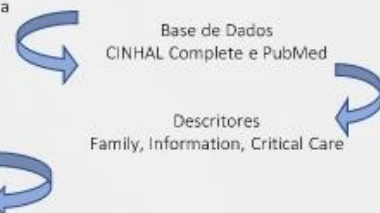
O internamento hospitalar da pessoa em situação crítica é revestido de particularidades que afetam a família enquanto sistema em interação, gerando sentimentos de ansiedade, medo e stress (Oliveira2013).
Pela presença constante junto da pessoa em situação crítica e relação que estabelece com a mesma 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

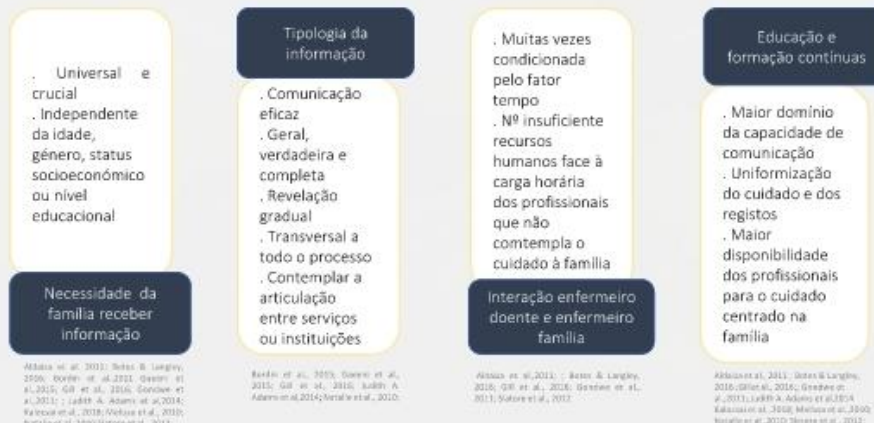
P-Família da Pessoa em situação crítica
I- Necessidades de informação
Co- Cuidados críticos



Critérios de elegibilidade
Português, Inglês e Castelhanos
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)



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, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>
- Adams, A.M., Morris, L., Borge, M., & Lough, J. (2011). Patient communication with family in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Care*, 76(48), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/ajcc/76.48.1000>

