



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

Benefícios da visita de familiares à Pessoa em Situação Crítica

The benefits of family on visiting the Person in Critical Condition

Por:

Ana Filipa da Silva Valente Correia, N°192019077

Lisboa, 2021



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

Benefícios da visita de familiares à Pessoa em Situação Crítica

The benefits of family on visiting the Person in Critical Condition

Por:

Ana Filipa da Silva Valente Correia, N^o192019077

Sob orientação de Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2021

A nossa Família sempre é assim, maior que a Humanidade

Mia Couto

AGRADECIMENTOS

Embora este trabalho seja o resultado de um esforço pessoal, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

À **minha Mãe e ao Marco**, por toda a paciência, a compreensão, o encorajamento, o amor e o apoio incondicional que me proporcionaram nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela compreensão da minha ausência durante a elaboração deste estudo, pelo carinho, pela força constante e pela amizade demonstrada.

Aos meus enfermeiros orientadores de estágio pela sabedoria, paciência e acompanhamento.

À **Professora Filipa Veludo** pela ajuda, motivação, disponibilidade, compreensão, paciência e dedicação ao longo deste percurso.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio, inscrito no plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem como objetivo dar visibilidade à aprendizagem desenvolvida nos vários estágios. Enunciam-se os objetivos planeados, as atividades cumpridas, as situações e/ou problemas vividos e as estratégias de resolução encontradas que, no seu conjunto, patenteiam as competências especializadas em enfermagem que foram desenvolvidas ou aprimoradas.

Realizei estágio em três contextos diferentes, permitindo aquisição de competências especializadas. Relativamente aos campos de estágio foram possíveis concretizar numa UCIN, num GCL-PPCIRA e num Serviço de Urgência, perfazendo um total de 360 horas.

Os cuidados foram prestados à pessoa adulta e idosa, maioritariamente em situação crítica, tendo por base os princípios Éticos e Deontológicos da profissão de Enfermagem e as competências do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer deste percurso foi realizada uma *scoping review*, que visa salientar os benefícios da visita da família à pessoa em situação crítica, em contexto de internamento.

A relação entre a formação teórica e o exercício prático proporcionado pelos campos de estágio foi imprescindível, permitindo o aperfeiçoamento de oportunidades de análise e de reflexão, quer na consolidação de competências, que foram desenvolvidas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Considero que este Curso de Mestrado contribuiu para a expansão de conhecimento e desenvolvimento de melhores competências profissionais, que aprofundam o cuidado de enfermagem de qualidade e permitem crescentes ganhos em saúde para a população.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência; Visitas

ABSTRACT

The present Internship Report, enrolled in the study plan of the 13th Master's Course in Professional Nursing, Nursing Medical-Surgical Speciality area, in the Institute of Ciências Médicas of Universidade Católica Portuguesa, aims to give visibility to the learning developed in the various stages.

The planned objectives, the accomplished activities, the situation or problems experienced and the resolution strategies found, take as a whole, representing specialized nursing skills that have been developed or improved.

I took part of an internship in there different contexts, allowing the acquisition of diversified practices. Regards to the internship itself, the clinical practice took place at UCIN, in a GCL-PPCIRA and in an Emergency Service, completing a total of 360 hours.

The nursing care was provided to the adult and elderly person, mostly in need of Critical Care, based on Ethical and Deontological principles of the profession of Nursing, using skills of the Specialist Nurse and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

During this course, a *scooping review* was carried out, aiming to highlight the benefits of family on visiting the person in critical condition.

The correlation between the theoretical training and the practical exercise provided by the Internship experiences was indispensable, allowing the improvement of opportunities for analysis and reflection, providing consolidation of knowledge and competences, which were developed in the area of specialization in Nursing Medical-Surgical.

I believe this Masters Course has contributed to the expansion of knowledge and development of the better professional competences, which guarantee quality in nursing care and allow an increasing health gains for the population.

Keywords: Person in Critical Situation; Family; Intensive Care; Emergency Care; Visit

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antibióticos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intracraniana

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUC - Serviço de Urgência Central

SUGP – Serviço de Urgência Geral e Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VE - Vigilância Epidemiológica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

INTRODUÇÃO.....	13
1. BENEFÍCIOS DA VISITA DE FAMILIARES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – <i>Scooping Review</i>	18
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
2.1. Desenvolvimento de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCINC).....	36
2.2. Desenvolvimento de competências na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Controlo de Infecção (GCL-PPCIRA).....	46
2.3. Desenvolvimento de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência (SU).....	55
3. CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNDICES	86
APÊNDICE I – Metodologia PPC para formulação da questão de investigação e critérios de inclusão e exclusão	87
APÊNDICE II - Processo de identificação e inclusão dos estudos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow	88
APÊNDICE III – Resumo dos estudos incluídos na revisão.....	89
APÊNDICE IV – Certificado de Participação na Formação “IACS e Higiene das Mãos – Adaptação de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”	95
APÊNDICE V – Certificado de Participação na Formação “IACS – Precauções Básicas em Controlo de Infecção”.....	97
APÊNDICE VI – Certificado de participação na “Reunião dos Interlocutores do PPCIRA – Especialidades Cirúrgicas, Urologia e Consultas Externas”	100

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se na Unidade Curricular - Estágio e Relatório, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A elaboração do relatório teve como base a metodologia descritiva e crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, bem como, as aprendizagens e competências adquiridas. A sua realização e discussão pública visam a obtenção do grau académico de Mestre e de título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste percurso, a análise reflexiva foi fundamental na consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de espírito crítico, tomada de consciência e capacidade de decisão.

Constitui-se como principais objetivos: fundamentar o processo de tomada de decisão, demonstrar capacidade crítico-reflexiva e descrever objetivos, atividades e competências desenvolvidas na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica visa o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem com a necessária componente de investigação. Tem como objetivos dar continuidade ao processo de desenvolvimento profissional, e fortalecer competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, em diferentes contextos de prática clínica.

Assim, foram realizados estágios em três contextos distintos que incluíram unidade de cuidados intensivos, grupo de coordenação local para a prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos e serviço de urgência.

Decidi descrever a atividade de estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos, uma vez que, não detenho experiência profissional suficiente nesta área, permitindo assim, enriquecer as minhas competências na arte do cuidar da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

Os estágios realizados, nos diferentes contextos de prática clínica, em conjunto com as competências prévias detidas, enquanto enfermeira de cuidados gerais, serão a base para o desenvolvimento de competências especializadas na área da PSC.

Neste sentido, a OE criou o atual regulamento de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, visando certificar competências na procura da excelência do cuidar (Regulamento nº429/2018, 2018).

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

Assim, neste documento são definidas competências específicas do EEEMC na área da pessoa em situação crítica (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19359):

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

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

A visão da Disciplina de Enfermagem, transversal à prática independentemente do contexto, é representada pelo metaparadigma de enfermagem que se cimenta nos conceitos centrais de **pessoa, ambiente, saúde e enfermagem** (Vieira, 2017).

A **Pessoa** foco dos cuidados de Enfermagem é definida pela OE como *“(...) um ser social e agente intencional de comportamento baseado nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...)”* (OE, 2017, p. 12). Compreende assim o indivíduo, família ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde que incluem cuidados de saúde primários, terciários ou de prevenção (Kolcaba, 2003).

Neste sentido, a **Pessoa em Situação Crítica**, alvo específico de interesse no desenvolvimento de competências especializadas, é entendida como “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19362), pelo que os cuidados poderão derivar de situações de emergência, exceção ou catástrofe.

Uma vez que o conceito de **Pessoa** se trata de um dos principais conceitos da disciplina, definidos pela OE, será esta a nomenclatura adotada ao longo do presente relatório.

O **Ambiente**, no qual a pessoa se insere, vive e se desenvolve, monopoliza elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que se projetam no próprio conceito de saúde e acabam por influenciar os estilos de vida (OE, 2017).

Para Kolcaba (2003), todos os aspetos que rodeiam a pessoa, família ou comunidade afetam o conforto, podendo ser modificados para aumentar o conforto.

Já a **Saúde** é considerada “*o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual*” (OE, 2017, p. 12).

A melhoria funcional da pessoa, família ou comunidade, facilitada pela otimização do conforto, constitui o estado de saúde (Kolcaba, 2003).

Este relatório ilustra o caminho percorrido, desde a realização do projeto de estágio até ao desenvolvimento das competências adquiridas, fundamentadas numa prática baseada na evidência que se traduz na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Como referencial teórico faço alusão ao Modelo de Enfermagem: **A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba**.

De acordo com esta teórica, a **Enfermagem** objetiva a avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, família ou comunidade, a planificação de intervenções sob a forma de medidas de conforto para colmatar as necessidades, incluindo a reavaliação do nível de conforto após a sua implementação e a sua comparação com o estado inicial (Kolcaba, 2003).

O conforto torna-se uma necessidade fundamental da pessoa, sendo uma finalidade da prestação de cuidados, é fundamental para o cuidado humano e prática de Enfermagem.

Para Kolcaba (2003, p. 14) “*o conforto é uma experiência imediata de fortalecimento ao ver as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência colmatadas em quatro contextos (físico, psíquico, social e ambiental)*”.

Assim, assumiu-se que a estrutura do conforto inclui três tipos de conforto: o **alívio**, quando uma necessidade foi satisfeita; a **tranquilidade** caracterizada por um estado de calma ou satisfação; e a **transcendência**, estado em que a pessoa sente que possui competências para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. (Kolcaba, 2003).

Os tipos e contextos de conforto são interrelacionados e são percebidos simultaneamente pelos recetores de cuidados (Kolcaba, 2003).

Para Katherina Kolcaba, de acordo com a sua Teoria do Conforto, as necessidades de cuidados são encaradas como necessidades de conforto, ficando assim delimitado o âmbito do problema de enfermagem e as intervenções, as medidas de conforto (Kolcaba, 2003).

Então, o conforto/confortar constitui um fator de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). A temática subjacente à realização desta *scooping review*, área transversal aos diferentes contextos de estágio, foi a gestão da presença da família perante a pessoa em situação crítica.

A elaboração deste relatório visa a criação de estratégias, que impulsionem o processo de aprendizagem, indispensável na área do cuidado à pessoa em situação crítica (podendo ser transversal a qualquer tipo de cuidados e pessoas). Permite a valorização pessoal e profissional, com a obtenção de competências para uma correta prática nos cuidados de enfermagem especializados.

Com isto e, de acordo com, o Regulamento N° 140/2019 (p. 4744), em consonância com a OE, o enfermeiro especialista “*é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de*

orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”.

E é neste sentido que se justifica a necessidade de constante atualização e melhoria da qualidade na área de Enfermagem e, foi esta necessidade e procura que impulsionou o percurso realizado.

A elaboração deste trabalho foi realizada com base na metodologia proposta pela Universidade Católica Portuguesa, encontrando-se estruturado da seguinte forma: *scooping review* “**Benefícios da visita de familiares à pessoa em situação crítica**”; descrição e análise das atividades e competências adquiridas em estágio; reflexão final; referências bibliográficas, segundo a norma da American Psychological Association (APA, 2020); e por último os anexos e apêndices.

Salienta-se que se trata de um documento que será tornado público pelo que, por questões de confidencialidade e anonimato, foram ocultados dados que permitam a identificação de instituições (ICS, 2019).

1. BENEFÍCIOS DA VISITA DE FAMILIARES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – *Scooping Review*

O presente relatório debruça-se sobre o benefício da presença da família na pessoa em situação crítica, tendo como objetivo mapear esses benefícios na pessoa internada.

Sendo a família uma extensão da própria pessoa, revela-se como o alvo do cuidado de enfermagem, pelo que é necessário o desenvolvimento de intervenções por parte dos profissionais neste contexto.

Não sendo o Homem um ser solitário, mas antes um membro integrante de uma comunidade e de uma família, as representações acerca da família influenciam a prática de Enfermagem, pelo que é fundamental esclarecer este conceito.

Goldenberg (1997, p. 26) define família como *“um grupo de pessoas relacionadas entre si de uma forma biológica, legal ou emocional, que não vivem necessariamente no mesmo local e que compartilham uma história, regras, costumes e crenças.”*

Lancaster e Stanhope (1999, p. 493) acrescentam que a família *“é definida como dois ou mais elementos com origem no mesmo ou em diferentes grupos de parentesco e que estão implicados numa adaptação contínua da vida, geralmente residentes na mesma casa, que experimentam laços emocionais comuns e partilham entre si e com os outros certas obrigações”*.

Mas, é preciso um conceito de família mais abrangente, um conceito que não inclua só os que partilham traços biológicos ou que vivem no mesmo espaço físico, mas também pessoas significativas, que são sentidas como família (Benjumea, 1995).

Família também são os elementos emocionalmente ligados, não só ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional da pessoa, ou seja, são aqueles que mantêm muitas vezes ligações mais importantes do que os membros da sua família biológica (Viseu *et al*, 2008).

Mais importante que a família definida é a família percebida, a qual passa a incluir aqueles com quem partilhamos vínculos de afeto e de intimidade e em quem confiamos (Benjumea, 1995).

No decurso do presente estudo serão considerados familiares/família da pessoa em situação crítica, todos aqueles que se preocupam com ele, quer estejam ligados por traços biológicos, ou não.

Neste ponto, quando uma pessoa é sujeita a internamento hospitalar, uma das formas de expressão social de apoio é a visita da família. A presença da família é um alicerce que ajuda a suportar o período de internamento, desde o sofrimento causado pela doença e pelos tratamentos, a que a pessoa está sujeita, até a toda a sua condição física e psicológica (Fernandes 2005, p. 40).

As visitas são um suporte à hospitalização em todos os seus aspetos, nomeadamente, em relação ao sofrimento provocado pela própria doença, pelos tratamentos necessários e pelo afastamento do seu meio social (Andrade, 2000).

A visita é o elemento que contribui para o sentimento de continuidade entre o contexto de vida na família, na comunidade e no ambiente hospitalar (Brasil, 2004).

Posto isto, a visita é um elo entre a pessoa internada e o seu contexto social, sendo reforçada a continuidade da vida.

Quer a família, quer os amigos, assumem um papel de excelência pois são suportes sociais para a pessoa em situação crítica, embora assumam papéis distintos nas redes sociais de apoio.

Os familiares são importantes, quer pelo valor dos laços de sangue que se revelam, quer pelas manifestações de amor e interesse, ou ainda pelos comportamentos de proteção, aliança e defesa. Por outro lado, a importância dos amigos reside no facto de serem a grande fonte de autoestima e de realização pessoal (Andrade, 2000).

É de tal ordem importante a presença das visitas, que está consagrada na Carta dos Direitos dos Doentes Internados, através do Direito 13 que esclarece que a pessoa internada tem direito à visita dos seus familiares e amigos (Nunes *et al*, 2005).

De acordo com o que se encontra regulamentado na Carreira de Enfermagem - Decreto-Lei 437/91, de 8 de novembro, artigo 7º, as práticas clínicas fundamentam-se não só na

interação entre o enfermeiro e a pessoa internada, mas também na interação entre o enfermeiro e a família.

Neste sentido, o internamento/tratamento a uma pessoa em situação crítica afeta todos os elementos da família, implicando adaptação à nova realidade, necessitando a pessoa de cuidados de excelência, direcionados não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Compete ao enfermeiro facilitar a manutenção da ligação entre eles, para que não sejam quebrados pela hospitalização (Oliveira, 2011).

Por pessoa em situação crítica designa-se: *“Um indivíduo que sofre de falência de um ou mais órgãos ou sistemas e que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”* (Neves et al., 2000, p. 37).

A PSC sofre um processo de *“separação do mundo”*, na qual ocorrem mudanças significativas nos hábitos de vida, nomeadamente, de higiene, de alimentação, de eliminação, de sono e repouso, de afeto, de convivência familiar e nos aspetos relacionados com a interação social (Oliveira, 2011).

Assim, perante esta situação, torna-se objetivo dos profissionais de enfermagem, proporcionar práticas clínicas contínuas e de elevada qualidade em pessoas em situações de risco de vida, atendendo sempre às suas necessidades como um ser integrado, onde as suas condições de saúde não variam de dia para dia, mas sim de minuto a minuto.

A enfermagem, de acordo com a OE (2010) é uma profissão que já conta com um longo período histórico, evoluindo ao longo do tempo, estando descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que esta evolução se efetiva na complexificação e dignificação do exercício profissional do enfermeiro.

Deste modo, atualmente, a enfermagem traduz-se numa *“profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado”* (Serrano et al, 2011).

O estudo apresentado traduz-se numa *scooping review*, um tipo de estudo que nos fornece uma avaliação preliminar do tamanho potencial e a extensão da literatura de

investigação disponível. Destina-se a identificar a natureza e a abrangência das evidências (Apóstolo, 2017).

Neste sentido, adotou-se uma metodologia de índole qualitativa, a qual tem ganho grande visibilidade na área da saúde, isto porque quando aplicada à saúde “*emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas*” (Turato, 2005, p. 39).

Na formulação da questão de investigação foi utilizada a estratégia PCC e foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, segundo a mesma mnemónica (APÊNDICE I).

Definimos como questão de investigação:

Quais os benefícios da presença de familiares (visitas) para a pessoa em situação crítica?

Assim sendo, através deste estudo visa-se mapear os principais benefícios da visita da família à PSC e quão complexo é a gestão dos cuidados numa perspetiva holística da pessoa em situação crítica.

Ainda, se acrescenta, como critérios de inclusão estudos escritos em inglês, português, espanhol e francês, sem limite temporal definido e texto integral disponível gratuitamente. Uma vez que, este curso de mestrado, se direciona para a pessoa adulta em situação crítica, foram excluídos estudos com população pediátrica e pessoas em fim de vida.

Na sistematização do processo de elegibilidade dos estudos utilizou-se a metodologia **PRISMA** (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), operacionalizando os descritores em saúde segundo a seguinte estratégia de pesquisa booleana:

- EBSCO (1.^a pesquisa): *family or family relationships or family support* [TI] AND *visit or visitors to patients or visitor our family* [TI; ABT] AND *intensive care unit or icu or critical care or critical care unit or emergency care* [ABT].
- PubMed (2.^a pesquisa); *family or family relationships or family support* [TI] AND *visit or visitors to patients or visitor our family* [TI, ABT] AND *intensive care unit or icu or critical care or critical care unit or emergency care* [ABT].

A pesquisa eletrônica foi realizada a 15 de janeiro de 2021, com recurso aos motores de busca da **EBSCO** (com as bases de dados CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); MedicLatina(tm); MEDLINE® with Full Text) e **PubMed**

A amostra inicial incluiu 141 artigos, tendo sido excluídos 42 artigos por ausência de texto integral; acesso livre e idioma. Foram excluídos 69 pela análise do título, resultando um total de 30 artigos. De acordo com os critérios de elegibilidade presentes no resumo, selecionamos um total de 24 artigos. No final, após a leitura completa de cada artigo, resumiu-se a uma amostra final de 16 artigos.

A seleção dos artigos é apresentada no diagrama de fluxo (APÊNDICE II) e estes foram analisados, mapeados e discriminados pelo modelo proposto por Melnyk & Fineout-Overholt (2011).

Os resultados da amostra foram selecionados, segundo a JBI (2013), de acordo com o seu nível de evidência.

Na base de dados PubMed foi possível encontrar 2 artigos com referência à atual situação pandêmica.

Os estudos analisados evidenciam que a presença da família é importante para a pessoa em situação crítica e para a própria família, acarretando diversos benefícios para o bem-estar da pessoa. É de destacar, a importância da intervenção dos enfermeiros junto dos seus pares e restantes intervenientes (Quinio *et al*, 2002; Vickie, 2005; Ramsey *et al*, 2000; Guzzetta *et al*, 2004; Garrouste-Orgeas *et al*, 2014; Kobi *et al*; 2016; Cullen *et al*; 2003; Janet *et al*, 2006).

A literatura aponta que a visita aberta (sem horário de restrição) é mais valorizada pela família. É apontada como uma vantagem na recuperação da pessoa em situação crítica, tendo em conta o critério do enfermeiro e o cuidado centrado na família (Quinio *et al*, 2002; Vickie, 2005; Ramsey *et al*, 2000; Guzzetta *et al*, 2004; Garrouste-Orgeas *et al*, 2014).

A PSC necessita de cuidados de excelência, direcionados não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas com a doença física (Quinio *et al*; 2002; Vickie, 2005; Kohi *et al*; 2016).

A abordagem do cuidado à pessoa em situação crítica é mais do que vigiar a pessoa ou garantir a manutenção das necessidades fisiológicas é, igualmente, promover a interação entre a família, família com crianças e animais de estimação, centrando o cuidado na pessoa e naqueles que o rodeiam (Cullen *et al*; 2003; Janet *et al*, 2006; Kohi *et al*, 2016).

A partir dos artigos selecionados é possível concluir que a experiência dos enfermeiros relaciona-se com a presença da família e a gestão de emoções associadas, percebendo que deve ser algo flexível e consciente, permitindo a adaptação a cada pessoa (Vickie, 2005; Fumis *et al*, 2015; Barbara *et al*, 2016; Bauer *et al*, 2019; Ramsey *et al*, 2000; Guzzetta *et al*, 2004; Gottlieb; 2003).

Destacando a família como um todo, e lembrando que dela também fazem parte as crianças e adolescentes, é destacada a importância da presença das mesmas no momento da visita (Quinio *et al*, 2002; Cullen *et al*, 2003; Barbara M. *et al*, 2016; Janet *et al*, 2006).

A presença de um filho ou irmão menor ajuda a controlar níveis de ansiedade na PSC, havendo referência a aumento da esperança, da tranquilidade e diminuição períodos de delírio (Janet *et al*, 2006).

Esta talvez seja a visita mais temida e desafiante para os profissionais de saúde, existindo a necessidade de uma maior adaptação do cuidado ao momento da visita. Haverá a necessidade de adoção de atitudes que permitam que a criança perceba o que está a acontecer em seu redor e criação de estratégias de *cooping* para a família com crianças (Janet *et al*, 2006; Cullen *et al*, 2003).

Num dos artigos selecionados é salientada a importância da presença de animais na visita à pessoa em situação crítica, referindo que pode beneficiar a recuperação da PSC, tal como a presença da família, havendo, inclusive alterações nos parâmetros vitais (Cullen *et al*, 2003). A falta de formação e experiência nesta prática criou um estigma

associado à relação risco-benefício da presença de animais, destacando-se o risco de agitação e de transmissão de infecção como os principais entraves para a não permissão da visita.

A família não é a mesma antes, durante e depois de um processo de doença/trauma, tendo de criar estratégias de resiliência face à situação vivida. O aumento da tecnologia e especificidade dos procedimentos pode desumanizar os cuidados, defendendo, os autores, que a presença da família tenta combater esta premissa (Roland *et al*, 2001).

O contexto atual de pandemia em que vivemos, veio agravar o isolamento social da pessoa em situação crítica. As restrições/suspensão das visitas têm implicações negativas na PSC, como agravamento do *stress* agudo; ansiedade e depressão (Rose *et al*, 2020).

A comunicação surge como a melhor estratégia para combater este isolamento, defendendo vários autores, que é a chave para a diminuição de níveis de *stress* e ansiedade na pessoa com infecção por SARS-CoV2, devendo criar-se novas pontes facilitadoras de comunicação entre a pessoa e família. (Goldfarb *et al*, 2020; Rose *et al*, 2020).

A PSC é uma vertente das práticas clínicas e, os enfermeiros devem promover o seu bem-estar, minimizar o desconforto da hospitalização e do isolamento social. A promoção de visitas de familiares ou de pessoas significativas contribui para uma melhor aceitação da doença e para um bem-estar emocional que, diretamente, contribui para uma melhoria da saúde (Guzzetta *et al*, 2004; Fumis *et al*, 2015; Kobi *et al* 2016; Rose *et al*, 2020).

Como se pode analisar neste percurso, existem benefícios significativos na presença da família na hospitalização da pessoa em situação crítica. No seguinte quadro, e após a análise de todos os artigos, foi possível identificar os principais benefícios da presença da família para a pessoa em situação crítica.

Quadro 1 – Benefícios da presença da família perante a pessoa em situação crítica

Benefícios	<i>f</i>(n)	<i>f rel</i> (%)
Redução de ansiedade	14	19
Redução Stress psicológico	11	15
Redução <i>stress</i> físico	11	15
Conforto	8	11
Redução da depressão	7	10
Segurança	4	6
Tranquilidade	4	6
Melhoria da comunicação	3	4
Esperança	3	4
Compreensão familiar	3	4
Diminuição de delírio	2	2
Alterações de SV	2	2
Recuperação	1	1
Diminuição do Stress pós-traumático	1	1
Total	74	100%

Vários autores descrevem a **redução nos níveis de ansiedade** na PSC, como o principal benefício perante a visita da família, em especial no período noturno, havendo, em alguns estudos que relacionam a redução dos níveis de ansiedade com a **diminuição dos níveis de *stress* físico e psicológico**, avaliado através de períodos de sono mais tranquilo e diminuição de delírio (Quinio *et al*, 2002; Vickie, 2005; Fumis *et al*, 2015; H&HN, 2004; Cullen *et al*, 2003; Barbara M. *et al*, 2016; Bauer *et al*, 2019; Kohi *et al*, 2016; Janet *et al*, 2006; Gottlieb *et al*, 2003; Roland *et al*, 2001; Garrouste-Orgeas *et al*, 2014; Rose *et al*, 2020; Goldfarb *et al*, 2020).

A promoção de visitas, sejam estas, família, crianças, animais de estimação ou pessoa significativa contribui para uma melhor aceitação da doença e do seu estado geral, podendo ser evidenciado pelo **conforto e redução de níveis de depressão**, referenciado em mais de metade dos artigos estudados (Cullen *et al*, 2003; Barbara M. *et al*, 2016; Bauer *et al*, 2019; Kohi *et al*, 2016; Janet *et al*, 2006).

As crianças/adolescentes acarretam uma carga emocional avassaladora, estando centradas dúvidas sobre o futuro após o episódio de doença aguda, sendo a **Esperança** e a **Tranquilidade**, um dos benefícios apontados perante a sua presença (Cullen *et al*, 2003; Barbara M. *et al*, 2016; Janet *et al*, 2006; Garrouste-Orgeas *et al*, 2014).

A **alteração de sinais vitais** e o aumento da capacidade de **recuperação** surgiram referenciados na presença de crianças e animais de estimação, revelado em 2 estudos que a pessoa em situação crítica reage perante estas visitas, num sinal de **esperança, segurança e conforto** (Cullen *et al*, 2003; Barbara M. *et al*, 2016).

A presença da família ajuda na **redução do delírio**, da **ansiedade e agitação**, especialmente em 2 momentos-chave: quando a pessoa está a acordar da sedação e durante o período noturno (Roland *et al*, 2001; Bauer *et al*, 2019).

Outro benefício referenciado, em especial associado à visita ilimitada, é a oportunidade para uma **melhoria da comunicação** e por consequência um **aumento da compreensão familiar**. É no momento da visita que é possível expor sentimentos, pensamentos, dúvidas, medos e repor falsas esperanças, consagrando na rota para a recuperação (Guzzetta *et al*, 2004; Gottlieb *et al*, 2003; Rose *et al*, 2020; Goldfarb *et al*, 2020).

A **diminuição do stress pós-traumático** surge apenas referenciado em 1 artigo, sendo apontado como um benefício difícil de rastrear, uma vez que apenas é possível monitorizar após a saída da UCI (Fumis *et al*, 2015).

Em contexto pandémico, onde a PSC e a família experienciam sentimentos de isolamento social nunca antes vividos, é importante que os enfermeiros ajudem as famílias a criarem estratégias de *cooping*, ajudando à compreensão familiar, criando novas pontes facilitadoras de comunicação entre a PSC e família.

A PSC necessita de cuidados de excelência, direcionados não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.

Contudo, é transversal, que as equipas de saúde desenvolvem capacidades de maior relevância em técnicas de trabalho e tecnologia, esquecendo a ênfase nas relações interpessoais com a pessoa e sua e família. Receber e humanizar em ambiente crítico é

uma intervenção complexa, pois o medo, a solidão e a morte são presença constante e de difícil gestão.

É unânime, que a visita deva ser gerida pela equipa de cuidados, em especial pelos enfermeiros, pois estes estão junto da PSC, num maior período de tempo, adequando a flexibilidade da visita a cada pessoa e às necessidades impostas.

A presença da família ou pessoa significativa, experienciou na pessoa em situação crítica benefícios transversais desde alterações físicas, psicológicas e sociais.

Em suma, é possível descrever que os principais benefícios da presença da família na visita à pessoa em situação crítica é a **redução da ansiedade e a diminuição dos níveis de stress físico e psicológico**, sendo descritos na maioria dos artigos estudados.

Aliado a estes benefícios, surge a noção de cuidados centrados na família, em que se dá muita atenção à comunicação e as necessidades emocionais da pessoa internada e sua família (Rose *et al*, 2020; Goldfarb *et al*, 2020)..

O enfermeiro especialista assume uma responsabilidade acrescida na fomentação da presença da família, devendo contribuir como elemento relevante que promova uma visita mais flexível e adaptada à condição da pessoa em situação crítica.

Como principal limitação, desta *scooping review*, considera-se a impossibilidade de acesso a alguns artigos, por indisponibilidade do texto integral e de acesso livre. O acesso a um maior número de base de dados, também poderia enriquecer os resultados obtidos.

Embora a temática estudada seja um dos direitos da pessoa internada, não é um fenómeno muito explorado. A sua suspensão é algo novo, consequência do contexto pandémico vivenciado, percebendo agora a sua importância na pessoa em situação crítica.

Com isto, salienta-se a necessidade de novas investigações em contexto pandémico, onde se vivencia um isolamento social e uma restrição de visitas ímpar em toda a história.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O caminho formativo descrito no presente relatório compreende e corrobora o desenvolvimento de competências ao longo dos três semestres letivos que compõe o 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Entendendo a excelência como o principal alicerce da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, são exigidas cada vez mais capacidades de responder a necessidades bastante complexas pressupondo a contínua mobilização de conhecimentos, capacidades e competências técnicas e científicas. Para tal, será necessário o desenvolvimento de competências que permitam capacitar o profissional para o cuidado especializado.

Compreende-se por competência um conjunto de saberes indissociáveis da formação de base e da ação adquiridas ao longo do tempo, que se caracterizam por “(...) *um saber agir complexo que se apoia na combinação de conhecimentos e habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Por consequência, a prestação de cuidados à PSC, implica a aquisição de um conjunto de competências específicas que habilitem o enfermeiro para a prestação de cuidados em contextos muito específicos.

Neste sentido, a OE criou o atual regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), com o intuito de certificar competências na procura da excelência do cuidado.

De acordo com o mesmo regulamento são definidas as competências específicas do EEMC na vertente PSC, os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica referem-se a “*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e*

limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Benner (2005) defende que o desenvolvimento de competências é um processo multidimensional e complexo, que se consolida de forma progressiva. A autora aplica à enfermagem o Modelo de Dreyfus para a aquisição e desenvolvimento de competências, o qual nos remete para a importância da experiência prática conjugada com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva visando a qualidade dos cuidados prestados.

A mesma autora descreve que, o enfermeiro especialista passa por cinco níveis: **iniciado, avançado, competente, proficiente e perito**. Apresentam-se através de vários níveis demonstrando as alterações que vão surgindo durante o processo de aquisição de competências. Desta forma o enfermeiro especialista segundo o REPE é descrito como *“enfermeiro habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”* (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, p. 2959-2962).

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

Para Alcatrão (1996), o estágio permite aos estudante desenvolver capacidades, atitudes e competências, que visem melhorar comportamentos e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados.

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

A competência e o aperfeiçoamento profissional são valores a observar e compete ao enfermeiro *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma*

competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Artigo 109º, da Lei 156/2015 de 16 de setembro, p. 8059-8105).

Assim, o estágio em Enfermagem pretende ser um mar de experiências onde se partilham crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida (Dias, 2011).

É na procura do descrito e para que possa reportar para a minha prática profissional desenvolvi estágios em 3 diferentes contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC); Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antibióticos (GCL-PPCIRA) e Serviço de Urgência Central (SUC), todos decorreram num hospital central de Lisboa

Assim, nos contextos de estágio foi possível desenvolver competências técnicas, organizacionais e comportamentais, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, permitindo a identificação de problemas, o planeamento de intervenções de enfermagem prevenindo riscos e identificando potenciais problemas, prestando cuidados de enfermagem com segurança para todos os intervenientes.

Ao longo dos tempos, com o processo de evolução da enfermagem, foram surgindo vários modelos conceptuais e várias correntes de pensamento que contribuíram para o desenvolvimento dos conhecimentos científicos aplicados à prática do cuidado.

Estes modelos e teorias têm uma grande importância para a Enfermagem, uma vez que explicam a ação do enfermeiro, mobilizando ou integrando conhecimentos teóricos para a prática. Desta forma, o seu conhecimento consolida a Enfermagem como profissão e ciência, promovendo um cuidado de excelência (Bouso *et al*, 2014).

Watson (2002), defende que a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a explicar a outra e salienta que, uma teoria é um agrupamento de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram iluminar um determinado fenómeno.

Essencialmente, estes modelos dão sustentabilidade à ação de enfermagem, sobretudo em ambientes de grande complexidade, como os locais por onde passei, em contexto de estágio.

Com base nestas premissas e, no decorrer dos estágios recorri, essencialmente, à **Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba**.

Kolcaba (2003) define conforto como sendo o estado resultante das intervenções de enfermagem e baseia-se na avaliação do comportamento e da condição física da pessoa e do ambiente físico e social.

Costa (2014), no prefácio do livro da Enfermeira Patrícia Pontífice Sousa (p. 24) descreve que *“A percepção das necessidades de conforto do doente (as quais têm subjacentes as sensações físicas, a vida espiritual, as interações sociais e os aspetos ambientais) das intervenções dirigidas para suprimir as necessidades específicas (quando não satisfeitas pelo próprio ou pelo seu sistema de suporte) como também perceberem se o conforto foi conseguido, quer subjetiva, quer objetivamente (a avaliação das medidas/intervenções) tem nos enfermeiros os interlocutores de excelência e é expectável seja sempre”*.

Ao pensar nesta premissa de grande complexidade, envolvi a Teoria do Conforto de Kolcaba na prática, com o objetivo de atingir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC que tive a oportunidade de cuidar, pois, o conforto é um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Sousa, em 2014, citando Morse, Buttorff & Hutchinson (p. 54), refere que o *“conforto consiste num alívio, mesmo que temporário, de grande parte dos desconfortos, tratando-se desta forma do fortalecimento do doente na sua relação com o corpo”*.

Kolcaba (2003), na Teoria do Conforto, refere que o conforto é de importância básica, sendo contextualizado ora como um objetivo da enfermagem, ora como um estado associado à pessoa, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidado.

A evolução do conceito de pessoa tem sido feita no sentido de a cuidar como um ser que interage consigo, com os outros e com o meio envolvente. Centra-se numa abordagem holística, onde a pessoa é vista e abordada como um sistema em equilíbrio dinâmico.

Neste sentido, convém salientar que existiu um total de 540h de contacto prático de cuidados, referente à Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” e à Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e Decisão Clínica”.

Desde 2019 que desempenho a minha prática profissional, num serviço de Urgência Geral Polivalente (SUGP) na região de Lisboa, onde são prestados cuidados de enfermagem individualizados, à pessoa adulta e família nas diversas vertentes, na área médica, cirúrgica (geral, plástica e maxilo-facial), neurocirúrgica, neurológica, ortopédica e urológica.

Devido à sua dimensão e complexidade, é um serviço que se encontra em constante adaptação e mudança, criando áreas de funcionamento dirigidas aos cuidados necessários à população e, intimamente interligados com os tempos vividos que são, cada vez mais, tempos marcados por instabilidade política, económica, social e de valores.

Sendo a minha experiência diminuta, na área da pessoa em situação crítica, existiu a necessidade de um maior período de adaptação a cada contexto prático, uma vez que me encontrava num nível de iniciado (Benner, 2005). Por conseqüente exigiu, da minha parte, uma maior necessidade de otimização do tempo de estágio.

Uma das dimensões mais desafiante neste percurso foi precisamente a prática reflexiva, no sentido de assumir a capacidade de “*gerir situações complexas, de enfrentar o imprevisto, de decidir de forma autónoma e responsável, com capacidade de adaptação (...), trabalhar num ambiente de interdisciplinaridade e complementaridade*”. (Rabiais, 2016, p.24).

Em consciência, estas escolhas foram influenciadas pelo meu percurso profissional até à data e contexto laboral atual.

O desejo de procurar experiências distintas, mas relacionadas com a minha prática diária, em unidades de referência na sua área de atuação com especificidades na sua estrutura, organização e abordagem à PSC e família, contribuíram para a melhoria da minha prática em contexto de serviço de urgência.

Aliado à formação técnico-científica está a formação ética e humanista, corroborada pelo domínio da competência comum “*Responsabilidade profissional, ética e legal*”

onde deverá ser desenvolvida uma "(...) *prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744-4750).

Assim, em todos os contextos práticos tive como princípio orientador o cumprimento dos princípios éticos, legais, deontológicos, atendendo aos direitos humanos e direitos da pessoa definidos pela OE no Estatuto dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e REPE.

Para uma prática de cuidados de qualidade, é primordial assegurar os princípios humanistas que remetem para o respeito pelos valores, crenças, igualdade, dignidade da pessoa e família.

Para além disso, a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família foi um estímulo à avaliação e reflexão sobre a minha prática diária de cuidados, em especial neste contexto pandémico e singular que atravessamos.

Por sua vez, estes momentos de reflexão precedem a tomada de decisão, que têm em conta diferentes fundamentos, com o objetivo de prestar cuidados que ofereçam respostas a um problema identificado (Deodato, 2014).

Já discutido, a humanização dos cuidados, é um desafio que se coloca atualmente aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, e é uma responsabilidade deontológica e de cidadania.

No artigo 110º do CDE é enfatizada a responsabilidade do enfermeiro na humanização dos cuidados, nomeadamente o seu dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida num contexto social e familiar e o dever de contribuir para a criação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento das potencialidades da pessoa (2005).

O Artigo 89º - Da Humanização dos Cuidados, descreve que o enfermeiro, sendo responsável pela humanização das práticas clínicas, assume o dever de:

- a) *"... dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;*
- b) *Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa".*

Assumindo que a Pessoa é o centro da ação do enfermeiro, e a relação o seu principal instrumento, a humanização dos cuidados converge para a qualidade do atendimento global à PSC e respetiva família.

Assim, na prestação de cuidados à PSC, o enfermeiro deve ter sempre presente a máxima ética “*cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada*”, devendo proporcionar a permanência da família junto da pessoa internada, dando assistência a ambos (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 143).

Ao analisar todas estas premissas, percebe-se que a presença da família junto da pessoa em situação crítica conduz a uma maior humanização dos cuidados, caminhando de forma revolucionária para novas filosofias de cuidado, esperançosos que o atual isolamento social proporcionado pela pandemia, não crie novas barreiras a essa humanização.

Por fim, o presente capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos onde é exposta uma breve descrição dos diferentes contextos de estágio e das atividades desenvolvidas, com recurso a relatos de experiências, recorrendo a memórias de ação refletidas e analisadas com base em evidência científica.

2.1. Desenvolvimento de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCINC)

Em todas as definições de Cuidados Intensivos está subjacente que uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um ambiente *sui-generis*, onde se podem integrar as mais sofisticadas intervenções de carácter técnico, médico e de enfermagem, a fim de combater doenças que põem a vida em perigo.

O Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento (2003), definiu as Unidades de Cuidados Intensivos como *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”* (p.6).

Por norma, estas unidades poderão incluir (Ministério da Saúde, 2013):

- Unidades de nível III (trivialmente designadas de intensivas), destinadas a PDC com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, com necessidade de duas ou mais formas de suporte orgânico;
- Unidades de nível II (vulgarmente designadas intermédias), com capacidade para monitorização invasiva e de suporte de funções vitais sem necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Então, são unidades vocacionadas para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

O contexto clínico, onde existiu a possibilidade de realizar o primeiro estágio foi numa UCIN.

Esta unidade tem como área de influência a região do concelho de Lisboa e Vale do Tejo, sendo uma referenciação a nível nacional, encontra-se integrada na área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, com capacidade para receber e manter 16 pessoas em cuidados intensivos (nível III) e 4 pessoas em cuidados intermédios (nível II).

Como recursos humanos dispõe de 9 médicos a tempo completo, sendo 6 internistas e 3 assistentes hospitalares de Medicina Interna com o apoio regular do corpo clínico da equipa de Neurocirurgia, como das restantes especialidades que a PSC necessite; 64

enfermeiros, sendo 13 deles mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Reabilitação; 13 assistentes operacionais; 1 assistente administrativo.

Esta unidade destina-se para toda a população adulta, ou seja, a partir dos 18 anos que cumpram os seguintes critérios:

- Pessoa instável, com necessidade de monitorização e/ou tratamento possível apenas dentro de uma Unidade de Cuidados Intensivos;
- Pessoas com necessidade de ventilação mecânica;
- Pessoa hemodinamicamente instável ou em choque, necessitando de monitorização invasiva e/ou de terapêutica com vasopressores;
- Pessoa com o diagnóstico de morte cerebral ou na eminência deste ser feito, se candidatos a dadores, para diagnóstico da situação e manutenção do eventual dador.

Sendo as pessoas em situação de doença neurocirúrgica e de neurotraumatologia prioritários.

A procura de aprendizagens e desenvolvimento de atividades tiveram subjacentes as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEMC na vertente PSC, para isso foram criados objetivos de estágio: um geral e três específicos.

Objetivo geral – Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, morais e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas e científicas relacionadas com as especificidades da intervenção de enfermagem à pessoa com doença neurocirúrgica, em contexto de cuidados intensivos;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de UCIN, em particular à pessoa vítima de trauma;
- Contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa em situação crítica na UCIN, na área da segurança.

Estes objetivos permitiram desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

A integração na equipa multidisciplinar foi bem-sucedida, muito por contributo da minha enfermeira orientadora, que promoveu a minha integração nas atividades da equipa e por sempre me incluir como um elemento participativo na prestação de cuidados e tomada de decisão à pessoa em situação crítica.

Na primeira semana foi possível perceber a metodologia de trabalho da equipa, a estrutura física, orgânica e funcional, circuitos de cuidados e articulação com diversos serviços de internamento.

Outro fator facilitador foi a possibilidade de assistir a diversas situações de transmissão de informação que asseguram a continuidade de cuidados, nomeadamente nos momentos de mudança de turno entre elementos chefes de equipa de enfermagem, elementos de gestão e enfermeira chefe do serviço.

Florence Nightingale atribuía enorme importância aos registos de enfermagem, criticando a falta de informação e invocando a que se registasse dados essenciais sobre as pessoas, a sua evolução e os resultados esperados (DIAS, et al., 2001).

Foi nestes momentos que muitas vezes se suscitaram dúvidas, permitindo a partilha de conhecimentos, através da discussão dos cuidados planeados tendo por base a mais recente evidência científica.

Neste percurso, foi possível conhecer e aplicar, na prestação de cuidados, os diversos protocolos de intervenção implementados no hospital e especificamente na UCI, nomeadamente: “Protocolo de Controlo de Glicémia/Administração de Insulina”, “Protocolo de Alimentação Entérica”; “Gestão de Temperatura/Temperatura Alvo”, “Protocolo de Sedoanalgesia”; “Protocolo de gestão de Débitos Urinários” e “Protocolo para a Avaliação do Estado de Consciências”.

A implementação de Protocolos de Atuação é fundamental para uniformizar a instituição de cuidados médicos e de enfermagem, diminuindo o tempo de atuação e melhorando a eficácia dos cuidados prestados.

Inúmeras vantagens têm sido apontadas para o uso destes protocolos: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (Pinto, *in* revista Nursing, 2013).

Relativamente ao “Protocolo de Sedoanalgesia”, este visa o controlo uniformizado da dor aguda e diminuição de complicações devidas à utilização de fármacos sedativos e analgésicos. Este tipo de protocolos implica a avaliação periódica do nível de sedação e estado de consciência, com recurso a escalas validadas, apresentando um fluxograma que indica os reajustes de dosagens com o objetivo de prevenir níveis infra ou sobre terapêuticos de sedoanalgesia (Olmos, Varela, & Klein, 2019).

Neste contexto importa referir que nesta UCI a avaliação do grau de sedação e agitação das pessoas é realizada com o auxílio da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), complementada com a Escala de Coma de Glasgow (ECG).

Estas escalas variam muito, consoante a sedação e curarização da pessoa, podendo, por isso, existir flutuações no valor final obtido.

Uma situação vivenciada em contexto de estágio, e após a avaliação da pessoa que me foi atribuída, que tinha sofrido uma intervenção cirúrgica de clipagem de aneurisma cerebral, portante uma PSC em contexto neurocirúrgico, percebi que algo não estria bem.

Já com 24 horas pós cirurgia, após desmame de sedoanalgesia, a pessoa inicia um quadro de agitação psicomotora, mal-estar inespecífico com pico hipertensivo associado, alteração de ECG de 14 para 10 e pupilas anisocóricas, comuniquei à equipa médica que decidiu realização de tomografia computadorizada crâneoencefálica.

Este exame revelou uma nova hemorragia cerebral, com necessidade imediata de drenagem no bloco operatório. Posto isto, existiu a necessidade de controlar estes sinais e sintomas de instabilidade, tendo sido necessário iniciar novamente sedoanalgesia de modo a estabilizar a pessoa para a ida ao bloco operatório.

Embora esta situação seja uma complicação expetável, neste tipo de situações, a minha deteção precoce, assim que iniciei o turno, permitiu complicações major, ficando desperta para a possibilidade de complicações, que felizmente se detetaram numa fase inicial.

Assim, de acordo com, o Regulamento N° 140/2019 (p. 19363), relativo à Unidade de Competência “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” e com este exemplo e através da vigilância e identificação precoce de potenciais focos de instabilidade, consegui agir em prol da diminuição e/ou prevenção de lesões cerebrais secundárias e, tendo assegurado a qualidade dos cuidados prestados

Após esta situação, também verifiquei que o ambiente envolvente e a terapêutica em uso influenciam os valores e níveis das escalas anteriormente descritas.

No cuidado a uma pessoa vítima de trauma, com lesões neurológicas, tive o cuidado de otimizar a terapêutica analgésica e sedativa, bem como proporcionar um ambiente envolvente que promovesse o silêncio e poucas oscilações de luz e movimento. Cada vez que se alteravam estas situações, existia uma flutuação de sinais vitais e escalas avaliadas, verificando desconforto para a pessoa ao meu cuidado.

Assim, com a ajuda de protocolos e normas de cuidados foi possível otimizar a Unidade de Competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” do Regulamento de Competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC (Regulamento nº429/2018, 2018).

As pessoas admitidas em UCI são pessoas em situação crítica de saúde, que carecem de um elevado grau de complexidade de cuidados, sendo muitas das vezes, submetidas a técnicas específicas.

Durante o meu percurso procurei prestar cuidados num registo especializado, a pessoas em situação crítica com elevado grau de complexidade que proporcionassem também a execução de intervenções e técnicas novas para mim ou cujo grau de complexidade representassem um desafio para a minha prática.

Assim, uma das grandes preocupações com as pessoas internadas, nesta UCI, em especial em contexto de trauma é a elevação da Pressão Intracraniana (PIC) e

consequentemente, alteração do fluxo sanguíneo cerebral, avaliado através da Pressão de Perfusão Cerebral (Gonçalves, 2005).

Urden, Stacy & Lough (2008) esclarecem que a pressão intracraniana (PIC) é a pressão exercida pelos três componentes intracranianos contra o crânio.

A Pressão Intracraniana (PIC) elevada pode ameaçar a vida da pessoa, sendo a sua vigilância parte dos principais focos de atenção da equipa de enfermagem no cuidado ao à PSC com alterações neurológicas, influenciando a decisão da equipa multidisciplinar.

A intervenção de enfermagem especializada na gestão e diminuição dos valores de PIC é fundamental para a melhoria dos resultados neurológicos da PSC.

Assim, e neste contexto, esta temática suscitou interesse de estudo por ser um cuidado específico e não usual na minha prática diária, permitindo desenvolver a Unidade de Competência *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.”* (Regulamento nº429/2018, 2018, p 19363)

Alertada várias vezes sobre os estímulos à PSC, reparei que a simples elevação do tom de voz, junto da pessoa alterava os valores de PIC, de imediato.

Aqui foi possível distinguir intervenções de enfermagem autónomas que nos permitem diminuir ou prevenir elevação da PIC, tal como, a gestão ambiental, através da redução de estímulos na prestação de cuidados ao doente; diminuição da luminosidade; ruídos; número de visitas e estímulos desnecessários; elevação da cabeceira da cama acima de 30º facilitando a drenagem venosa cerebral, conjugando o alinhamento da corporal, com a cabeça e pescoço, numa posição neutra.

Por diversas vezes, e quando estas medidas não farmacológicas, não eram suficientes, existiu a necessidade de se aumentar o nível de sedação e analgesia, pois o simples ato de aspiração de secreções ou avaliação de score neurológico influenciava os valores de PIC.

No caso de não haver agravamento, ou seja, edema cerebral, a pessoa, por exemplo, após posicionamento, regressava a valores de PIC normais (entre 0 e 15mmHg).

Durante o meu percurso isso só se verificou uma vez, havendo a necessidade de correção do edema cerebral com soro hipertónico, pois a pessoa não respondeu a outras medidas não farmacológicas.

Outro aspeto importante e verificado é o controlo da temperatura corporal, monitorizado através do cateter de avaliação de PIC, valores mais elevado de temperatura experienciou-se valores mais elevados de PIC, havendo a necessidade de corrigir medidas de diminuição de temperatura não farmacológicas (utilizei por duas vezes compressas molhadas em água e sacos de gelo na região axilar, abdominal e inguinal, resultando numa diminuição de temperatura corporal).

Não sendo um cuidado diário no meu contexto de laboral, serve de experiência na abordagem à PSC no serviço de urgência, onde muitas vezes a estimulação exterior, no imediato, pode trazer consequências a médio prazo e, permite perceber que a importância do silêncio, da gestão e estimulação de cuidados influencia a pessoa de quem cuidamos, seja qual for o seu foro terapêutico.

Pela especificidade desta unidade e no que diz respeito à competência de gestão e administração de terapêutica farmacológica, tive necessidade de rever e aprofundar os conhecimentos relacionados com os fármacos mais utilizados nesta unidade, tais como os sedativos, anestésicos e curarizantes para, posteriormente, proceder à sua preparação e administração de forma segura.

Com isto, tenho consciência que erros acontecem e os medicamentos devem apresentar um equilíbrio entre a sua eficácia e segurança.

Os erros de medicação são considerados eventos adversos ao medicamento passíveis de prevenção, com possibilidade de ocorrer num ou em vários momentos dentro do processo de medicação, desde a prescrição até a administração de medicamentos (Silva *et al*, 2004, p. 354).

Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel central na promoção da segurança das pessoas, pois constituem o interface da saúde, quer na prevenção quer na deteção de falhas, ocorridas anteriormente.

O Código Deontológico do Enfermeiro assume que cabe ao enfermeiro o dever de zelar pela segurança da pessoa e garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2005).

Esta ideia é corroborada por Nazarko (2015) quando afirma que a equipa de enfermagem é, responsável pelas últimas etapas do processo, que são a preparação e administração de medicamentos, podendo detetar alguma falha e parar todo processo, aumentando a responsabilidade destes profissionais.

Assim, neste meu percurso, e enquanto futura especialista percebi que é imprescindível, possuir uma visão ampla do processo de gestão de medicação e, principalmente, uma visão que dê garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob a minha responsabilidade.

Nunca descorando problemas existentes com o ambiente e com os recursos humanos, assim como conhecimento sobre os fármacos, interações medicamentosas etc., contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura.

Pela instabilidade da pessoa em situação crítica e pela constante permanência do enfermeiro, associado ao seu conhecimento científico e competência técnica, este assume autonomia na manutenção de cada fármaco, atuando de forma rápida, prevenindo e detetando antecipadamente complicações associados à sua utilização.

Ao mesmo tempo, a realização de técnicas, como a colheita de sangue para gasimetria, a análise e interpretação dos resultados conduz a intervenções:

- **Autónomas** (otimização do posicionamento, aspiração de secreções);
- **Interdependentes** (ajuste dos parâmetros de ventilação e administração de terapêutica farmacológica).

No decorrer do estágio, participei e colaborei na realização de procedimentos invasivos, tais como: realização de traqueostomia; manuseamento de equipamentos de monitorização contínua e invasiva (Linha arterial; Cateter venoso central; monitorização do débito cardíaco e urinário, monitorização da Pressão Intracraniana (PIC)).

Estas técnicas e a gestão de protocolos impulsionaram a competência de gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010).

Descrito no capítulo anterior, as UCI's apresentam um ambiente tendencialmente intimidante e hostil para a PSC e sua família. Em contexto pandémico e, especialmente, em pessoas com prognóstico reservado, a visita foi repensada.

No Regulamento de competências específicas do EEEMC na área de PSC, a OE salienta a importância do cuidado à família da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº429/2018, 2018).

A fim de, minimizar riscos de infeção e complicações para a pessoa, toda a equipa multidisciplinar reorganizou e planeou cada visita, no sentido de colmatar as necessidades e contribuir para o bem-estar da pessoa e família.

Assim, dos momentos que mais me marcou neste percurso, foi a visita de uma mãe ao seu filho (vítima de acidente de viação e com prognóstico reservado em relação à sua recuperação). Recebi, esta mãe, no início da visita e, encaminhei-a para a unidade da pessoa (após ajuste de EPI's). Partilhei com ela informações sobre o estado clínico tendo, também, o cuidado de a preparar para o primeiro contacto, numa tentativa de minimizar o impacto emocional, ao ver o seu filho numa situação de elevada vulnerabilidade, sob técnicas invasivas e visualmente agressivas para pessoas leigas na área da saúde.

Muitas vezes subestimada, a comunicação com a família é extremamente importante, pois é meio primordial para a equipa manter a família informada em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento e envolvê-los na tomada de decisão (Pauldine & Dorman, 2006).

Assim, considero que também nesta perspetiva foi atingido uns dos objetivos a que me propus, bem como o desenvolvimento da Unidade de Competência do EEEMC vertente PSC *“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* e *“Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Embora tivesse poucas oportunidades, tentei sempre que eu e a minha orientadora, de cada vez que fôssemos abordadas por familiares, estivéssemos na posse de toda a informação disponível para que, quando questionadas pudéssemos dar resposta a

dúvidas de forma clara e consistente, tal como sustentado pela literatura (Fortunatti, Silva, Rojas, & Munoz, 2018).

Utilizei em todos os contactos estratégias específicas de comunicação, tais como, o toque afetivo, afirmações verbais de solicitude, a utilização de perguntas abertas, a escuta ativa e o estabelecimento de um ambiente tranquilo, com privacidade (Marshall, Hilari, & Cruice, 2010).

Nesta perspetiva considero que mobilizei conhecimentos para o desenvolvimento da Unidade de Competência do EEEMC “*Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*”. (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Outro momento muito importante neste percurso foi a disponibilidade de puder acompanhar o chefe de equipa durante um turno. Este enfermeiro é EEEMC, o que de acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem n.º 743/2019 os enfermeiros que são designados como coordenadores funcionais de turno (chefes de equipa, chefes de turno, enfermeiro responsável), sejam enfermeiros especialistas (em contexto de UCI, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica), uma vez que é um aspeto fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações.

Não estando este, na prestação direta de cuidados, é responsável pela gestão e suporte da equipa; supervisão clínica, resolução de conflitos, organização da dinâmica da equipa, de material de consumo clínico e farmácia. Neste turno foi possível ter uma perceção da importância do papel da enfermagem na promoção do trabalho em equipa e nas ações multiprofissionais dignificando a profissão.

Com isto, considero que ao retomar à minha prática clínica, deparei-me com a dificuldade que é gerir uma equipa, com recursos humanos e materiais escassos, exigências superiores constantes e, principalmente conciliar estes elementos com a PSC. Torna-se um desafio diário, do qual sinto a responsabilidade acrescida em assumir posições de liderança em determinados contextos da prática de cuidados, distinguindo a minha atuação.

2.2. Desenvolvimento de competências na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Controlo de Infeção (GCL-PPCIRA)

A Pessoa em Situação Crítica, pela sua condição clínica, complexidade de intervenções e necessidade de técnicas invasivas, encontra-se numa posição de maior vulnerabilidade em relação ao risco de infeção (Regulamento n.º429/2018, 2018).

O mesmo regulamento defende que o EEEMC “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*”(p.10364).

Assim, é de grande importância que o enfermeiro especialista contribua para a promoção de boas práticas que visem a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), quer seja pelo desenvolvimento de conhecimento nesta área, quer contribuindo na gestão de cuidados e promovendo a capacitação das equipas nesta área.

Para a WHO (2015), as IACS representam o evento mais adverso na área dos cuidados de saúde, traduzindo-se em elevados índices de mortalidade, morbilidade e gastos em saúde.

Por este motivo e, sendo um foco fundamental da intervenção do enfermeiro especialista, foi escolhido um GCL-PPCIRA, para realização do segundo estágio.

O GCL-PPCIRA foi criado pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013 que congrega o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

Surgem assim as principais vertentes de atuação do PPCIRA: monitorização dos microrganismos problema e alerta com notificação para a prevenção da IACS; vigilância epidemiológica; programa de apoio à prescrição antibiótica; supervisão e orientação das práticas; formação dos profissionais; elaboração de normas de procedimento e de pareceres para orientação e fundamentação da tomada de decisão

clínica; colaboração em campanhas e participação nas atividades da Direção Geral de Saúde (DGS).

Esta unidade é formada por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.

Neste contexto, a escolha dos objetivos a cumprir durante este estágio baseou-se nos domínios das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Regulamento N° 26, publicado em Diário da República, pela OE, 2019), no sentido do desenvolvimento de competências que, de algum modo, possam contribuir para a melhoria da minha prática e das equipas onde estou integrada.

Para isso foram criados objetivos de estágio: um geral e três específicos.

Objetivo geral – Desenvolver competências especializadas na área da prevenção e controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências na área da prevenção de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, e outros profissionais, de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados;
- Contribuir para a literacia em saúde no âmbito das infeções associadas aos cuidados de saúde.

A elaboração destes objetivos visou a criação de estratégias que impulsionaram o processo de aprendizagem indispensável na área do cuidado à pessoa em situação crítica (podendo ser transversal a qualquer tipo de cuidados e pessoas), permitindo valorização pessoal e profissional, com a obtenção de competências para uma correta prática nos cuidados de enfermagem especializados.

Durante todo o período de estágio foi fomentada a minha integração e intervenção nas situações vivenciadas, sempre com o auxílio e colaboração da minha enfermeira orientadora. Com isto desmistifiquei preconceitos, pois considerava ser uma área que não está, funcionalmente, organizada para o contexto da prestação direta de cuidados à pessoa mas que consegue, ao mesmo tempo, exercer influência direta e possuir um papel proactivo nessa mesma prestação de cuidados.

Na primeira semana foi possível conhecer a metodologia de trabalho da equipa, a estrutura física, orgânica e funcional, circuitos de transmissão de informação, formação e articulação com diferentes áreas hospitalares.

Não sendo um serviço estanque, abrangendo diversos campos do cuidado e da organização estrutural do hospital, acompanhei a minha enfermeira orientadora em diversas atividades de supervisão de cuidados e orientação, que visassem a melhoria do controlo de infeção para as pessoas e profissionais.

Durante o período de estágio, tive oportunidade de detetar pessoas com infeção sinalizada, tendo tido, a oportunidade de contatar os serviços, conversar com o elo de ligação (se presente), no sentido de alertar em relação à situação detetada e, saber o que já tinha sido implementado, sugerindo recomendações quando solicitadas ou necessárias para os casos particulares.

Tendo o GCL-PPCIRA acesso a uma base de dados e informações provenientes do serviço de patologia clínica, relativamente a todas as análises efetuadas às pessoas internadas, quando detetada uma não conformidade relativamente ao resultado obtido, foram alertados os serviços e imandadas recomendações para atuar rapidamente e em conformidade.

Assim, foi necessário identificar situações e problemas de modo a que possam ser resolvidos atempadamente, evitando riscos que daí possam advir, em prejuízo para a pessoa.

Tudo o que realizei partiu de um conhecimento, que embora teórico, mas sustentado em evidência científica, teve que ser adaptado às situações concretas e múltiplas com que nos deparamos, em especial em contexto de pandemia.

Neste percurso, foi possível conhecer diversos protocolos e parcerias de intervenção implementados no hospital, por exemplo o “Programa de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea”; o “Programa para a prevenção de transmissão de infeções multirresistentes” e programas sobre formação em controlo de infeção.

Estas normas e protocolos, enquadrados com os objetivos do programa institucional de prevenção e controlo de infeção, é uma das vertentes do Programa Nacional de Controlo

de Infecção (PNCI, DGS 2017), a qual possibilita uma grande visibilidade ao trabalho de enfermagem desenvolvido pela GCL-PPCIRA.

O contacto direto com os serviços, no alertar para a presença de determinado microrganismo e os eventuais esclarecimentos necessários quanto às vias de transmissão, as medidas de isolamento, os EPI's adequados, etc, proporcionaram-me uma outra visão sobre esta temática.

Assim, enquanto futura enfermeira especialista, foi-me possível, conceber um plano de prevenção e controlo da infeção, com o intuito de criar respostas às necessidades, do contexto de cuidados, em que foi solicitada a nossa presença, através da criação de pareceres de cuidados.

Importa referir que, ao vivermos em contexto de pandemia, houve muita informação com atualização diária, com necessidade de adaptação constante a novas realidades de cuidados que diminuíssem o risco de infeção e, por isso surgiram dúvidas e perguntas constantes, do qual era pedido parecer do GCL-PPCIRA.

Uma vez que a enfermeira orientadora foi sempre o elo de ligação com outros serviços, foi-me possível acompanhá-la em atividades de supervisão e gestão de cuidados que visassem o controlo de infeção, tal como o preconizado no *Domínio de Gestão de Cuidados*, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A minha atuação, procurou investigar as abordagens adotadas em cada contexto, ajudando na resolução de problemas, a fim de otimizar a segurança dos cuidados, tanto para os enfermeiros como para as pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

Com isto e, com o principal intuito, de controlar, diminuir e/ou eliminar infeções, cabe aos enfermeiros, a realização de momentos de observação, monitorização dos momentos de adesão às boas práticas em resultado do observado, para além do melhoramento em momentos de formação, pois a prática da enfermagem, não sendo estanque, exige ao longo do seu percurso, um processo contínuo de aprendizagem e atualização para que os cuidados sejam de excelência.

No total foram realizadas três visitas a serviços hospitalares, tendo sido todas solicitadas com o objetivo de implementar as melhores práticas para controlo de infeção em

contexto pandémico. Em todas as visitas constatei que a tomada de decisão e a delegação e orientação de tarefas garantem a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Com estas visitas, foi-me possível analisar e conceptualizar noções na área do controlo de infeção, de modo a formar um pensamento baseado na ciência e uma prática orientada pela evidência, pois com o surgir de novos microrganismos e renovadas preocupações, é necessária, também, uma adequação dos procedimentos. (Center for Disease Control, 2007).

Outra preocupação, transversal a todos os contextos foi a promoção do trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidado, de modo a favorecer a melhor resposta do grupo e indivíduos (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Nestas visitas, consegui salientar não conformidades e, em conjunto com a minha orientadora, responder a dúvidas e ajudar na resolução de problemas, situação pela qual tinha sido solicitada a nossa intervenção.

Por exemplo, numa das visitas a que acorremos, alertei para necessidade do uso correto de EPI's em cada pessoa e qual o devido equipamento de proteção consoante o isolamento necessário, a fim de proporcionar segurança no cuidado à pessoa e profissionais de saúde.

O sucesso da organização hospitalar depende em grande parte da utilização racional dos recursos humanos, daí a valorização do investimento nas pessoas.

Para Bernardino (2010, p.9) *“Os enfermeiros atuam como agentes de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes, em competências entregues à organização de forma efetiva e a melhorar processos ou introduzir tecnologias e não somente como atingir metas organizacionais”*.

Posto isto, com estas visitas, consegui responder à Unidade de Competência *“Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19364).

Importa referir que o papel do enfermeiro na área do controlo de infeção está, igualmente, contemplado nos padrões de qualidade estabelecidos para esta especialidade (OE, 2017).

Assim, é de grande importância que o enfermeiro especialista contribua para a promoção de boas práticas que visem a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), quer seja pelo desenvolvimento de conhecimento nesta área, quer contribuindo na gestão de cuidados e promovendo a capacitação das equipas nesta área.

Por este motivo é importante referir que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de âmbito universal e um dos maiores riscos nas pessoas hospitalizadas, aumentando assim a morbilidade, mortalidade, duração do internamento e aumento dos custos inerentes ao tratamento.

Em simultâneo, e pensando na minha prática diária, e com o alerta que este contexto me proporcionou, pude também identificar, no meu local de trabalho, alguns aspetos que poderiam ser melhorados. A atuação da equipa e os seus procedimentos, poderiam ser otimizados, sendo desta forma, fundamentados em evidência científica.

Assim, alertei a equipa para pontos fundamentais, tais como:

- **Higienização das mãos:** medida de maior impacto na redução das IACS. A importância da higiene das mãos foi incluída nas iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2004, sobre a segurança da pessoa, tendo Portugal aderido a vários programas. O desafio lançado pela OMS intitula-se “*Clean Care is Safer Care*”, que entre outras ações preconiza a higiene das mãos destacando os 5 momentos para a mesma (antes do contacto com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos ou limpos, após o risco de exposição a fluidos corporais, após o contacto com o paciente e após o contacto com as áreas próximas ao paciente);
- **Minimizar a disseminação de microrganismos:** utilização adequada de equipamento de proteção individual (luvas, bata, avental, máscaras e protetores oculares) de acordo com a avaliação do risco de transmissão de microrganismos para a pessoa e o risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais, pelo sangue, fluidos corporais, secreções e excreções da pessoa.

Os cuidados específicos com o ambiente são imprescindíveis na prevenção da transmissão de agentes infecciosos;

- **Prevenir a infecção associada a procedimentos invasivos:** têm sido divulgadas várias recomendações com estratégias de implementação de práticas, relativamente aos procedimentos invasivos, encorajando a adesão às boas práticas, baseada na evidência científica, com o objetivo de reduzir a incidência de infecção. Existem dispositivos especiais, que têm vindo a ser desenvolvidos, com o objetivo de reduzir a infecção associada ao seu uso, como os cateteres impregnados de antimicrobianos e tubos traqueais com aspiração subglótica. No entanto, o seu uso é apenas recomendado quando existe “(...) *implementação das outras medidas de prevenção ou em contextos específicos* ” (DIAS, 2010, p.50);
- **Minimizar a multirresistência: através do uso racional de antibióticos.** As estratégias de otimização de antibioterapia têm uma importância significativa. “*Além da duração de antibioterapia, é necessário investir na avaliação diagnóstica e da gravidade, e quando indicado o seu uso, otimização da prescrição com o objetivo de melhorar os resultados e diminuir a resistências*” (DIAS, 2010, p.51);
- **Vigilância e implementação de medidas de prevenção das IACS:** a vigilância é feita através da monitorização da taxa de infecção associada aos procedimentos invasivos, multirresistência e o consumo de antimicrobianos. Consiste na recolha e tratamento dos dados no sentido de conhecer a evolução da situação, prevenindo problemas, com o intuito de estabelecer estratégias atempadas. Para isso é necessário envolver todos os profissionais e as estratégias devem ser objetivas, com medidas simples e dirigidas aos problemas (DIAS, 2010).

Neste contexto de estágio e, no sentido de continuar a fortalecer conhecimentos nesta área foi possível participar em três formações desenvolvida pelo PPCIRA intituladas “IACS e Higiene das Mãos – Adaptação de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”; “IACS – Precauções Básicas em Controlo de Infecção” e “Reunião dos Interlocutores do PPCIRA – Especialidades Cirúrgicas, Urologia e Consultas Externas” (ANEXOS IV; V e VI).

Estas formações foram conjugadas com as necessidades identificadas em contexto pandémico, com a exigência diária no controlo de infeção e precaução da mesma.

Assim percebi que aplicar protocolos instituídos não é o suficiente, é necessário compreender situações e gestos, compreender o ato a realizar e adaptá-lo às necessidades específicas da pessoa e dos profissionais.

Neste contexto percebi que devo, cada vez mais analisar as minhas práticas, desmontá-las e refletir criticamente sobre o que se faço, pôr-me em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e agir em conformidade com todos os que me rodeiam na minha prática clínica diária.

A reflexão de determinados comportamentos e atitudes é fundamental para compreendermos as nossas dificuldades e assim tentar superá-las.

Ao enfermeiro especialista é acrescida a responsabilidade na formação e supervisão da equipa, devendo contribuir para a formação, a criação de protocolos, a monitorização e registo, constituindo-se um elemento relevante na gestão da dor da pessoa em contexto de serviço de urgência.

Outra situação, em que interagi, foi numa formação para as equipas de limpeza hospitalar no serviço de urgência. Se inicialmente, percebi que existiam várias não conformidades, quer no uso de material de proteção individual adequado, quer no uso de componentes de limpeza, com o avançar das formações e após partilha de ideias, foi possível educar e reorganizar circuitos de limpeza.

Infelizmente, não consegui monitorizar os resultados destas formações, mas constatei melhorias na prestação das senhoras da limpeza no meu local de trabalho, que partilhamos.

Importa referir que é através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas sobre as situações, que o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas e no cuidado (MARTINS *et al*, 2004).

A importância da formação na aquisição de competências, depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos aprendidos.

A formação referida contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional, pois neste evento foi possível conhecer novas medidas de atuação ao nível do controlo e prevenção das IACS e respetivas medidas assim como, novas *Guidelines* de orientação que sustentam e enriqueceram o meu saber, em conjunto com um grupo de profissionais que está presente na minha prática diária.

Para que possamos estar sempre na linha da frente, é necessário nunca menosprezar o conhecimento e a importância de outras classes de profissionais.

A importância da intervenção do enfermeiro na prevenção das IACS está também contemplada nos padrões de qualidade estabelecidos para esta especialidade (OE, 2017).

Assim, é de grande importância que o enfermeiro especialista contribua para a promoção de boas práticas que visem a prevenção e controlo das IACS, quer seja pelo desenvolvimento de conhecimento nesta área, quer contribuindo na gestão de cuidados e promovendo a capacitação das equipas nesta área.

Através deste contexto, percebi a transversalidade e pertinência dos conteúdos do GCL-PPCIRA que me permitiram melhorar a minha prática diária, portanto *“A teoria é um excelente instrumento para explicar (...) Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático (...)”* (Benner, p. 30, 2005); corroborando a Unidade de Competência *“Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19364).

2.3. Desenvolvimento de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência (SU)

Um SU é, de acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência.

A organização dos serviços de urgência é realizada pelo Despacho n.º 10319/2014, definindo um SU Polivalente como aquele que oferece um o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se num hospital central e articula-se com urgências específicas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria.

Este SU destina-se para toda a população adulta, ou seja, a partir dos 18 anos e vítima de trauma a partir dos 0 anos e está integrado na Rede Nacional de Urgência/Emergência, sendo definido como hospital com um Serviço de Urgência Polivalente com centro de trauma.

Este serviço possui uma equipa de 120 enfermeiros e 100 assistentes operacionais, sob a tutela de um enfermeiro gestor, distribuídos por 5 equipas em horário rotativo. Existe uma equipa de médicos de Medicina Interna, todos os dias úteis das 8 às 20h, sendo o restante horário assegurado por equipas médicas do Centro Hospitalar em escala rotativa.

Existe, ainda, um número variável de técnicos de saúde, administrativos, entre outros dedicados e em escala rotativa.

Neste SU existe uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que integrada na Emergência Médica Pré-hospitalar, possibilita o início da abordagem da pessoa em situação crítica antes da sua chegada ao Hospital.

Posto isto, o último contexto clínico escolhido foi um Serviço de Urgência, muito semelhante ao meu local de prática, havendo a necessidade de conhecer uma dinâmica diferente, mas como referência em Portugal e na Europa.

Por apresentar uma área de abrangência muito diversificada e uma grande afluência de pessoas, constitui-se como um local de estágio bastante enriquecedor, estando certa, que

possibilitou uma variedade de experiências, oportunidades de aprendizagem bem como o desenvolvimento pessoal e profissional.

A prestação de cuidados de enfermagem no SU, é personalizada, diversa e multidimensional, pois abrange todos os grupos etários e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção de traumatismo, até medidas de reanimação para salvar a vida (Phipps *et al*, 2003).

Importa referir que hoje em dia, e de acordo com a minha prática diária, as pessoas que recorrem ao SU chegam, cada vez em estado mais grave e crítico, exigindo, cada vez, um cuidado especializado e diferenciado, tendo os enfermeiros que desenvolver competências nesta área.

Deste modo, foram criados objetivos de estágio: um geral e quatro específicos.

Objetivo geral – Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, morais e relacionais no cuidado de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Serviço de Urgência.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e respetiva Família no serviço de urgência, nomeadamente na sala de reanimação, de acordo com a metodologia científica do Processo de Enfermagem;
- Desenvolver competências no cuidado à Pessoa em situação crítica em contexto de SUC, em particular à pessoa vítima de trauma;
- Desenvolver a qualidade do cuidado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica no serviço de urgência, na área da segurança.

Durante todo o período de estágio foi fomentada a minha integração na equipa multidisciplinar. Esta integração foi bem-sucedida, não só, pelo meu enfermeiro orientador, como por toda a equipa, que diariamente me orientaram para o meu desempenho, promovendo a minha inclusão nas atividades da equipa e pela minha procura crescente de inclusão na tomada de decisão no cuidado.

Tive, ainda, a oportunidade de conhecer todos os sectores do SU, sendo dada maior prevalência às áreas físicas das salas de reanimação, a sala de trauma, a sala das pessoas triadas com a cor laranja e a Sala de Observação (SO).

Como nos campos de estágio anteriores conheci a metodologia de trabalho da equipa, a estrutura física, orgânica e funcional, protocolos e normas hospitalares.

A primeira abordagem à PSC, por norma, surge nas salas de emergência, que se destina à prestação de cuidados diferenciados, emergentes e de curta duração, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais.

Nesta área desenvolvi competências técnicas na abordagem primária à pessoa com instabilidade hemodinâmica, falências respiratória e cardíaca, intoxicações e trauma, destacando também a abordagem primária ao doente com edema agudo do pulmão e bradicardias, atuando em conformidade com os protocolos existentes.

De acordo com a Competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363) e, como já referido, foi possível tomar conhecimento e aplicar na prática de cuidados os protocolos estabelecidos, nomeadamente “Gestão de temperatura corporal, em vítimas de PCR recuperada”, “Protocolo de utilização de Ácido Tranexâmico”; “Protocolo de Transfusão Maciça/Tromboelastograma” e “Protocolo de Sedoanalgesia”; Protocolos de “Via Verde AVC”; Via Verde Coronária”; “Via Verde Trauma”.

A criação destes protocolos deveu-se à necessidade de uniformização de práticas baseadas na mais recente evidência científica.

Por exemplo, quando estávamos a realizar o turno da tarde, recebemos uma pessoa vítima de afogamento, em paragem cardiorrespiratória, já recuperada. Ao perceber a gravidade da situação, tomei a liberdade de preparar medicação de emergência, fluidoterapia e material clínico, a fim de gerir o tempo numa situação de *stress*.

À chegada da pessoa, e após adotar as devidas medidas de proteção individual e, na avaliação, percebi que estava em hipotermia, ativando de imediato o protocolo “Gestão de temperatura corporal, em vítimas de PCR recuperada”, através da administração de soros aquecidos, e colocação de termómetro esofágico e lavagem vesical com soros aquecidos. Neste momento, percebi que a atempada preparação do material necessário e

a sistematização do protocolo influenciou a rápida prestação dos cuidados à pessoa, levando à sua eficácia.

Esta minha intervenção esteve em consonância com a Unidade de Competência “*Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Embora a situação da pessoa referida, não tenha tido um desfecho feliz, considero que, e com o objetivo de garantir a estabilização da pessoa vítima de afogamento, foram prestados cuidados em colaboração com o enfermeiro e médico e penso que o realizei com um grau crescente de autonomia e confiança.

Outra situação que vivenciei, por diversas vezes, foi o acompanhamento de PSC à realização de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) e posterior transferência para um serviço diferenciado (UCI; Unidade de AVC's, Cuidados Intermédios).

Assim, ao acompanhar a pessoa tive a possibilidade de transmitir à equipa de enfermagem, informações pertinentes relacionadas com a situação clínica da pessoa, fulcrais para a continuidade dos cuidados.

Em alguns casos houve necessidade de manusear drogas/fármacos de emergência para a estabilização da PSC até à chegada ao respetivo serviço.

Durante este período, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica admitida em SU, foi possível colocar em prática algumas destas normas e protocolos, tal como o preconizado na Unidade de Competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” do Regulamento de Competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

Foi possível, ainda desenvolver competências na área de urgência e emergência, indo ao encontro do disposto no regulamento da OE que prevê o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, outra situação que participei foi de uma pessoa que sofreu um aneurisma da aorta, que estava de tal modo instável e em risco de complicações, que cada vez que se

mobilizava a cabeceira da maca, a senhora iniciava quadro de dispneia, com estridor associado.

Com esta situação, tive de antecipar cuidados, uma vez que esta senhora, para proteção da via aérea iria colocar uma prótese esofágica rígida, pois não teria de imediato tempo operatório para resolver a situação do aneurisma. O correto posicionamento da senhora, a preparação de fármacos de emergência e o material necessário para a entubação orotraqueal estava de imediato disponível. Conversei sempre com a senhora, explicando cada procedimento e situação vivida.

Por se apresentar ansiosa com todo o aparato, pediu-me para contactar o marido, situação que acedi de imediato, confortando ambos e preparando-os para o futuro.

Aqui percebi, que embora a farmacologia seja importante no cuidado à pessoa em situação crítica, tive de monopolizar diversas intervenções não farmacológicas, através de meios físicos e abordagem psicológica. A título exemplificativo, e neste contato em específico, foi possível implementar medidas de conforto que contribuíram para o controlo da ansiedade, como a otimização da imobilização e posicionamento, explicação do estado clínico geral, sem descorar a importância de explicar e pedir autorização para a realização de procedimentos, demonstrando uma postura de empatia, permitindo também o apoio de familiares e a utilização de técnicas de distração (Galinski, 2011).

Este cuidado está presente na Unidade de Competência “*Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

O enfermeiro é o primeiro profissional de saúde que aborda a pessoa que dá entrada no serviço de urgência, sendo este responsável pela triagem e encaminhamento das pessoas, com base numa avaliação inicial (Emergency Nurses Association, 2007), assumindo uma posição preponderante na correta atribuição de prioridade de acordo com as queixas/sintomas que a pessoa refere, sem qualquer juízo sobre diagnóstico (Grupo Português de Triagem, 2002).

O sistema de triagem implementado neste SU é o sistema de triagem de Manchester, também usado no meu serviço, tal como previsto no Despacho n.º 18459/2006. Este sistema define o tempo recomendado até à observação médica.

Na minha experiência, enquanto mestranda, pude participar na ativação de uma Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), que me despertou interesse, pois é logisticamente diferente do meu contexto profissional.

O Sr. A., de X anos, inicia o seu dia de trabalho de forma habitual. Cerca de 2h depois inicia quadro de parestesias dos membros superiores e inferiores com dificuldade em articular palavras. Os colegas ao presenciarem a situação acompanham o senhor até ao hospital.

Já no hospital e, no momento da triagem, por manter as queixas descritas, é ativada VVAVC e o Sr. A, é encaminhado para a sala de reanimação, onde é observado pelo Neurologista, que após realização de exame objetivo (Quantificação do defeito neurológico, através de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e validando toda a informação pertinente, decidiu abortar o protocolo. A decisão de abortar o protocolo deveu-se ao facto de não reunir os critérios descritos pela DGS na Norma nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, seguindo a pessoa para observação em circuito normal, sendo avaliado pela especialidade de Medicina Interna.

De ressaltar que, na sala de reanimação, eu ao avaliar a situação e as queixas e, após monitorização cardíaca e corroboração do meu orientado, identifiquei que a ativação tinha sido precipitada, conforme confirmado pelo médico neurologista (este é o único que pode desativar o protocolo – DGS, Norma nº 015/2017).

No primeiro momento da ativação importa referir que o enfermeiro de triagem não é enfermeiro especialista, embora a lei recomende, através do Regulamento n.º 743/2019, que o posto de triagem seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, defendo *a priori* a sua diferenciação e, por consequência, a diferenciação de cuidados.

Enquanto mestranda e futura especialista, percebo a necessidade de um enfermeiro de triagem ser perito na abordagem à pessoa suspeita de AVC. Esta perícia poderá ser essencial para definir a gravidade das queixas/sinais ou sintomas explícitos ou observados na pessoa, que poderão definir a sua prioridade na intervenção clínica. Esta prioridade diminui o risco de haver complicações ou agravamento da pessoa no tempo

de espera. Benner et al (1996), que descreve que a intuição é a compreensão imediata do conhecimento, sem evidências de pensamento sensível.

Assim, com esta vivência, foi possível desenvolver a capacidade de efetuar uma observação, intervenção e tomada de decisão rápida, constante na Unidade de Competência PSC “*Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe*” (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

A minha decisão final foi tomada na avaliação clínica, observação atenta, com ajuda da intuição e experiência prévia, conseguindo intervir e estabilizar no imediato a pessoa, sempre com a supervisão do meu orientador.

Importa referir que o enfermeiro escalado na sala de reanimação faz a avaliação inicial, levanta os diagnósticos de enfermagem e identifica as necessidades de recursos humanos ao nível das especialidades médicas que é necessário ativar. É responsabilidade deste enfermeiro a vigilância e monitorização destas pessoas no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos.

Corroborando esta situação, Benner *et al.*, 2011, refere que a prestação de cuidados a PSC em tempo útil compreende a mobilização de conhecimentos e a adaptação dos mesmos à situação com que nos deparamos no sentido de prevenir atempadamente a falência de órgãos. A mesma autora destaca a importância de desenvolver competências nesta área, de forma a exercer uma prática de planeamento prevenindo os eventos adversos e antecipando os potenciais problemas, gerindo conhecimentos, práticas e intuição.

Deste modo, o enfermeiro que recebeu a pessoa na sala de reanimação (o meu orientador) é especialista em EMC, tal como recomenda o artigo 21.º do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência (...) sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitindo uma maior abrangência do cuidado e conhecimentos.

A verdade é que esta situação não teve repercussão no estado e assistência ao Sr. A, mas vejamos, foram despendidos tempo e recursos desnecessários, como a avaliação do neurologista e a ocupação da sala de reanimação.

Como ponto positivo, no final do turno houve oportunidade de realizar um *debriefing* com outros enfermeiros, fazendo-se uma revisão em grupo do protocolo de VVAVC.

Consegui, no final deste turno, transportar ensinamentos para a minha prática diária, treinando a minha intuição e perícia, quer através da minha intervenção na situação, quer após a partilha de conhecimentos com colegas mais experientes.

Reportando a Patricia Benner (2001), que defende que o enfermeiro perito desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional, assim como uma multitude de experiências profissionais, influenciando o seu cuidado direto e a tomada de decisão

Ao enfermeiro especialista é exigida esta perícia e, nesta situação percebi o seu impacto e necessidade de domínio de conhecimentos, em especial na avaliação neurológica à PSC.

Embora perceba que a triagem de prioridades tem um tempo curto de realização e que, por vezes, se peca por excesso, em poucos minutos se percebeu que o Sr. A não reunia os critérios para ativação de VVAVC, sendo desnecessária a sua ativação.

A OE defende que Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. Então, ao Enfermeiro Especialista é expectável a capacidade de orientar, motivar e ensinar os elementos menos experientes e recentes no serviço em que estão inseridos.

Descrito no artigo 88.º do Código Deontológico, o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício através da atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2009).

Neste sentido, participei numa partilha de conhecimento em conjunto com o meu enfermeiro orientador e enfermeiros recém-chegados ao SUC, sobre Suporte Básico e Avançado de Vida.

Esta pequena aprendizagem em equipa serviu, certamente, para fomentar a curiosidade e saber a quem pedir ajuda em situações futuras.

Foram noções básicas sobre a orientação numa situação específica, mas que, com certeza, criaram a vontade de querer aprender mais e melhorar cuidados prestados.

Enquanto futura especialista, reconheço a necessidade constante da atualização de conhecimentos científicos no cuidado à pessoa, mas também importa fomentar a vontade de aprender e investir nesse conhecimento. Ao enfermeiro especialista é reconhecida essa capacidade, devendo conseguir unir a equipa enquanto supervisiona ou presta cuidados à pessoa.

O The Strong Model for Advanced Nursing Practice (Ackerman *et al.*, 1996) é um modelo que centra 5 domínios da prática avançada em enfermagem. O **cuidado direto compreensivo** – avaliação, procedimentos, interpretação de dados e aconselhamento da PSC. O **suporte de sistemas** – importante para uniformizar práticas e criar procedimentos que otimizem a prática do serviço e do sistema. A **educação** – formação dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, das pessoas e família/cuidadores. A **pesquisa** – prática que desafia o *status quo* na procura constante de melhorar os cuidados à pessoa através da pesquisa da melhor evidência científica disponível e da incorporação da prática baseada na evidência nos cuidados diretos. A **liderança profissional e publicação** – para que se possa gerar conhecimento e, assim, se promova e divulgue a profissão.

Segundo Benner (2001), a teórica que sustenta o modelo supracitado no processo de desenvolvimento de competências, o enfermeiro perito apreende as situações de uma perspetiva global, sem nunca excluir outras alternativas; guia a sua prática que assenta no modelo analítico, agindo de modo intuitivo, tendo um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde se evidenciam as suas competências.

Então, é expectável a diferenciação de cuidados em cada pessoa e em cada situação, sendo moldados pela experiência e conhecimento adquirido ao longo do tempo e da observação direta da pessoa à luz do seu historial, da sua situação presente e do contexto onde se encontra inserido.

Os peritos em enfermagem não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável, situação, esta que verifico em contexto de estágio e na minha prática diária.

Ao colaborar com o meu orientador nesta partilha, fiquei desperta para eventuais falhas no meu serviço e na minha prática, bem como assumi a responsabilidade de fomentar nos meus pares a necessidade da aprendizagem constante, fomentando a literacia e a partilha de conhecimentos.

Assim, enquanto futura especialista tenho a consciência de que a prática permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências que poderão ser reportadas e transpostas para outro contexto, no sentido de caminhar para o nível de perito.

Em todos os contextos de estágio a pessoa e a sua família/pessoa significativa foram alicerces do meu cuidado, em busca do conforto para a pessoa que cuidava.

O SUC tem um contexto muito característico, quer pela sua organização, quer pela pressão em definir um diagnóstico/tratamento adequado a cada situação. Muitas vezes, a família fica numa espera angustiante em busca de respostas, por isso os cuidados à família assumem ainda mais um papel determinante e de grande relevância (Pauldine & Dorman, 2006).

Ao receber uma pessoa em contexto hospitalar, mesmo na minha prática clínica, a prioridade é avaliá-la, estabilizá-la, gerir cuidados e depois, sempre que possível, comunicar com a família.

Vivenciei essa situação em estágio, onde, devido ao contexto pandémico, em que estamos inseridos, não é permitida a permanência de familiares junto da pessoa.

Numa situação em específico, uma pessoa vítima de trauma, em contexto de queda, acompanhada pelos bombeiros e que o marido acompanhou, de imediato foi-lhe solicitado que esperasse na sala de espera. Nos momentos em que assisti a PSC, pensei

em como seria angustiante a espera do familiar, o medo da perda e do futuro. Assim que a situação ficou controlada, chamei o senhor e, forneci toda a informação disponível, procurando sempre que possível dar resposta clara de forma clara, honesta e consistente às suas solicitações, tal como sustentado pela literatura (Fortunatti, Silva, Rojas, & Munoz, 2018).

Por diversas situações, compreendi a importância da escolha de palavras simples e honestas utilizadas ao dar a informação aos familiares, juntamente com tom de voz e postura adequada, tentando uma abordagem que não dificultasse ainda mais o momento (Pauldine & Dorman, 2006).

Esta escolha de palavras e postura assertiva permite que os familiares fiquem bem informados de toda a situação e reportem dúvidas. Fornecer informação de forma formal, de forma oral ou mesmo escrita parece reduzir a ansiedade da família e melhorar o seu nível de satisfação (Scott, Thomson, & Sheperd, 2019).

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

Outro dos cuidados, transversais a todos os contextos, refere-se ao domínio *“Responsabilidade profissional, ética e legal”* constante nos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4746).

No âmbito de trauma, recebi na sala de emergência, uma pessoa vítima de trauma em contexto de queda, ativando de imediato o Protocolo Via Verde Trauma (VVT), presente neste SU.

Na abordagem a esta pessoa e de acordo com as recomendações da Society of Trauma Nurses (2008), abordei a pessoa inicialmente numa avaliação primária rápida, com o objetivo de monitorizar sinais e funções vitais, seguida de uma avaliação secundária

mais pormenorizada e, em conjunto com a equipa multidisciplinar iniciou-se o tratamento definitivo.

A pessoa apresentava parestesias dos membros inferiores, havendo sinais focais de TVM, sendo necessária colocação de colar cervical. Aqui colaborei na avaliação neurológica e posterior colocação de colar cervical, a fim de minimizar possíveis complicações.

Assim, o sucesso da abordagem à vítima de trauma está dependente de uma avaliação rápida, correta e sistematizada e da perícia técnica e científica aplicada. É realizada uma avaliação da vítima identificando risco potencial de vida pela sequência ABCDE, reconhecida mundialmente e aceite em Portugal, permitindo uma linguagem comum na abordagem à vítima de trauma.

Esta mnemónica significa, respetivamente:

- A-** AIRWAY MAINTENANCE WITH CERVICAL SPINE PROTECTION;
- B-** BREATHING AND VENTILATION;
- C-** CIRCULATION;
- D-** DISABILITY (NEUROLOGIC EVALUATION);
- E-** EXPOSURE AND ENVIRONMENTAL CONTROL.

Ao participar neste cuidado, percebi que cada elemento da equipa multidisciplinar colaborou nos cuidados, diferenciando-se o papel de cada um, pois por se tratar de uma PSC em risco de vida, foi necessário solicitar ajuda de elementos diferenciados, neste caso equipa médica intensivista.

Por apresentar alteração de estado de consciência, existiu a necessidade de entubação orotraqueal, para início de ventilação invasiva, nesta fase colaborei na preparação de medicação de sedação e analgesia.

Tive ainda a oportunidade de acompanhar a pessoa para a realização de exames complementares de diagnóstico e posterior encaminhamento para unidade de cuidados intensivos neurocríticos, uma vez que a pessoa apresentava hemorragia subdural, com efeito de massa, necessitando de monitorização constante.

Neste caso, foi-me possível desenvolver competências presentes nas unidades “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*”; “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*”; “*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*” e “*Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe*” (Regulamento nº429/2018, p. 19363).

A minha prática de cuidados sempre se pautou pelo respeito com a dignidade, privacidade e segurança da pessoa e sua família.

Num contexto de uma pessoa desorientada, tentei sempre que o seu corpo estivesse sempre protegido e com os devidos cuidados de higiene e conforto. No caso de pessoas não instáveis e que não compromettesse a qualidade dos cuidados, tentei sempre que mantivessem as suas roupas e objetos, em respeito para com a sua individualidade, dignidade e respeito para com a pessoa e sua família.

No caso da pessoa em situação crítica que se apresentava, muitas vezes, num modo em que não se pode proteger ou expor as suas necessidades (com as roupas rasgadas, muitas vezes por nós, ou nuas), tentei manter as portas sempre fechadas e utilizar sempre um lençol de a modo a não deixar nunca o corpo da pessoa exposto ou desprotegido.

Nas situações de trauma ou morte, e em contextos que não implicava a preservação de vestígios que evidenciassem a prática de dolo, tive sempre o cuidado de limpar o corpo, retirar indícios de intervenção técnica invasiva e acomodá-lo, respeitando a sua individualidade, dignidade e respeito para com a pessoa e sua família que muitas vezes, se aproximavam para um momento de despedida.

Vivi este exemplo, quando os familiares de uma jovem vítima de hemorragia cerebral, em conjunto com a equipa médica multidisciplinar, decidiram por suspender medidas terapêuticas no SUC.

Aqui percebi, que é fundamental, o reconhecimento pela equipa multidisciplinar, que esgotadas as possibilidades de recuperação parcial ou total, os cuidados de conforto físico, psicológico e espiritual se elevam como prioridade nos cuidados de saúde, nunca descorando a importância da família (Cunha, 2004).

Ao observar a jovem, e após discussão com o meu orientador, decidimos retirar todo o material invasivo, de modo a manter, o mais próximo possível, a imagem corporal da jovem, respeitando a sua dignidade e a da família.

Aqui, foi-me possível gerir a minha comunicação interpessoal e relação terapêutica, perante uma família fragilizada, tendo agilizado a minha capacidade de escuta, o respeito pela pessoa, a empatia, a atenção às necessidades espirituais e o apoio e acompanhamento do luto dos familiares. (Dias & Luzio, 2000).

Enquanto futura especialista usei as habilidades de escuta, uso do silêncio e linguagem não-verbal para uma relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna (OE, 2011).

Este momento exigiu de mim um autoconhecimento profundo, onde tentei reconhecer as minhas limitações, conseguindo gerir os sentimentos de revolta daquela família, percebendo que muitas perguntas se tornaram um desabafo.

Para o enfermeiro lidar com a morte é difícil, muitas vezes é encarada como fracasso, derrota perante a finalidade de cuidar, tratar e curar, objetivos para os quais a equipa multidisciplinar é preparada (Loff, 2000).

Com efeito, nunca se descorou o respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional.

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, de natureza e montante diversos, quer para a pessoa, quer para os profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011).

Os erros relacionados com a prestação de cuidados têm um grande impacto na vida das pessoas, originando situações de morbidade e até mortalidade.

A qualidade e a segurança dos cuidados prestados às pessoas são questões indissociáveis, sendo previsível que os processos de melhoria contínua promovam uma cultura de segurança entre os profissionais, tornando os sistemas de saúde mais acessíveis, efetivos e eficazes.

Sabe-se que os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas, proporcionando benefícios sociais e económicos, contudo o seu uso não é isento de riscos. Os erros mais frequentes inerentes aos cuidados de saúde, principalmente a nível hospitalar, são os erros relacionados com a medicação (Otero e Dominguez-Gil, 2000).

A Ordem dos Enfermeiros (2017) considera que todas as intervenções de enfermagem junto de um doente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à sua segurança. Acrescenta, ainda, que a identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir.

O erro relacionado com a medicação é um dos temas prioritários da DGS pois, segundo vários estudos, é uma das principais causas de morte e incapacidade, falecendo mais pessoas devido a erros de medicação do que a acidentes de trabalho (DGS, 2015).

Uma das situações que me deparei em contexto de estágio e, invariavelmente, na minha prática clínica, por ser igualmente em contexto de urgência, é de que é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura das pessoas com graus variados de gravidade, pela deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e *stress* profissional e ambiental (Filho, 2012).

Com isto, fiquei ainda mais alerta para a preparação de medicação, na área da segurança da pessoa, uma vez que o serviço de urgência é uma área de alto risco para a existência de eventos indesejáveis, quer pela complexidade e instabilidade da pessoa, quer pela afluência, quer por todos os eventos externos - dotações inadequadas, ruído, interrupções constantes, falhas de comunicação, etc. (Amado, 2014).

Segundo a OE (2011), o Enfermeiro Especialista é o profissional com competências para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, atuando como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática dos cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, através da identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

Os momentos de transmissão de informação de cuidados foram, muitas vezes, por mim assegurados sob a supervisão do meu enfermeiro orientador. Para além da transmissão

de cuidados de saúde e situação clínica, sempre demonstrei preocupação em referenciar aspetos da avaliação psicossocial e emocional da pessoa e/ou família.

Este estágio tornou-se muito rico em aprendizagem pela diversidade de situações, de pessoas assistidas com diferentes patologias, contextos sociais e culturais, muito semelhante às minhas vivências profissionais diárias.

3. CONCLUSÃO

Em 2018, a Ordem dos Enfermeiros conclui que a especialização em enfermagem é uma necessidade crescente em Portugal, com potencial de retorno financeiro para o SNS.

A OE defende, ainda, que a capacidade técnica e a competência clínica, decorrentes da especialização, são fatores de valorização do profissional, tendo em conta que, o reconhecimento do papel do enfermeiro especialista é também uma forma de minorar os efeitos negativos de uma força de trabalho desmotivada.

O presente relatório constitui uma análise descritiva e crítica do trabalho desenvolvido durante o período de estágio e o percurso académico, decorrentes do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A realização deste relatório apresentou-se como um desafio profissional e pessoal, visto que nem sempre é espontânea e inata a transcrição de ideias, do trabalho desenvolvido e o modo científico como correlacionei as situações vivenciadas. Mas, e após a conclusão deste ciclo, tenho certo que concentrei toda a minha vontade, empenho, dedicação e entusiasmo ao longo de todo este percurso, ficando espelhado neste documento.

O meu desenvolvimento profissional e pessoal assim como o desenvolvimento de competências, nos contextos de estágio escolhidos, tiveram por base a revisão da literatura efetuada, o pensamento reflexivo e a criação de relações de trabalho enriquecedoras com as equipas, com o objetivo de compilar e partilhar saberes, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas.

Importa referir que, de acordo com o nº3 da Base XXVIII, Lei nº95/2019 (2019), Lei de Bases da Saúde, *“os profissionais têm o direito de aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissional, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos”* (p. 64). Posto isto, justifica-se a procura constate de atualização e melhoria da qualidade na área de Enfermagem e nos cuidados prestados, sendo esta a premissa que norteou o meu percurso.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e, de um modo mais amplo, é importante reforçar a sua implicância na minha prática clínica.

Em relação às competências do *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*: toda a minha prática teve subentendido o cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontológicos e o respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional (Regulamento nº 140/2019, 2019). Estes estiverem sempre aliados à tomada de decisão, de um modo refletido e assegurando o respeito pelos direitos e privacidade da pessoa e família, elevando o contributo à humanização dos cuidados.

No âmbito do *domínio da melhoria contínua da qualidade*, ao longo de todos os contextos clínicos e do meu percurso académico, procurei criar, desenvolver e planear atividades, que de alguma forma promovessem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa. Transpondo o que aprendi nos estágios para minha prática diária e vice-versa, sempre partilhando ideias com os meus enfermeiros orientadores. Sempre que possível, promovi um ambiente terapêutico e seguro, indo ao encontro das necessidades individuais, culturais e espirituais da pessoa e família (Regulamento nº743/2019, 2019).

Reportando às competências do *domínio da gestão dos cuidados*, tive imensas oportunidades de partilha de conhecimentos e momentos de reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores e equipa de cuidados sobre a tomada de decisão, pelo desafio constante de prestar cuidados de alta complexidade a pessoa em situação crítica, explorando áreas desconhecidas de cuidados desconhecidas. Estes momentos de discussão e reflexão criaram uma melhor perceção acerca da tomada de decisão perante as necessidades vividas, diariamente (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Por último, e referente às competências do *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, tentei sempre desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, quer seja nos momentos de partilha de conhecimentos, quer sea nas reflexões efetuadas em cada contexto e discutidas com cada orientador. Suportando os cuidados prestados, baseie a minha prática em evidência científica, havendo uma constante pesquisa bibliográfica e participação em sessões de formação (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A assistência de resposta a situações de catástrofe não existiu, no entanto, para atingir esta competência surgiu a necessidade de consulta dos protocolos/planos de catástrofe de ambos os serviços de forma a adquirir competência específica articulando dúvidas com o enfermeiro orientador.

Em associação com o exposto, acresce a *scooping review*, tendo como principal objetivo a síntese e partilha de conhecimentos. A prática baseada na evidência é uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, que se fundamenta no conhecimento e qualidade da evidência tendo como fim a promoção da qualidade dos serviços de saúde e a diminuição dos custos operacionais (Santos *et al*, 2004).

Na Enfermagem, o seu pilar de sustentação é a utilização de resultados de pesquisa na prática profissional. Então, o enfermeiro com grau de mestre, deverá possuir competências no âmbito da investigação, procurando na evidência fundamentar a sua prática e, assim garantir a excelência dos cuidados, ao mesmo tempo que impulsiona o conhecimento da disciplina (Rodrigues, Pereira, & Amendoeira, 2015; UCP, 2015).

Neste contexto pandémico foi e é preciso um enorme e constante esforço de reajuste, flexibilidade e capacidade de adaptação. É exigido diariamente planear, reorganizar e reinventar, mantendo o foco na segurança das pessoas que cuidamos, nas famílias, na nossa e de todos os profissionais que conosco partilham o espaço de cuidados de saúde.

Sendo as visitas às pessoas internadas suspensas importa perceber, quão importante é a sua presença, daí a escolha do fenómeno sobre os benefícios da visita à pessoa em situação crítica para a realização da *scooping review*. Assim, o cuidado centrado na pessoa e na família é um dos focos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, emergindo como uma prioridade na prestação de cuidados de qualidade, essencial na humanização dos cuidados.

Goldfarb *et al* (2020) salientam que as restrições/suspensão das visitas têm implicações negativas na PSC, agravando o isolamento social experienciado. O mesmo autor manifesta que o estado de saúde débil da pessoa, conjugado com a falta da família eleva os níveis de *stress* agudo; ansiedade e depressão.

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para conhecer as pessoas que cuida, identificando necessidades e estabelecendo uma verdadeira relação de ajuda. É da sua responsabilidade minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e internamento, quer na pessoa em situação crítica quer na família.

A comunicação é a chave essencial para aliviar as feridas que a pandemia veio aprofundar, devendo criar-se novas pontes facilitadoras de comunicação entre a pessoa em situação crítica e a família.

Cuidar em serviços críticos é uma intervenção difícil, pois os sentimentos de medo, solidão e final de vida são presença constante e de difícil gestão. Na maioria das vezes, a maior experiência do enfermeiro é exponencial à menor restrição de visitas, o qual nos remete para a importância da experiência prática e especializada conjugada com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva visando a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001).

Perceber que a família é importante para a PSC, é perceber que se conjugam benefícios e recuperação física e psicológica, conferindo ainda conforto e bem-estar, baseado e fundamentado na Teoria do Conforto de Kolcaba.

Assim, enquanto mestre e especialista consigo identificar a pertinência que o exemplo do EEEMC pode ter para melhorar os cuidados à pessoa em situação crítica, impondo pelo nosso exemplo, motivando, sendo capaz de introduzir mudanças aos contextos em que está inserido.

Concluo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver competências ao nível de quatro domínios de atuação: Prestação de cuidados, Formação, Investigação e Gestão, construindo o seu próprio percurso e progresso profissional buscando desta forma a excelência em Enfermagem.

Impondo que o fim deste plano de estudos não encerra em si o fim de um processo, mas sim, a alavanca para a busca contínua de novas aprendizagens e práticas informadas pela evidência, com uma melhoria enquanto Enfermeira e, agora, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Tudo o que construí até então, possibilitou-me a oportunidade de me tornar um agente de mudança e promotor da melhoria dos cuidados de enfermagem, na minha prática diária, para mim e para os que trabalham comigo.

Acredito que esta responsabilidade e capacidade de intervenção irá influenciar positivamente os meus cuidados de enfermagem prestados, num caminho que, definitivamente, não termina aqui e agora.

A nível pessoal cresci, amadureci e tornei-me, gradualmente, numa profissional mais reflexiva capaz de mobilizar informação científica, técnica, ética e relacional com alicerces da prática baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, M. H., Norsen, L., Martin, B., Wiedrich, J., & Kitzman, H. J. (1996). Development of a model of advanced practice. *American Journal of Critical Care*, 5(1), 68–73
- Alcatrão, I. (1996). Formação reflexiva de professores, estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora.
- Amado, R. (2014). Dissertação de Mestrado: Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem - Contributos para a Segurança do Doente. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Andrade, Ermelinda H.S.S. – Opinião de doentes e Enfermeiros acerca das Visitas aos Doentes Hospitalizados. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 4 (Maio 2000), p. 39-45.
- APA, A. P. (2020). *Publications manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th edition ed.). Washington: American Psychological Association.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)
- Barbara M.; Kathleen M. Hill. (2016) Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit; *American Association of Critical-Care Nurses* Vol 36, No. 1. <https://doi.org/0279-5442>
- Bauer, Philippe R.; Rabinstein, Alejandro A.; Wilson, Michael E. (2019) Family Visitation Policies in the ICU and Delirium; *Journal of the American Medical Association (JAMA)*; 1923-1924. (2p). <https://doi.org/10.1001/jama.2019.15585>
- Benjumea, C. C. - Família y salud. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. ISSN: 0210-5020. N.º 203/204 (Julho/Agosto 1995), p. 21 - 24.
- Benner, P. De iniciado a perito. 2ª. Coimbra: Quarteto. (2005). ISBN: 989-558-052-5. p. 294

- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company
- Benner, P., Tanner C., Chelsea C. (1996), *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics*. 5ª Ed. New-York: Springer Publishing Company
- Bernardino, E., Felli, V., & Peres, A. (Abr/Jun de 2010). Competências gerais para a gestão em enfermagem hospitalar. *Cogitare Enfermagrm*.
- Bouso, R. S., Poles, K., & da Cruz, D. M. (2014). [Nursing concepts and theories]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(1), 144-148.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Visita Aberta e Direito a Acompanhante. [em linha] 1º ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. 18p. [Consult. 3 Nov. 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://dtr2001.saúde.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/> - internet>
- CENTER FOR DISEASE CONTROL. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Junho de 2007. p.219
- Cullen, L.; Titler, M.; Drahozal, R. (2003) Family and Pet Visitation in the Critical Care Unit; *Critical Care Nurse*; Vol. 23 Issue 5; p62-66. . <https://doi.org/10.4037/ccn2003.23.5.62>
- Cunha, J. (2004). *A autonomia e a tomada de decisão no fim de vida*. Manuscrito não publicado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto
- Decreto-Lei n.º 437/91,. D.R. I Série A. n.º 257 (8-11-1991) p. 5723-5741.
- Decreto-Lei n.º 161/96, D.R. I Série A. n.º 205 (4-09-1996) p. 2959-2962
- Decreto-Lei n.º 353/99,. D.R. I Série A. n.º 206 (3-09-1999) p. 6198-6201
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos do Agir*. Coimbra: Edições Almedina
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 153, Ministério da Saúde

- Despacho n.º 18459/2006 de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 176, Ministério da Saúde
- Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de Março, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 55, Ministério da Saúde
- Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, Ministério da Saúde
- Dias, António Alberto (2011). Relatório de Estágio. Porto. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. [em linha]. Acedido em: 20/01/2020. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8728>;
- Dias, Conceição (2010) “Prevenção da Infecção Nosocomial: ponto de vista do especialista” *Revista Portuguesa de Medicina Interna*. 17, 47-53
- Dias, H., & Luzio, F. (2000). Alívio da dor em fase terminal. In C. Neves, I. Neto, M. Vieira, A. Loff, A. Alves, H. Dias, et al. (Eds.). *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Dias, Mendes, Mourinho, Carreira, Nunes e Ferreira (2001). Registos de Enfermagem. *Revista Servir*, 49(6), 267-271.
- Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde Manual de Operacionalização. Dezembro de 2017. p. 82.
- Direção Geral de Saúde. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, Norma 015/2017. Julho de 2017
- Emergency Nurse Association. (2007). *TNCC - Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (6ª ed.). Des Plaines: ENA.
- Fernandes, Natália C.M.R. A Família Face ao Doente em Medicina Intensiva. Trabalho do Ano Complementar de Formação. Aveiro, 2005.

- Fortunatti, P., Silva, R., Rojas, A., & Munoz, M. (2018). Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. *Enfermería Intensiva*, 29 (1), 32-40. Doi: 10.1016/j.enfi.2017.09.001
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel
- Fumis, R; Ranzani2, T.; Martins, P; Schettino, G. (2015); Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay; *Christian Schmahl, Central Institute of Mental Health*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). STOP infecção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian. Lisboa, Portugal. Obtido em Dezembro de 1 de 2019, de Fundação Calouste Gulbenkian: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infeção-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf
- Galinski, M. (2011). *Acute Pain Management in Emergency Medicine*. Obtido em 18 de Dezembro de 2019, de Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur (CNRD), Paris, France: <http://cnrd.fr/IMG/pdf/AcutePainManagement.pdf>
- Garrouste-Orgeas, M.; Périer, A.; Mouricou, P.; Grégoire1, C.; Bruel1, C.; Brochon, S.; Philippart, F.; Max, A.; Misset, B. (2014) Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families' experience in the ICU; *PLoS One*; Vol. 9 (10); <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>
- Goldernberg, Dalia Silberstein - La Familia, un Paciente Olvidado. *Revista rol de enfermaria*. Barcelona. ISSN: 0210-5020. N.º 223 (1997), p. 25-30.
- Goldfarb, M.; Bibas, L.; Burns, K. (2020) Family Engagement in the Cardiovascular Intensive Care Unit in the COVID-19 Era. *Canadian Cardiovascular Society*
- Gonçalves PC, Santos ABS. *Avaliação da pressão intracraniana durante a aspiração endotraqueal em pacientes neurológicos submetidos à ventilação mecânica invasiva*. São Paulo (SP); 2005. Disponível em: www.sobрати.com.br/trabalho24.html

- Gonçalves PC, Santos ABS. *Avaliação da pressão intracraniana durante a aspiração endotraqueal em pacientes neurológicos submetidos à ventilação mecânica invasiva*. São Paulo (SP); 2005. Disponível em: www.sobрати.com.br/trabalho24.html
- Gottlieb, J. (2003). Time to care: the evolution and meaning of family visiting policies in the Intensive Care Unit; *International Journal for Human Caring (INT J HUM CARING)*, 66-71. (6p).
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando* (2.^a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Guzzetta, Cathie E.; Clark, Angela P. (2004) Restrictions on Family Presence in the UCI; *JAMA: Journal of the American Medical Association*; v.292 n.22, 2721-2722. (2p) <https://doi.org/10.1001/jama.292.22.2721-a>
- H&HN: Hospitals & Health Networks. (2004); Empowering the Families of ICU patients; *Color Photograph*, p 51-51. <https://doi.org/1068-8838>
- Instituto de Ciências da Saúde. (2019). Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório". Lisboa
- Janet T. Ihlenfeld. (2006) Should We Allow Children to Visit Ill Parents in Intensive Care Units?; *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN [Dimens Crit Care Nurs]*; pp. 269-71. <https://doi.org/10.1097/00003465-200611000-00005>
- Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October (2013); New JBI Levels of Evidence; The University of Adelaide School of Translational Health Science
- Kohi, T.; Obogo, M.; Mselle, L. (2016) Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital Intensive Care Units, Tanzania; *BMC Nursing*; Vol. 15, pp. 18. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0139-5>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, In

- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (7.^a Ed.). Lisboa: editora Lusociência.
- Lei n.º 156/2015. (2019). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1^a Série (16-09-2015), p. 8059-8105. Portugal: Assembleia da República. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 95/2019. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1^a série (4 de Setembro de 2019), p. 55-66. Portugal: Assembleia da Republica. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>.
- Marshall, J., Hilari, K., & Cruice, M. (2010). Communication. In J. Williams, L. Perry, & C. Watkins (Edits.), *Acute Stroke Nursing* (pp. 184-204). USA: Blackwell Publishing.
- Martins, Catarina e FRANCO, Maria. O papel formativo do enfermeiro especialista. *Nursing*. Outubro de 2004, pp. 6-9.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (1st ed. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Moseley JM, Jones AM (1991) Contracting for visitation with families. *Dimensions Crit Care Nurs* 10:364–370
- Nazarko, L. (2015). Medication Management: eliminating errors. *London: NRC*. 17 (3), 150-154
- Neves, Anabela (et al.). (2000). Transporte de Doentes em Estado Crítico. *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 12, n.º 144, p. 37-40.

Nune, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: do Comentário à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. 456 p. ISBN :972-99646.0.2.

Nursing ;Protocolos no serviço de urgência por Pedro Serra Pinto -nº 259; Quinta-feira, dezembro 26, 2013

Oliveira, P.C.M., Fernandes, H.I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.S., Martinho, M.J.C.M., ... Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses Atitudes. *Revista Esc Enferm USP*, 45(6),1331-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>.

Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque actual de la Analgesia, Sedación y el Delirium en Cuidados Críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 30 (2), 126-139. Doi: 10.106/j.rmclc.2019.03.002

Ordem dos Enfermeiros (2010) - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico Dos Enfermeiros (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)

Otero, J. & Dominguez-Gil (2000). Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farmacia Hospitalaria*, 258-266. Web site. Acedido Fevereiro 15, 2016, em <http://www.ismpespana.org/ficheros/Fichero03.pdf>

Pauldine, R., & Dorman, T. (2006). Communication with Families in the ICU. *ICU Management & Practice* , 6 (2), Doi: 1016.000014.2342

- Pauldine, R., & Dorman, T. (2006). Communication with Families in the ICU. *ICU Management & Practice*, 6 (2), Doi: 1016.000014.2342.
- Phipps, Wilma J.; Sands, Judith K.; Marek, Jane F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. 6ª edição. Loures: Lusociência;
- Pinto, S. P. (2013). Protocolos no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, n.º 259, p. 24-26
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2003. 72 p. ISBN 972-675-097-0.
- Quinio, P.; Savry, C.; Deghelt, A., Guilloux, M.; Catineau, J. & Tinténiac, A. (2002). A multicenter survey of visiting policies in French Intensive Care Units. *Intensive Care Med.* <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1402-7>
- Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interacção no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Ramsey, P.; James, C.; Gugliotta, B.; Gleen, L. (2000) Restricted Versus Open ICU's; *Nursing Management*. Vol. 31 Issue 1, p42. <https://doi.org/10.1097/00006247-200001000-00022>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de Setembro de 2019, Diário da República n.º 184/2019, Série II, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, série I; p. 4744-4750. Assembleia da República.
- Regulamento n.º429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, série II (16 de julho de 2018), 19359-19370. Assembleia da República
- Rodrigues, F., Pereira, M., & Amendoeira, J. (2015). A Transição Paradigmática da Saúde e suas Reflexões na Enfermagem como Disciplina. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 9(1), 1-8. ISSN: 1982-6451

- Roland P.; Russell J.; Richards KC.; Sullivan SC.; (2001); Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative; *Journal of Nursing Care Quality (J NURS CARE QUAL)*, 18-26. (9p). <https://doi.org/10.1097/00001786-200115020-00004>
- Rose, L.; Cook, A.; Casey J.; Meyer, J. (2020) Restricted family visiting in intensive care during COVID-19, *The Life Lines*
- Scott, P., Thomson, P., & Sheperd, A. (2019). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open* , 6, 698-712. Doi: 10.1002/nop2.287
- Serrano, M. Costa, A. (2011). Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem de Referência*. 3. 15–23
- Silva, A., Miasso, A., Cassiani, S., Grou, C., Oliveira, R. & Fakih, F. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latina Enfermagem*, 14 (3), 354-363
- SOCIETY OF TRAUMA NURSES. (2008). *ATCN - Advanced Trauma Course for Nurses - Manual do Curso de Alunos*. (Society of Trauma Nurses, Ed.) (8a ed.). Lexington
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnostico e Intervenção* (5ª ed). Lusodidactica: Lisboa
- Vickie A. Miracle. (2005), *Critical Care Visitation*, University School of Nursing. *A Closing Word*. <https://doi.org/10.1097/00003465-200501000-00012>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Viseu F.; Negrão, M.; Oliveira, P. – A opinião dos familiares dos doentes sobre o acompanhamento dos enfermeiros durante a visita no SCI. *RCHC – Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. Coimbra. N.º 41. Separata Científica, Vol. 9, n.º2 (Setembro/Dezembro 2008)

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

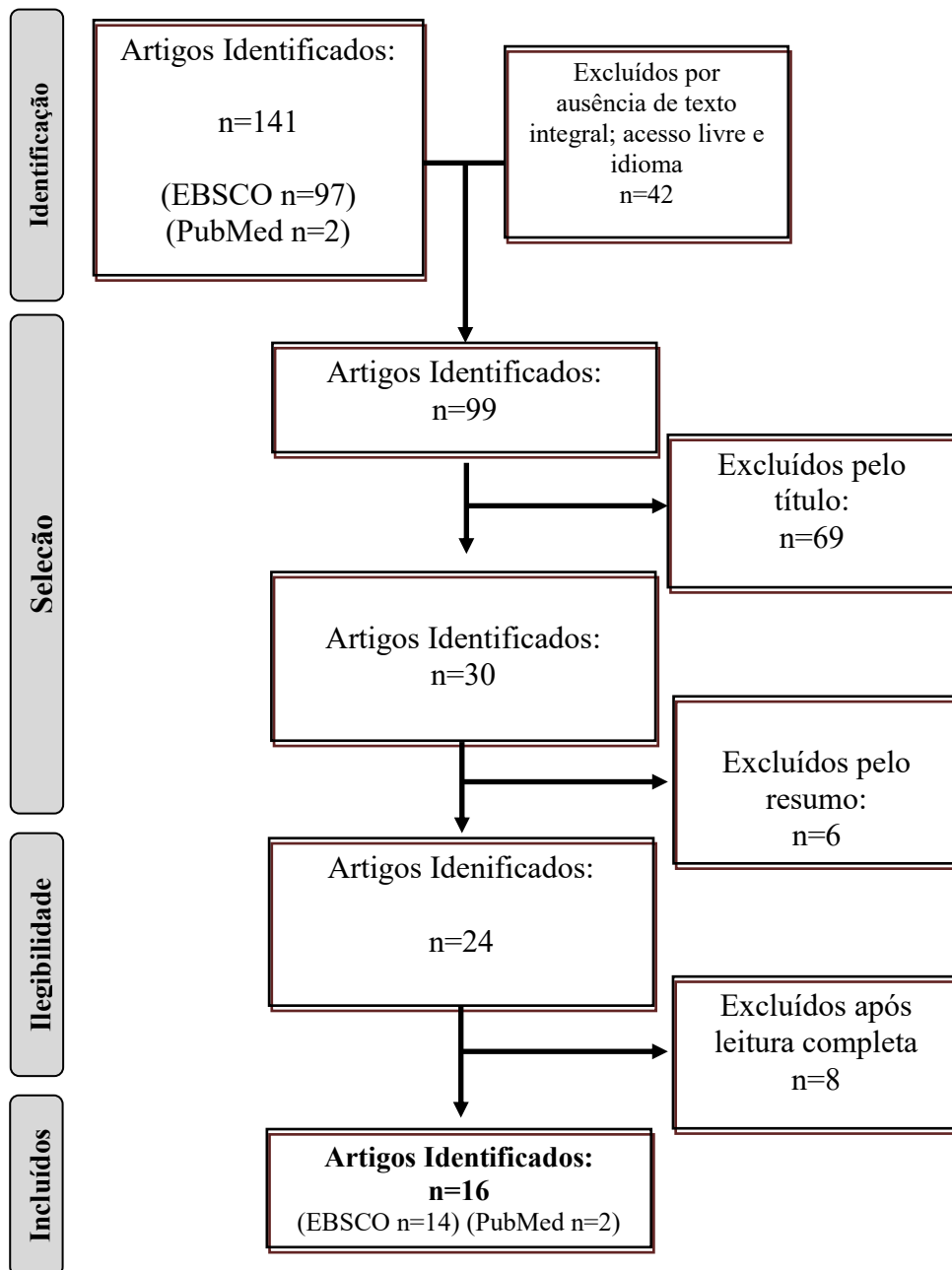
WHO. (2015). *Health care-associated infections FACT*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2020, de World Health Organization: https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – Metodologia PPC para formulação da questão de investigação e critérios de inclusão e exclusão

	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
P – População (Aplicação de critérios no motor de busca)	Pessoas em situação crítica, familiares e cuidadores, profissionais de saúde	Crianças e pessoas em cuidados paliativos
C – Conceito	Benefícios da presença dos familiares	Ambiente em que a família é recebida na UCI
C – Contexto	Qualquer contexto de cuidado à pessoa em situação crítica	Contexto pediátrico e paliativo

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



(Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009)

APÊNDICE III – Resumo dos estudos incluídos na revisão

Quadro 2

	Título	Autor e Ano	Objetivo	Nível de Evidência	Resultados
Artigo 1	A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. <i>Intensive Care Med</i>	Quinio, P., Savry, C., Deghelt, A., Guilloux, M., Catineau, J., Tinténiac, A. 2002	Determinar as políticas de visita nas UCI em França e principais benefícios	4.c <i>Case Series</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A visita de familiares diminui os níveis de <i>stress</i> físico e psicológico. - É descrito o estigma associado à visita de crianças em UCI, havendo uma tendência de inversão, provando-se o benefício da presença da mesma, com redução de níveis de ansiedade e stress, tanto na criança como na pessoa.
Artigo 2	Critical Care Visitation, University School of Nursing, Louisville	Vickie A. Miracle 2005	Perceção dos doentes acerca da visita familiar	5.c <i>Single expert opinion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - É defendida a visita aberta, tendo em conta o critério do enfermeiro e o cuidado centrado na pessoa em situação crítica. - A presença da família experienciou na PSC a sensação de segurança, tranquilidade e conforto. - A visita em UCI permitiu uma comunicação melhorada, redução da ansiedade e melhores períodos de descanso para a pessoa em situação

					<p>crítica e família.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A visita/presença da família deve ser algo flexível e consciente, permitindo a adaptação a cada pessoa. - A experiência profissional do enfermeiro influencia a flexibilidade para presença de visitas, ou seja enfermeiros mais experientes permitem uma menor restrição da visita, promovendo um meio ambiente mais familiar.
Artigo 3	Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay	Fumis, R; Ranzani2, T.; Martins, P; Schettino, G 2015	Comparar a incidência de transtornos emocionais entre pessoa sem situação crítica e família em UCI	3.e <i>Observational study without a control group</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa internada em UCI e a sua família experienciam diferentes níveis de sofrimento de transtornos emocionais durante a permanência em UCI. - Este artigo destaca a depressão, o <i>stress</i> pós-traumático e a ansiedade, como sintomas do isolamento social. - Ao longo do tempo, o cuidado centrado na família, em que se dá muita atenção à comunicação e as necessidades emocionais dos familiares, tem sido estudado com o objetivo de reduzir o <i>stress</i>.
Artigo 4	Empowering the Families of ICU patients	H&HN: Hospitals & Health Networks 2004	Cuidado centrado na família, como uma grande mudança	5.c <i>Single expert opinion</i>	-Destaca a presença da família no tratamento à PSC, devendo existir novos métodos de comunicação que permitam a proximidade da família, reduzindo níveis de <i>stress</i> e ansiedade na pessoa e família.
Artigo	Family and Pet	Cullen, L.;	Perceber o impacto da	5.c	- O cuidado centrado na família é um conceito desafiador de

5	Visitation in the Critical Care Unit	Titler, M.; Drahozal, R 2003	presença da família e animais de estimação na recuperação da pessoa em situação crítica	<i>Single expert opinion</i>	implementar na prática, conduzindo a uma revisão crítica das práticas atuais de visitação. - Destaca alterações na frequência cardíaca, pressão arterial ou pressão intracraniana durante a visita familiar. - As crianças são parte da família e acarretam um grande fator de <i>stress</i> emocional. - É salientada que a presença de animais de estimação pode beneficiar a recuperação da pessoa em situação crítica.
Artigo 6	Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit	Barbara M.; Kathleen M. Hill 2006	Impacto da visita na pessoa em situação crítica, família e profissionais de saúde	5.c <i>Single expert opinion</i>	- Os autores defendem que para a pessoa em situação crítica a visita familiar diminui níveis de ansiedade, confusão e agitação, reduziu complicações cardiovasculares e transmitiram segurança. - Recomendam que as crianças sejam permitidas de visitar o seu familiar, desde que garantidas condições de segurança e preparação da criança.
Artigo 7	Family Visitation Policies in the ICU and Delirium	Bauer, Philippe R.; Rabinstein, Alejandro A.; Wilson, Michael E 2019	Determinar o impacto da presença da família no delírio da pessoa em situação crítica	5.c <i>Single expert opinion</i>	- Os autores destacam que a presença da família diminuiu a incidência de delírio na pessoa em situação crítica. - A presença da família ajuda na redução do delírio, de níveis de ansiedade e agitação.
Artigo	Perceived needs and	Kohi, T.;	Explorar as	4.b	- Referem melhoria dos níveis de ansiedade e <i>stress</i> tanto na PSC, como

8	level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital intensive care units, Tanzania	Obogo, M.; Mselle, L. 2016	necessidades sentidas pela família e o nível de satisfação com o atendimento do seu familiar em situação crítica	<i>Cross-sectional study</i>	na família. - A visita familiar facilita a comunicação sobre o estado de saúde do seu familiar, aumentando o nível de satisfação e segurança nos cuidados.
Artigo 9	Restricted Versus Open ICU's	Ramsey, P.; James, C.; Gugliotta, B.; Gleen, L. 2000	Distinguir as principais diferenças da visita aberta vs restrita	5.c <i>Single expert opinion</i>	- Melhoria de comunicação como um dos principais benefícios da presença da família, em especial na visita aberta. - Uma visita sem restrições transmite níveis maiores de tranquilidade e segurança perante o estado de saúde da PSC.
Artigo 10	Restrictions on Family Presence in the ICU	Guzzetta, Cathie E.; Clark, Angela P. 2004	Desmistificar o paradigma da visita aberta	5.c <i>Single expert opinion</i>	- Realça a melhoria da comunicação, esperança e conforto nos cuidados à pessoa em situação crítica. - Os autores defendem que a presença da família em procedimentos invasivos tranquiliza a pessoa em situação crítica e a família.
Artigo 11	Should We Allow Children to Visit Ill Parents in Intensive	Janet T. Ihlenfeld; 2006	Explicar a importância da presença da criança na visita à pessoa em	5.c <i>Single expert</i>	- A presença de um filho ou irmão menor ajuda a controlar níveis de ansiedade na PSC, destacando os autores, aumento da esperança e tranquilidade e diminuindo períodos de delírio

	Care Units?		situação crítica	<i>opinion</i>	
Artigo 12	Time to care: the evolution and meaning of family visiting policies in the intensive care unit	Gottlieb, J. 2003	Compreender a importância de uma visita sem restrições	5.c <i>Single expert opinion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Na opinião destes autores uma política de visita aberta diminui níveis de ansiedade e <i>stress</i> na PSC. - A experiência profissional do enfermeiro está exponencialmente relacionada com o maior ou menor tempo da presença da família junto do pessoa.
Artigo 13	Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative	Roland P.; Russell J.; Richards KC.; Sullivan SC. 2001	Mapear a satisfação da pessoa em situação crítica no momento da visita da família	5.c <i>Single expert opinion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O aumento da tecnologia e especificidade de cuidados pode desumanizar os cuidados, defendo os autores que a presença da família tenta combater esta premissa. - É salientada a redução de níveis de ansiedade e <i>strees</i> como principal benefício da presença da família.
Artigo 14	Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families experience in the ICU	Garrouste-Orgeas, M.; Périer, A.; Mouricou, P.; Grégoire1, C.; Bruell, C.; Brochon, S.;	Explorar as necessidades da pessoa em situação crítica e família no momento da visita	4.d <i>Case study</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realça-se a diminuição de níveis de <i>stress</i> e ansiedade na pessoa em situação crítica. - Para a família, a visita é um momento de conforto e melhoria da comunicação com a equipa de saúde. - Com o seguimento e continuidade da PSC em UCI, é importante que os enfermeiros ajudem as famílias a criarem estratégias de <i>cooping</i>, ajudando à compreensão familiar.

		Philippart, F.; Max, A.; Misset, B. 2014			
Artigo 15	Restricted family visiting in intensive care during COVID- 19	Rose, L.; Cook, A.; Casey J.; Meyer, J. 2020	Estudar o impacto da suspensão das visitas em contexto pandémico	5.c <i>Single expert opinion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Os autores salientam que as restrições/suspensão das visitas têm implicações negativas na PSC. - Salientam a importância da presença na família no momento de reabilitação. - Refere o agravamento do <i>stress</i> agudo; ansiedade e depressão, uma vez que estão a vivenciar um isolamento social excecional.
Artigo 16	Family Engagement in the Cardiovascular Intensive Care Unit in the COVID-19 Era	Goldfarb, M.; Bibas, L.; Burns, K. 2020	Descobrir estratégias que combatam o isolamento social em contexto pandémico	5.c <i>Single expert opinion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação é a chave para a diminuição de níveis de <i>stress</i> e ansiedade na pessoa com infeção por SARS-CoV2. - Devem-se criar novas pontes facilitadoras de comunicação entre a pessoa e a sua família.

**APÊNDICE IV – Certificado de Participação na Formação “IACS e
Higiene das Mãos – Adaptação de “World Alliance for Patient Safety –
Clean Care is Safer Care”**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA FILIPA DA SILVA VALENTE CORREIA** frequentou a Acção de Formação **"IACS e Higiene das Mãos - Adptação de «World Alliance for Patient Safety - Cien Care is Safer Care»"** realizada no dia **22 de Setembro de 2020**, com a duração total de **duas horas**.

Lisboa, 30 de Setembro de 2020

 A Área de Gestão da Formação



Cristina Cosme
Técnica Superior

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração N.º 3199/2020/CS

URGÊNCIA GERAL/HSJ

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

**APÊNDICE V – Certificado de Participação na Formação “IACS –
Precauções Básicas em Controle de Infecção”**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA FILIPA DA SILVA VALENTE CORREIA** frequentou a Ação de Formação "**IACS - Precauções Básicas em Controlo da Infecção**" realizada no dia **22 de Setembro de 2020**, com a duração total de **duas horas**.

Lisboa, 30 de Setembro de 2020

Pel' A Área de Gestão da Formação

Cristina Cosme

Cristina Cosme
Técnica Superior

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração N.º 3204/2020/CS

URGÊNCIA GERAL/HSJ

APÊNDICE VI – Certificado de participação na “Reunião dos Interlocutores do PPCIRA – Especialidades Cirúrgicas, Urologia e Consultas Externas”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA FILIPA DA SILVA VALENTE CORREIA** frequentou a Acção de Formação "**Reunião de Interlocutores do PPCIRA - Especialidades Cirúrgicas, Urologia e Consulta Externa**" realizada no dia **1 de Outubro de 2020**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 12 de Outubro de 2020

Per A Área de Gestão da Formação

Cristina Cosme

Cristina Cosme
Técnica Superior

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração N.º 3219/2020/CS

URGÊNCIA GERAL/HSJ

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACS5)