



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A FAMÍLIA E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

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

Por

Silvia Fernanda Machado Alves

Porto, março de 2024



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A FAMÍLIA E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

THE FAMILY AND THE PERSON IN CRITICAL SITUATION: THE DEVELOPMENT OF NURSE SKILLS

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

Por

Silvia Fernanda Machado Alves

Sob a orientação do Professor Doutor Vasco Neves

Porto, março de 2024

RESUMO

Este relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa e pretende expor o percurso efetuado durante os estágios na Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório. Este trajeto teve o primeiro campo de estágio no ambiente pré-hospitalar e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

A metodologia utilizada foi descritiva e crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, do conhecimento adquirido e todo o processo de desenvolvimento de competências recorrendo à respetiva fundamentação.

Ao longo dos estágios o doente em situação crítica e a sua família foi uma preocupação constante. Essa preocupação traduziu-se na realização de atividades que promovessem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, recorrendo à mais recente evidência científica para obter conhecimento novo, atual e pertinente.

Neste sentido, no estágio do pré-hospitalar, surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros e dos familiares sobre a presença dos familiares durante a reanimação de um doente crítico. Com os resultados pretendeu-se sensibilizar os enfermeiros sobre esta temática e refletir sobre estudos internacionais sobre presença da família durante a reanimação cardiopulmonar na perspetiva dos familiares e dos próprios enfermeiros.

Com o objetivo de despertar a consciência, sensibilizar a equipa de enfermagem na unidade de cuidados intensivos polivalentes, recorreu-se a uma revisão da literatura para se determinar o benefício do envolvimento da família na prevenção do *delirium*. Verificou-se que a participação da família em atividades de prevenção do *delirium* teve efeitos positivos na redução da prevalência de *delirium*.

A análise crítica reflexiva ao longo deste trabalho expõe a forma como as competências foram atingidas nos diferentes contextos de estágio mediante os objetivos gerais e específicos previamente definidos. Analisa o percurso percorrido para o desenvolvimento e aquisição de novas competências nos diferentes contextos assistenciais.

Por fim, refletir sobre a minha prática permitiu-me desenvolver capacidades para uma melhoria contínua da qualidade e resolução de problemas da prática tendo como objetivo

maior, uma prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência, baseando a minha prática na mais atual evidência científica.

Palavras-Chave: Família; Competências; Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

This internship report is presented within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, from the Universidade Católica Portuguesa and intends to explain the path taken during the internships in the Curricular Unit: Final Internship and Report. This journey included the first internship in the pre-hospital environment and the second in a Multipurpose Intensive Care Unit.

The methodology used was descriptive and critical-reflective of the activities developed, the knowledge acquired and the entire process of developing skills using the respective foundation.

Throughout the stages, the critically ill patient and his family were a constant concern. This concern resulted in activities that promoted continuous improvement in the quality of care and the development of professional learning, using the most recent scientific evidence to obtain new, current and relevant knowledge.

In this context, in the pre-hospital stage, there was a need to carry out a literature review with the aim of knowing the opinion of nurses and family members about the presence of family members during the resuscitation of a critically ill patient. The results aimed to raise awareness among nurses about this topic and reflect on international studies on family presence during cardiopulmonary resuscitation from the perspective of family members and nurses themselves.

To raise awareness and sensitize the nursing team in the multipurpose intensive care unit, a literature review was used to determine the benefit of family involvement in preventing delirium. It was found that family participation in delirium prevention activities had positive effects in reducing the prevalence of delirium.

The critical reflective analysis throughout this work exposes how the skills were achieved in the different internship contexts through the general and specific objectives previously defined. Analyzes the path taken to develop and acquire new skills achieved in different care contexts.

Finally, reflecting on my practice allowed me to develop skills for continuous improvement in the quality and resolution of practice problems with the main objective of providing excellent specialized nursing care, basing my practice on the most current scientific evidence.

Palavras-Chave: Family; Skills; Person in Critical Situation; Specialist Nurse.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Vasco Neves pelo acompanhamento, disponibilidade, orientação, apoio e suporte que foi fundamental ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Especialistas que me orientaram nos contextos de estágio, pela partilha de conhecimentos e disponibilidade.

Às minhas amigas e colegas de trabalho pelo apoio, motivação e incentivo nas fases mais difíceis.

Por fim, à minha família, aos meus pais e irmão, por estarem sempre presentes.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BIS- Índice Bispetral

BPS- Behavioral Pain Scale

CAM-ICU- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CCIRA- Comissão de Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

CODU- Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CPOT- Critical-Care Pain Observation Tool

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção Geral da Saúde

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICDSC- Intensive Care Delirium Screening Checklist

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

LA- Linha Arterial

PBCI- Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR- Paragem cardiorrespiratória

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

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV- Suporte Imediato de Vida

SU- Serviço de Urgência

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TEPH- Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UMIPE- Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT- Via Verde do Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIAS	13
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	21
2.1. Contexto Pré-Hospitalar.....	21
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	23
3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ..	27
3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	28
3.2. Melhoria contínua da qualidade.....	31
3.3. Gestão dos cuidados	36
3.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
3.5. A pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica.....	51
CONCLUSÃO	59
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE I- As necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência.....	73
Apêndice II- Revisão da Literatura: A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspectiva dos enfermeiros e familiares.....	99
Apêndice III- Revisão da literatura sobre: O envolvimento da família na prevenção do <i>delirium</i> numa unidade de cuidados intensivos.....	146

INTRODUÇÃO

No âmbito da 16ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi solicitado a elaboração de um relatório de estágio inserido na unidade curricular: “Estágio Final e Relatório”, dividida em dois contextos de estágio, com uma duração total de 400 horas de contacto, das quais 360 horas de estágio, 20 horas de Seminário, 20 horas de Orientação tutorial e 440 horas de trabalho individual. Desenvolveu-se de 04/09/2023 a 16/12/2023.

Este relatório pretende fazer uma análise crítica-reflexiva sobre as atividades realizadas durante os estágios bem como expor todo o processo que levou à concretização das mesmas. Acima de tudo, descrever o caminho percorrido para a aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências, recorrendo à respetiva fundamentação teórica, baseada na evidência científica.

Os cuidados de enfermagem assumem cada vez mais uma maior importância e exigência tanto técnica como científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade para os profissionais de saúde. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece essas competências científica, técnicas e humanas na prestação cuidados de enfermagem especializados. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que os profissionais partilhem um conjunto de competências comuns na prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2019c).

Este relatório de estágio apresenta como objetivos a descrição e análise do processo de aprendizagem, quer no âmbito da Enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas, analisar de forma crítica o processo de concretização dos objetivos de aprendizagem definidos no projeto de estágio bem como, realizar uma reflexão sobre a prática baseada na evidência científica.

Este percurso de componente prática de aquisição de competências iniciou-se, ainda no primeiro ano, integrada na Unidade Curricular: “A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica” que foi realizada no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um hospital da região norte entre 15/05/2023 a 08/07/2023 com uma carga horária de 336 horas, das quais 180 horas foram de estágio.

O segundo ano, correspondeu à unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, dividida em dois contextos de estágio, com uma duração total de 400 horas de contacto, das quais 360 horas de estágio, 20 horas de Seminário, 20 horas de Orientação tutorial e 440 horas de trabalho individual. Desenvolveu-se de 04/09/2023 a 16/12/2023. O primeiro contexto de estágio decorreu no pré-hospitalar entre 04/09/2023 a 24/10/2023 e o segundo decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital da zona Norte entre 25/10/2023 a 16/12/2023.

O ingresso no Mestrado em Enfermagem surge pelo facto de considerar importante complementar os cuidados gerais de enfermagem com cuidados especializados, aprofundar conhecimentos, adquirir e desenvolver competências para que se possa refletir numa melhoria da minha prática, mais especializada com qualidade e excelência.

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, integrando-se em projetos de formação e de investigação no sentido de atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Diário da República, 2018).

A escolha do estágio do pré-hospitalar prende-se com o facto de ser um contexto complexo que me suscita curiosidade em compreender a forma como se organizam os meios na assistência ao doente crítico num ambiente não controlado. Por considerar um contexto complexo parece ser uma ótima oportunidade para explorar as diversas situações de emergência no contexto da rua e do próprio domicílio do doente no pré-hospitalar. Pelo que se considera ser uma excelente opção para consolidar e obter conhecimento novo.

A escolha do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes surge pelo facto de considerar um local diferenciado com várias oportunidades de aprendizagem na assistência à pessoa em situação crítica e família que está dependente de suporte vital orgânico. Era uma área desconhecida que me suscitava interesse, sendo um ambiente controlado e com o envolvimento de vários equipamentos diferenciados e tecnologia de assistência ao doente crítico.

Ao longo deste percurso foi uma preocupação prestar cuidados especializados ao doente crítico, mas também à família e envolver a família na assistência ao doente crítico. Isto por

considerar que o alvo dos cuidados de enfermagem são não só a pessoa, mas a família e os cuidadores. A família parece assumir-se como parceira no cuidar e requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença (Rodrigues, 2013).

A relação terapêutica que existe no exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria com o cliente. No entanto, existem várias circunstâncias em que se deve envolver as pessoas significativas para o cliente como a família ou convivente significativo (Ordem do Enfermeiros, 2001).

Na elaboração deste relatório foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, fundamentada com a pesquisa bibliográfica. A nível de organização e estrutura e de forma a facilitar uma boa compreensão e leitura o primeiro capítulo descreve o desenvolvimento das competências prévias adquiridas no estágio realizado no 1ºano. Segue-se da descrição dos dois contextos de estágio, no pré-hospitalar e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

O segundo capítulo é dedicado à reflexão crítica das atividades realizadas, competências desenvolvidas e adquiridas bem como oportunidades e obstáculos encontrados, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Por fim, termina com a conclusão, que visa fazer uma análise transversal do relatório, bem como uma síntese e análise crítica do mesmo, as referências bibliográficas e os apêndices posteriormente.

Para a concretização deste relatório adotou-se a American Psychological Association (7ª edição), bem como as recomendações da Universidade Católica Portuguesa.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIAS

O percurso de aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área à Pessoa em Situação Crítica (PSC), iniciou-se primeiramente com uma componente teórica no 1º ano e uma componente prática posteriormente. Esta última, foi realizada num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de um hospital da região norte entre 15/05/2023 a 08/07/2023 com uma carga horária de 180h de prática clínica.

A experiência profissional de cerca de seis anos em contextos diversificados, nomeadamente, a área dos cuidados continuados, a área de pediatria oncológica, serviço de urgência médico-cirúrgica e, mais recentemente num serviço de medicina interna permitiu-me perceber que a abordagem ao doente crítico era de facto uma área de eleição. A área do doente crítico em contexto de serviço de urgência e sala de emergência foi uma área que me despertou interesse e a qual gostaria de desenvolver competências especializadas nesta área do doente crítico.

A área de urgência e emergência motiva e desperta-me diariamente muito interesse pelo facto de exigir intervenções num curto espaço de tempo ou intervenções em situações de risco de vida imediato. Neste estágio consegui explorar e adquirir novas formas de trabalho numa outra equipa, novos conhecimentos e, acima de tudo, novas competências para uma prestação de cuidados especializados e com qualidade.

O serviço de urgência é considerado um serviço de ação médica hospitalar, sendo multidisciplinar, e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência. Assim, consideram-se situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002)

Ao longo do estágio foi possível perceber que a PSC pode agravar ou mostrar sinais de sinais de instabilidade a qualquer instante. É essencial a vigilância e monitorização por parte dos enfermeiros, pois a deteção precoce é importante para otimizar uma resposta precoce à PSC. Consegui perceber as competências Específicas do EEEMC e aplicá-las na prática através da prevenção de complicações, reconhecer a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa e atuar de forma rápida e eficaz em situações decorrentes de processos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa (Diário da República, 2018).

Uma das atividades que me propus a desenvolver foi gerir as prioridades de intervenção na pessoa em situação crítica. Neste sentido, efetuei turnos no posto de triagem de forma a ter mais contato com o fluxograma da Triagem de Manchester. Este sistema fornece não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Apresenta-se como uma lista de 50 fluxogramas baseadas nas queixas de apresentação, que abrangem todas as situações apresentadas nos serviços de urgência, bem como, dois fluxogramas para lidar com uma situação de catástrofe. Existem tempos alvo previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester: emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; pouco urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min) (Grupo Português de Triagem, 2021).

É importante que o profissional de triagem tenha experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, bem como capacidade para comunicar com o doente e família (Grupo Português de Triagem, 2021). Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar alguns turnos na triagem. Com toda a certeza que é uma área de grande responsabilidade, sendo que a avaliação primária vai ditar todo o percurso do doente e os tempos de espera até serem atendidos por um médico. Os elevados tempos de espera por sobrelotação de doentes na urgência leva à necessidade de o enfermeiro retriagem o doente.

Neste contexto de estágio pude observar a sobrelotação de utentes e o baixo rácio de enfermeiros nessas situações. Os profissionais de saúde não conseguiam visualizar todos os utentes que demonstravam sinais de agravamento do estado ou instabilidade pela sobrelotação de utentes.

As consequências da superlotação de doentes afetam, entre outros, o tempo de atendimento dos pacientes, além de dificultar aos profissionais de saúde o exercício de suas atividades (Silva *et al.*, 2020).

Toda esta situação levou-me a desenvolver competências e aplicar atividades que me propus a realizar como a gestão de prioridades e gestão de cuidados de intervenção na pessoa em situação crítica. Sobretudo fazer uma gestão eficiente dos recursos disponíveis junto do tutor e acima de tudo ir mobilizando enfermeiros de áreas com menos sobrelotação para as áreas que necessitavam de um apoio maior de enfermagem. Tudo isto resultou numa melhor organização e gestão do serviço face aos recursos existentes. Consegui desenvolver

competências no sentido de adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações.

O acumular de macas no corredor ou mesmo nas salas próprias, apesar de existirem cortinas no espaço ou biombos, estes eram insuficientes para garantir a segurança do doente na área da prevenção e controlo de infeção. Porém, implementei estratégias de modo a promover a segurança do doente, dentro destas circunstâncias, como por exemplo uma adequada higienização das mãos e utilizei equipamentos de proteção individual.

Importa ressaltar a importância das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, estas destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não e, aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso. Destacam-se as que coloquei em prática como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória e a utilização de equipamento de proteção individual. Estas precauções garantem a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, daí a importância de as considerar na minha prática (DGS, 2013)

Ainda no âmbito da gestão, realizei turnos com o tutor, como enfermeiro coordenador no serviço de urgência (SU). Assim pude conhecer estratégias de gestão desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista na vertente de coordenador. Essencialmente pretende-se fazer uma gestão no sentido de promover ambientes seguros, identificando e gerindo riscos. O enfermeiro fazia a gestão dos doentes que iriam para o internamento, fazendo contacto telefónico com os serviços de internamento e, agilizando o mais precoce possível a transferência do doente, no sentido de evitar a sobrelotação de doentes no SU.

O enfermeiro coordenador deslocava-se a todas as áreas do SU no sentido de planear, organizar e avaliar os cuidados de enfermagem. Com esta experiência consegui perceber que o enfermeiro especialista tem a competência para gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Apresenta um papel extremamente importante para garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

Outra competência que considero ter desenvolvido foi relativamente à dor. Desenvolvi competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica. Para tal, também recorri à evidencia científica e à pesquisa bibliográfica.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem que, contribui para a humanização dos cuidados de saúde. A Direção Geral da Saúde instituiu através da Circular nº9, a dor como o 5º sinal vital. A norma refere que a avaliação e registo da intensidade da dor deverá ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente. Assim, considera-se boa prática o registo da intensidade da dor, a utilização de escalas para mensuração da intensidade da dor e a incluir na folha de registo dos sinais vitais um espaço próprio para registar a intensidade da dor. Importa, assim, que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante na abordagem ao doente (Direção Geral de Saúde, 2003).

Considero ter adquirido competências no âmbito da intervenção na gestão da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas. Num estudo de Hamalainen *et al.* (2021) de um modo geral, os doentes consideraram que os enfermeiros trataram adequadamente a sua dor aguda. No entanto, cerca de 37% dos doentes referiram não ter recebido informação suficiente sobre a medicação para a dor. O controlo não farmacológico da dor foi feito principalmente com cuidados posturais e terapia com gelo. Os doentes referiram que ouvir música e conversar com os enfermeiros reduzia a sua dor aguda e que o profissionalismo dos enfermeiros tinha um efeito positivo no controlo da dor.

Durante este estágio, em muitas das situações de urgência/emergência, os doentes e os familiares procuravam os enfermeiros para referirem que tinham dor. Procurei sempre avaliar a presença e a intensidade da dor e proceder ao alívio da mesma, sabendo a importância do controlo da dor para melhorar a qualidade de vida do doente.

Com base nas competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, considero que adquiri competências no sentido de desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Propus-me a avaliar a qualidade das práticas clínicas e integrei e colaborei numa auditoria clínica. Com o intuito de cumprir o objetivo específico previamente traçado de desenvolver competências na área da prevenção e do controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica. Assim, procurei saber quem era o elo de ligação do Programa de Prevenção e

Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do SU e dirigi-me à enfermeira para propor a minha participação numa auditoria.

Neste hospital, no SU utilizam uma ferramenta própria que é o programa “Hepic-Hospital Epidimologic Control”, um sistema de informação para a monitorização dos processos de vigilância e controlo epidemiológicos de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). É utilizado para o registo e observação dos feixes de intervenção. Os feixes de intervenção sujeitos a auditoria são dois neste serviço de urgência. São eles os relacionados com a prevenção de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central, avalia-se a sua colocação e a manutenção. Segundo a Norma Clínica 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 pela DGS, para este feixe devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos trimestralmente. O segundo feixe é prevenção de infeção associado ao cateter urinário, avalia-se a colocação e a sua manutenção.

Ainda sobre o controlo de infeção colaborei na colocação do Cateter Venoso Central (CVC) e Linha Arterial (LA) na sala de emergência. Dois procedimentos em que se cumpriam com os cuidados preconizados pela DGS. No doente a ser submetido a CVC, no momento da colocação deste dispositivo, eram de facto implementadas de forma integrada as cinco intervenções preconizadas pela DGS relativamente ao Feixe de Intervenção para a Prevenção da Infeção Relacionada com o CVC , sendo eles: garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC; realizar higiene das mãos; usar barreira de proteção máxima; realizar antisepsia da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool e evitar acesso femoral. Torna-se de extrema importância o cumprimento de forma integral deste feixe, considerando a Norma Clínica 022/2015 pela DGS, o cumprimento integral dos elementos do feixe de intervenção alargado aos hospitais portugueses, estima-se uma redução da taxa de infeções da corrente sanguínea relacionadas com o CVC, em cerca de 30%, no período compreendido entre 2022-2025 (DGS, 2015a).

Ao longo deste percurso a família foi sempre um foco dos meus cuidados. Relativamente à família da pessoa em situação crítica, Galinha de Sá *et al.* (2015) refere no seu estudo que os enfermeiros experienciam dificuldades para cuidar da família da pessoa em situação crítica. Estas dificuldades, por norma, parecem estar relacionadas, entre outras, à falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio de se aproximar emocionalmente, à priorização constante dos cuidados ao utente em detrimento da família, à reduzida formação e ao desconhecimento das necessidades da família.

O facto de ter trabalhado, no meu percurso profissional, num serviço de urgência e ter realizado estágio pude perceber que cuidar da família neste contexto é desafiante, principalmente pelas particularidades e desafios que surgem inesperadamente. Verifiquei que, dada a elevada afluência de pessoas no SU e a carga de trabalho associada, por vezes não estão reunidas as condições para fornecer a atenção devida aos familiares da PSC, que também constituem um alvo de atenção por parte dos enfermeiros.

Com o intuito de satisfazer alguma necessidade do serviço e demonstrar as competências do EEEMC e que permitisse aos enfermeiros do SU basear a prática clínica na evidência científica, realizei uma pesquisa bibliográfica estruturada em bases científicas sobre as necessidades da família da pessoa em situação crítica e obtive conhecimentos relevantes. Esta pesquisa encontra-se no Apêndice I.

Esta pesquisa tinha como objetivo sensibilizar os enfermeiros do serviço de urgência a melhor compreenderem as necessidades da família e a desenvolverem estratégias visando a sua satisfação. Ao satisfazerem as necessidades da família, os enfermeiros poderão ter um papel relevante junto dos familiares da pessoa em situação crítica, contribuindo para a diminuição do stress e da ansiedade da família num serviço de urgência.

Foi possível concluir que os membros da família referiram que as necessidades de comunicação eram as mais importantes para eles, seguidas das necessidades relacionadas com a participação nos cuidados no SU (Hsiao *et al.*, 2016).

No estudo de Jorge e Madureira (2020), as necessidades consideradas como mais significativas pela família também foram as categorias de necessidades de segurança e informação. Os resultados das análises dos estudos destacam que a família identifica a necessidade de segurança e a necessidade de informação como as necessidades de alta prioridade, sendo que a necessidade de segurança está relacionada com o acesso à informação. As necessidades de segurança e informação incluíram: ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis, ser atualizado frequentemente; conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar, falar com um enfermeiro, entre outros. Foram referidos o uso de respostas honestas e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informações.

No estudo de Galinha de Sá *et al.* (2015), referem que os enfermeiros experienciam dificuldades para cuidar da família da pessoa em situação crítica e sintetizaram as principais

estratégias utilizadas pelos enfermeiros na interação com a família como: promover a presença tendo flexibilidade no horário de visitas; comunicar eficazmente; apoiar no luto e participar no cuidado, por exemplo, ao incluir a família no plano de cuidados.

Por outro lado, percebeu-se que os enfermeiros reconhecem que existe uma necessidade de melhorar a sua comunicação e afirmam falta de confiança e experiência na comunicação com familiares (Jin *et al.*, 2022).

Neste sentido, os enfermeiros referem existir obstáculos que interferem na interação do enfermeiro com a família, salienta-se a falta de tempo (reduzido rácio enfermeiro/doente); ausência de recursos físicos (sala para reunir com a família); receio de aproximação emocional ao sofrimento da família (mecanismo de coping); priorização dos cuidados à pessoa em situação crítica; reduzida formação na área e desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica (Galinha de Sá *et al.*, 2015).

Com todos estes resultados encontrados na pesquisa bibliográfica, foi possível constatar que as necessidades de informação e comunicação são evidenciadas nos estudos analisados. Neste sentido de forma a deixar um contributo para o serviço e contribuir para colmatar as necessidades da família surgiu a oportunidade de desenvolver um panfleto para as famílias, tendo por base um conjunto de necessidades de informação identificadas e sistematizadas em conjunto com o Enfermeiro Tutor, de acordo com contexto do serviço de urgência médico-cirúrgica do hospital onde foi realizado o estágio. Este panfleto assume-se como algo útil e é uma forma de informar e comunicar com a família da pessoa que se dirige ao serviço de urgência. O mesmo panfleto é apresentado no Apêndice I, bem como a sua contextualização e a apresentação em power point à equipa.

Assim considero que atingi um dos objetivos que inicialmente tracei que foi desenvolver competências relacionais e comunicacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à respetiva família. Compreendendo e conhecendo as necessidades da família do doente crítico consegue-se estabelecer relação terapêutica adequada com a pessoa e família alvo dos cuidados de enfermagem, sendo esta uma competência adquirida como futura especialista.

Neste início de percurso, desenvolvi sempre uma prática de cuidados com responsabilidade profissional, ética e legal. Desenvolvi a minha prática de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional presentes no Código Deontológico do

Enfermeiro. Isso traduziu-se essencialmente numa prática de cuidados em que respeitei os direitos dos utentes e familiares no acesso à informação bem como a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral. Respeitei o direito do utente à privacidade mesmo nem sempre tendo as melhores condições num serviço de urgência com sobrelotação de doentes.

Este percurso de estágio realizado no SU foi um início importante para o desenvolvimento e aquisição de competências. Além de ter um primeiro contacto com o doente crítico fui desenvolvendo capacidades relativas à pesquisa em bases de dados científicas e recorrendo à mais recente evidência e de certa forma aplicá-la na prática, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados e desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo.

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A unidade curricular “Estágio Final e Relatório” é dividida em dois contextos de estágio, com uma duração total de 400 horas de contacto, das quais 360 horas de estágio, 20 horas de Seminário, 20 horas de Orientação tutorial e 440 horas de trabalho Individual. Desenvolveu-se de 04/09/2023 a 16/12/2023.

O primeiro contexto de estágio decorreu no pré-hospitalar entre 04/09/2023 a 24/10/2023 e o segundo decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) de um Hospital da zona Norte entre 25/10/2023 a 16/12/2023.

Neste capítulo pretende-se realizar uma descrição específica do serviço, da equipa e a sua organização em ambos os contextos.

2.1. Contexto Pré-Hospitalar

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) assume-se como um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção dos vários componentes do sistema de saúde nacional. A sua atividade é relacionada com o socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a referenciação do doente. O SIEM tem como símbolo a ‘Estrela da Vida’. A cada ponta da estrela corresponde uma fase do SIEM, sendo elas: a deteção, alerta, pré-socorro, socorro, transporte e tratamento na unidade de saúde (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento no território de Portugal Continental do SIEM. Isto inclui a prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM. São intervenientes do SIEM o público, operadores das centrais de emergência 112, técnicos dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), agentes da autoridade, bombeiros, tripulantes e técnicos de ambulância de emergência, médicos e enfermeiros, pessoal técnico hospitalar e pessoal técnico de telecomunicações e de informática. O INEM, através do Número Europeu de Emergência - 112, dispõe de vários meios para responder às emergências médicas (INEM, 2013).

O INEM possui o apoio da unidade móvel de intervenção psicológica de emergência (UMIPE), este é um veículo de intervenção concebido para transportar um psicólogo do INEM para junto de quem necessita de apoio psicológico. Atuam na dependência direta dos CODU, tendo por base as Delegações Regionais.

A nível histórico o socorro pré-hospitalar em Portugal inicia-se em 1965, tendo começado com a implantação do número nacional de socorro 115 (atualmente 112), que, primeiramente, era utilizado para vítimas de acidentes em Lisboa. Neste período, as ambulâncias eram tripuladas por polícias que transportavam as vítimas para o hospital. Nos anos seguintes, este serviço estendeu-se ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro (INEM, 2013).

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) deste local de estágio iniciou a sua atividade no ano de 2009. O seu acionamento é sempre da responsabilidade do CODU do Porto e a sua área de intervenção é a mesma da área de influência das duas Unidades Hospitalares que constituem o Centro Hospitalar. No entanto, esta VMER, tal como qualquer outra, pode ser acionada para desenvolver a sua atividade em zonas fora da sua área de intervenção habitual.

Relativamente à ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), onde foi realizado o estágio, encontra-se sediada num serviço de urgência básico e a VMER num serviço de urgência médico-cirúrgica, ambos pertencem ao mesmo centro hospitalar, mas em polos hospitalares diferentes. Relativamente às ambulâncias SIV e segundo o INEM (2013), constituem um meio de socorro em que o enfermeiro pode administrar fármacos e realizar atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. São tripuladas por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e um Enfermeiro do INEM, devidamente habilitados. Estas ambulâncias têm como objetivos principais a estabilização pré-hospitalar do doente e o devido acompanhamento em situações de emergência bem como, o transporte do doente crítico inter-hospitalar.

A equipa é constituída por médicos, de várias especialidades, internos e externos à Instituição, e Enfermeiros dos vários serviços do Hospital. Cada turno é assegurado sempre por um médico e um enfermeiro. Percebeu-se durante este estágio que o Enfermeiro assume a condução da viatura e o Médico realiza a gestão das comunicações. No entanto, existe partilha de atividades. Neste hospital, a VMER tem anualmente um Plano de Formação, e providencia treinos periódicos de Suporte Avançado de Vida e de Técnicas de Trauma. No

que respeita ao material, esta viatura encontra-se equipada com vários materiais de acordo protocolados com o INEM, de forma a garantir a uniformização dos diversos meios.

Relativamente às rotinas do serviço e forma a haver uma maior organização e cumprimento existem dois documentos designados de plano mensal e plano semanal. Nestes dois planos estão descritas as atividades e responsabilidades de cada equipa e em cada turno para o respetivo dia do respetivo mês.

A ambulância de SIV encontra-se equipada com a carga de uma ambulância de SBV, no entanto possui também um monitor-desfibrilhador e material de SAV. Este equipamento permite a transmissão online de eletrocardiograma e sinais vitais diretamente para o CODU. Em ambos os meios, os turnos são em horário rotativo compreendidos entre manhãs, tardes e noites. Relativamente às rotinas do serviço na SIV também aqui existem dois documentos designados de plano mensal e plano semanal. Na SIV, no início de cada turno o enfermeiro fazia o Login na plataforma e de seguida procedia à checklist da viatura, dos equipamentos e material e preenchimento dos respetivos registos. Ao fim do turno, registam as atividades SIV (na base de dados) e passam alguma informação relevante ao próximo colega.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. Esta área tem como objetivo suportar e recuperar funções vitais, de forma a tratar a doença e proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade futuramente (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003).

As unidades de cuidados intensivos são locais qualificados que assumem responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. O internamento em Unidades de Cuidados Intensivos é por norma um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida. Quanto à sua classificação existem três níveis de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Este estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) nível III que correspondem a unidades com equipas de assistência médica qualificada, que pressupõem o acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e

medidas de controlo contínuo de qualidade. São capazes de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais ao doente (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003).

As camas de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, nesse sentido, necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva *et al.*, 2016).

A UCIP onde tive oportunidade de realizar estágio tem capacidade para 10 doentes, compondo-se com 10 unidades, sendo que três dessas unidades são em quartos, que podem ser de isolamento com capacidade para efetuar pressão negativa e positiva.

A equipa é multidisciplinar e é composta por uma médica diretora de serviço, médicos intensivistas, enfermeira chefe, enfermeiros generalistas, Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-cirúrgica, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e assistentes operacionais. O horário das visitas era entre as 11h e 19h.

Para aceder à UCIP os profissionais têm que digitar um código na porta, isto para que não haja entrada de pessoas estranhas ao serviço. Após entrada no serviço apresenta-se uma sala de espera, uma sala de reuniões/sala de reuniões familiares, 1 copa para os profissionais e um armazém de material.

A sala de enfermagem contempla dois computadores e uma sala de apoio para preparação de medicação. Apresenta também um computador dedicado à transmissão das monitorizações de todos os doentes.

Esta unidade é open space, o que permite uma vigilância dos utentes de forma global. Para que a privacidade e intimidade do doente seja assegurada, nos cuidados de higiene, posicionamentos ou outro tipo de tratamentos é colocado biombos de proteção. Apesar de open space, cada unidade é vista como um isolamento de contacto, sempre que se entra em contacto com o utente utilizam-se medidas de isolamento de contacto, como forma de prevenção de infeções cruzadas.

Durante todo o estágio foi assegurada sempre a intimidade e privacidade da pessoa, tendo sempre presente a Lei de Bases da saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, referente aos direitos e deveres das pessoas. Todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (Diário da República, 2019a).

Os serviços de medicina intensiva são responsáveis pelo doente crítico e assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes, nomeadamente critérios de admissão e alta, planeamento e hierarquização de tratamentos bem como definição de limites éticos com a participação do doente e família na definição da estratégia terapêutica (Paiva *et al.*, 2016).

A UCIP, deste local de estágio, é um serviço que dispõe de vários equipamentos. Cada unidade é equipada com equipamentos tecnológicos, ventiladores, monitores de avaliação de parâmetros vitais, equipamentos de técnicas de substituição renal, seringas e máquinas perfusoras, sistemas de aspiração, entre outros. Cada unidade dispõe ainda de um computador para a realização de registos junto do doente. Maioritariamente as camas permitiam pesar a PSC e todas elas tinham um colchão de pressão alternada.

Este serviço apresenta um rácio enfermeiro/doente de 1:2. Com base na norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 233, recomendam-se os rácios mínimos de 1:1 em camas de nível III. Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se rácios enfermeiro/cliente de acordo com a tipologia de unidade de cuidados intensivos e da sua necessidade clínica.

Na constituição das equipas das unidades de cuidados intensivos, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo esta regra ser assegurada em cada turno (Diário da República, 2019b).

O serviço de medicina intensiva, deste local de estágio, desde à alguns anos passou a integrar num único serviço, nomeadamente UCIP e a Unidade Intermédia Polivalente. As unidades são fisicamente distantes com duas equipas de enfermagem distintas com o mesmo enfermeiro gestor. A equipa de enfermagem da UCIP é constituída por 32 enfermeiros.

Os registos clínicos são realizados na plataforma informática B-ICU Care que, para além de permitir a realização de registos por parte do enfermeiro ou médico, os valores das monitorizações de todos os doentes bem como os parâmetros do ventilador eram transferidos de forma automática e em tempo real para a plataforma informática B-ICU Care. Sendo uma

plataforma desconhecida surgiram algumas dificuldades na sua manipulação, que foi sendo ultrapassada ao longo do estágio.

Esta unidade disponha ainda de um carro de emergência, um carro da via aérea, um carro com material de penso bem como um carro com diversos materiais para realizar procedimentos invasivos sejam eles colocação de cateteres centrais, linhas arteriais, traqueostomias entre outros. Também disponha de uma máquina de gasometria que ao utilizar os dados do doente estes transferiam-se automaticamente para a plataforma informática correspondente ao doente que se estava a avaliar.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se efetuar uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas que contribuíram para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e implicações que o estágio gerou na minha prática profissional. Encontra-se organizado em subcapítulos em que incluem relato das atividades e respetiva fundamentação, análise crítica de situações problema e estratégias de solução. Estes subcapítulos foram elaborados e desenvolvidos mediante as competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Foram propostas e realizadas atividades de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito dos 4 domínios sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019c).

No entanto, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica foram tidos em conta na elaboração deste momento crítico-reflexivo. Estes têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa e exigem a conceção e implementação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias. Tudo isto, com o objetivo da recuperação do doente que se encontra perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República, 2018).

Por fim, destacam-se, também as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica às quais também foram norteadores na elaboração deste capítulo. Sendo elas: cuida da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2018).

3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Durante os estágios propus-me desenvolver competências para uma prestação de cuidados com base no respeito pela dignidade humana e atendendo às responsabilidades profissionais. Segundo o Artigo 107 do Código Deontológico do Enfermeiro, sobre o Respeito pela Intimidade, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa, protegê-la bem como salvaguardar a privacidade e a intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No entanto no contexto do pré-hospitalar deparei-me com situações difíceis de gerir. As vítimas, a maior parte das vezes, estão na rua ou no domicílio e, nas ocorrências, era difícil salvaguardar a intimidade da pessoa porque os populares aproximam-se de imediato do local para observar. No sentido de antecipar potenciais riscos e garantir a segurança e a dignidade da pessoa recorria-se à ajuda das forças de autoridade policial que se deslocavam ao local.

Numa das ocorrências, uma vítima de tentativa de suicídio através de enforcamento no domicílio, existiram muitas dificuldades na extração da vítima para a ambulância devido à estrutura física da habitação. Enquanto se transportava a PSC para a ambulância existiam vários vizinhos a observar e a questionar a situação, no entanto mantive sempre uma postura de sigilo. Também no artigo 106 do Código Deontológico do Enfermeiro sobre o dever do sigilo o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional assumindo o dever de, entre outros, considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família. No artigo 110 do Código Deontológico do Enfermeiro sobre a humanização de cuidados, sendo o enfermeiro responsável por essa humanização assume o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Base 2 da Lei de Bases da Saúde nº 95/2019 é referente aos direitos e deveres das pessoas e nela consta que todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (Diário da República, 2019a). Como futura enfermeira especialista procurei sempre desenvolver a minha prática assente no respeito e proteção da vida humana e dos seus direitos, cuidar do outro e respeitá-lo independentemente do contexto e das circunstâncias bem como cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão. Tudo isto, adquirindo e desenvolvendo competências como futura enfermeira mestre e especialista de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No decorrer do estágio também me deparei com algumas situações de paragem cardiorrespiratória em que não foram bem-sucedidas e o médico ponderava a hipótese de suspender a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), no entanto essa decisão era sempre discutida com toda a equipa de profissionais que estava presente. Se a equipa estivesse toda de acordo é que de facto se paravam as manobras de RCP. Pessoalmente, enquanto aluna também participei nas decisões da equipa multidisciplinar com base nos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo sido esta uma atividade a que me tinha proposto inicialmente.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do EEEMC o foco do enfermeiro não é apenas a pessoa em situação crítica, mas também a família. O cuidado à família da pessoa em situação crítica é enfatizado nestas competências. O EEEMC *“cuida da pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica* (Diário da República, 2018 p.19360).

Durante este estágio, procurei sempre englobar a família no processo de tomada de decisão pois foi uma das atividades que me propus a desenvolver. A título de exemplo, numa ocorrência de uma situação de paragem cardiorrespiratória, de um feminino de 80 anos, após 30 minutos de manobras e administração de drogas a vítima apresentava sempre assistolia e decidiu-se suspender as manobras. Esta suspensão de manobras foi decidida com base na concordância de toda a equipa presente inclusive corporação de bombeiros. Como a neta (adulta) estava presente também foi questionada sobre esta decisão à qual concordou. Assim considero que se estabeleceu uma relação terapêutica com família que foi uma das competências específicas que esperava desenvolver e concretizou-se.

A relação terapêutica no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente. Esta parceria deve ser estabelecida também envolvendo as pessoas significativas para o cliente como a família ou convivente significativo (OE, 2001).

Os enfermeiros no exercício da sua profissão são diariamente confrontados com a necessidade de fazer escolhas morais. Neste sentido, lidar com problemas éticos requer sensibilidade moral, informação e sobretudo um compromisso pessoal para fazer o que está certo. Nenhuma ação de enfermagem é livre de risco ou consequência moral. Qualquer ato pode afetar o bem-estar e o interesse moral do outro (Vieira, 2017). A caminho da base ou

no fim de cada ocorrência existia momentos de reflexão e partilha entre a equipa, entre enfermeiros, médicos e TEPH. Considero que estes momentos de partilha são importantes, reflete-se sobre o que foi insuficiente e o que poderia ter sido feito de outra forma, desenvolvendo o pensamento crítico. Também Bohström *et al.* (2017) nos resultados do seu estudo, os participantes (enfermeiros tripulantes de ambulâncias) perceberam que as discussões com os colegas reduziam o stress, especialmente quando essas discussões eram organizadas imediatamente após um evento ou ocorrência geradora de stress.

No contexto da UCIP, o doente crítico maioritariamente está sedado e incapaz de tomar decisões relativas à sua saúde. A autonomia, dignidade e privacidade da pessoa são princípios aos quais cabe ao enfermeiro salvaguardar protegendo os direitos humanos. Neste sentido, procurei que as minhas intervenções fossem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana como é referido no código deontológico do enfermeiro, no Artigo 99 sobre os princípios gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, procurei realizar um esforço acrescido nestas situações do doente crítico na UCIP, através de cuidados com a privacidade e individualidade do doente. Como por exemplo, a utilização de cortinas e biombos em qualquer procedimento invasivo ou aquando dos cuidados de higiene, bem como o cuidado de vestir e ou cobrir o doente com uma bata. Tudo isto, permitiu-me desenvolver uma prática privilegiando um cuidado humanizado com respeito pela privacidade, individualidade e dignidade de cada doente. No Artigo 107, do Código Deontológico Do Enfermeiro, no respeito pela intimidade e, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de salvaguardar sempre, no exercício das suas funções a privacidade e a intimidade da pessoa (OE, 2015).

Por toda esta descrição das atividades desenvolvidas nos estágios considero que consegui desenvolver competências no âmbito da tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, garantindo práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Procurei manter sempre uma conduta profissional adequada com a preocupação de proteger e respeitar o doente bem como a sua família, respeitando a sua dignidade.

3.2. Melhoria contínua da qualidade

Um dos objetivos gerais traçados no projeto de estágio foi na área da prevenção e controlo de infeção. Acima de tudo, maximizar a intervenção na prevenção e no controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica. Tudo isto foi traçado tendo em mente o domínio da melhoria continua da qualidade e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

O Enfermeiro Especialista deve ser um elemento crucial potenciador de aplicação das orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Diário da República, 2022). Assim, procurei que todas as minhas ações fossem acompanhadas pelas boas práticas promovidas pelo PPCIRA e Direção Geral de Saúde.

Os objetivos gerais do PPCIRA são a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (Diário da República, 2022).

Relativamente às Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, aquando da prestação de cuidados. As PBCI e nomeadamente a higiene das mãos apresentam um papel significativo na segurança dos utentes e dos profissionais de saúde. No entanto, as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos e, conseqüentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, MRSA, *Acinetobacter multirresistente*, entre outros), estão indicadas medidas adicionais baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às precauções básicas, mas não as substituem (DGS, 2013).

Relativamente ao contexto do pré-hospitalar, em 2014, o INEM criou a primeira Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA). A CCIRA tem vindo a desenvolver várias atividades nesta área dos quais se destacam algumas, tais como:

elaboração de plano de ação; revisão de Manual de Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos; parecer sobre Plano de higienização dos meios; acompanhamento de profissionais que efetuaram transporte de doenças transmissíveis; emissão de comunicados sobre doenças transmissíveis; elaboração de conteúdos de formação; elaboração de flashes informativos e formação a profissionais de saúde sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e PBCI (INEM, 2020).

Como futura enfermeira especialista, tentei que a minha prática fosse baseada na prevenção e controlo de infeção promovendo um ambiente seguro diminuindo o risco de incidentes quer para nós profissionais quer para o doente. Em cada saída em ambos os meios (SIV e VMER) os equipamentos utilizados eram sempre desinfetados. Foi possível presenciar que a prestação de cuidados no pré-hospitalar é feita em ambientes pouco controlados ou em locais com más condições. Constatei também que o facto de a maior parte das vezes não existir qualquer informação sobre a história clínica da vítima como por exemplo doenças infetocontagiosas aumenta o risco para os profissionais. Portanto, os profissionais de saúde do pré-hospitalar parecem estar submetidos a um grande risco de infeção.

Neste sentido, considero importante implementar diariamente as medidas de proteção para diminuir o risco de infeção. Pessoalmente, em todas as saídas usava os equipamentos de proteção individual adequados a cada contexto de forma a proteger e minimizar o risco para o doente e para mim enquanto profissional de saúde, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.

A gestão do risco de infeção no pré-hospitalar é diferente da que acontece dentro de uma instituição de saúde. No pré-hospitalar existe, entre outras, a incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências, ausência de informação sobre o estado infeccioso do doente, a realização de procedimentos invasivos em ambiente de rua e domicílios, exposição dos profissionais a fluidos orgânicos durante procedimentos e a impossibilidade de realizar de imediato a sua remoção limpeza e desinfecção bem como o transporte de doentes em espaços pequenos com ventilação não adequada. Todo isto acaba por aumentar o risco de infeção para a vítima e para o profissional de saúde (Pereira *et al.*, 2020).

Por tudo isto, torna-se imperioso a adoção das PBCI na abordagem ao doente. As PBCI têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção. Essas

fontes de infeção podem ser sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, bem como, qualquer material ou equipamento que esteja contaminado com estas fontes de infeção. Independentemente de se conhecer o estado infeccioso de um doente, as PBCI devem ser aplicados a todos eles pois estas pretendem garantir a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde (DGS, 2013).

Na UCIP no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, era prática seguir as normas clínicas orientadoras emanadas pela Direção Geral de Saúde e, existe um cumprimento dos feixes de intervenção de forma eximia. Assim, foi algo positivo que consegui constatar neste estágio e que levarei para a minha prática pessoal.

Pude constatar que na UCIP, neste local de estágio, maioritariamente os doentes estavam entubados com tubo oro-traqueal. A pneumonia associada à intubação traqueal é a infeção mais frequente adquirida em serviços de medicina intensiva, sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento no serviço de medicina intensiva e no hospital (Direção Geral de Saúde, 2015c).

Pude constatar, no estágio, que era prática do serviço o desmame precoce do ventilador e utilização de sedação ligeira. Um nível profundo de sedação e *delirium* está relacionado a resultados clínicos prejudiciais para o doente. Resultados associados a um maior tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos, maior duração da ventilação mecânica e um aumento da mortalidade. Assim, podem ser estratégias implementadas para melhorar a clínica do doente a gestão e controlo da dor, manutenção de uma sedação leve, monitorização e tratamento do *delirium*, fornecimento de reabilitação ativa na unidade de cuidados intensivos e tratamento de distúrbios do sono (Seo *et al.*, 2021).

No sentido de perceber se estas práticas eram atualizadas com base na mais recente evidência científica desenvolvi pesquisa pessoal sobre este tema. Em Portugal, a DGS enumera diretrizes designadas de feixes de intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Estas devem ser implementadas de forma integrada, sendo elas: utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia ao mínimo necessário para o tratamento; realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação e avaliar a possibilidade de extubação; manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, evitar momentos de posição supina; realizar higiene oral pelo menos

3 vezes por dia, em todos os doentes, que permaneçam na unidade de cuidados intensivos mais de 48 horas e, por fim manter a pressão no balão do tubo entre 20 e 30 cm H₂O, monitorizando-a no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h (Direção Geral de Saúde, 2015c).

Durante este estágio, destaco a importância que me foi transmitida pela tutora sobre a higiene oral adequada a um doente crítico ventilado. Eram utilizados a lavagem e escovagem da boca com clorhexidina em cada turno ou sempre que necessário. A evidência científica mostra que a higiene bucal com clorhexidina, quando usada como parte de um regime de cuidados de higiene oral, provavelmente reduz a incidência de pneumonia associada à intubação, bem como a criação de padrões de higiene bucal, incluindo o tipo e a frequência dos cuidados, é importante para a redução da pneumonia associada à intubação em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (Cooper, 2021).

Durante o estágio na UCIP a maioria dos doentes estavam com ventilação mecânica invasiva e, em todos os turnos cumpria estas diretrizes preconizadas pela DGS com o objetivo de prevenir infeção da pessoa em situação crítica. Assisti e colaborei no processo de extubação de doentes seguindo o protocolo do serviço referente à extubação. Colaborei na colocação da peça em T e na colheita de gasometrias antes e após a colocação da peça em T, bem como na monitorização e vigilância do doente durante este procedimento. Estes procedimentos de desmame ventilatório era sempre efetuado em momentos em que a família não estava presente, isto é, fora do horário das visitas.

No entanto, num estudo de Salmani *et al.*, (2022) em que o objetivo era determinar o efeito da visita agendada no desmame da ventilação mecânica, de acordo com os resultados do estudo, a visita agendada da família resultou num desmame mais rápido da ventilação mecânica. Neste estudo, consegui perceber a importância de os familiares estarem junto do doente para que o desmame do ventilador mecânico seja mais fácil.

Os processos de extubação também estavam associados a pós-operatórios de cirurgias. Uma delas, um jovem de 31 anos com dor no peito que terá recorrido a um hospital privado para realizar exames e foi transferido para hospital público para a hemodinâmica por enfarte agudo do miocárdio. Realizou angioplastia na hemodinâmica e foi transferido para a UCIP para realizar o pós-operatório.

Relativamente ao cateter vesical, o uso inadequado da algaliação foi identificado como um dos fatores de risco para a infeção do trato urinário (Caramujo *et al.*, 2011). No entanto no contexto da UCIP todos os doentes eram algaliados para controlo do débito urinário de hora a hora. Durante o estágio procurei cumprir escrupulosamente as medidas de prevenção associadas ao cateter vesical preconizadas pela Direção Geral de Saúde que também eram as adotadas e protocoladas do serviço.

Importa contextualizar e destacar as diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde associadas ao feixe de intervenção para prevenir a infeção associada a cateter vesical, a norma 019/2015 foi atualizada a 29/08 de 2022. Sendo elas: evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico a indicação para a sua utilização; cumprir técnica assética no procedimento de cateterismo vesical; cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem; realizar a higiene diária do meato urinário; manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão), esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade e, por fim avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível (Direção Geral de Saúde, 2015b).

Nesta norma, refere que cabe aos gestores dos diferentes contextos de cuidados de saúde a definição de um protocolo local que garanta o cumprimento das indicações clínicas para a colocação de cateter vesical, nomeadamente a necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos.

Por fim, destaco a norma da DGS relativa á prevenção da Infeção relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC), uma vez que, maioritariamente todos os doentes possuíam este cateter no contexto da UCIP.

No doente submetido a CVC, nas intervenções de manutenção do dispositivo têm de ser implementadas de forma integrada, as cinco intervenções: avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC; realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC; descontaminar os pontos de acesso com antisséptico (descontaminar com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%; usar técnica assética na realização do penso e, desenvolver treino e competência na manutenção do CVC (Direção Geral de Saúde, 2015a).

Pude colaborar na preparação do material para colocação de cateter venoso central, os doentes ou já subiam para a UCIP com CVC ou era colocado no serviço aquando da sua chegada ou existia a necessidade de trocar.

Durante as visitas na UCIP, pude participar no acompanhamento dos familiares, fazia o acolhimento e fazia por garantir que estes cumpriam e mantinham as medidas preventivas no controlo de infeção durante a visita explicando a importância da sua utilização. Era utilizado o equipamento de proteção individual mediante a condição particular do doente bem como a higiene das mãos. Acima de tudo, considero que desenvolvi competências na área da prevenção e do controlo de infeção, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Mobilizei conhecimentos antigos e adquiri conhecimentos e habilidades novas nesta área que pretendo aplicar na minha prática pessoal sabendo a importância da sua aplicação para fomentar e promover a segurança do doente na área do controlo e prevenção de infeção. Durante este estágio participei em momentos crítico-reflexivos diários com o tutor sobre as questões relacionadas com a prevenção de infeção no doente crítico e baseei a minha prática com base nas diretrizes emanadas pela DGS.

O facto de poder analisar e aplicar estes feixes de intervenção promoveu não só a aquisição e desenvolvimento de competências a este nível bem como ajudou-me a refletir na importância do papel do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção. Tudo isto, permitiu-me, enquanto futura enfermeira mestre e especialista perceber a importância de desenvolver e promover ambientes e práticas seguras, identificando problemas e gerindo potenciais riscos que pudessem interferir na segurança do doente no que concerne à prevenção e controlo de infeção que pretendo transportar para a minha prática de cuidados enquanto enfermeira.

3.3. Gestão dos cuidados

Nos domínios da gestão, é Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica fazer a gestão do risco e do ambiente dos cuidados especializados e adequar a sua resposta tendo em consideração a segurança da pessoa alvo dos cuidados (Diário da República, 2018). Assim, considerei importante adquirir competências de gestão dos cuidados, gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar uma resposta por parte da equipa e fazer articulação com toda a equipa de saúde.

Nos primeiros dias de início de estágio tentei realizar uma análise da estrutura física em ambos os meios no pré-hospitalar bem como da UCIP. Neste sentido, dei resposta à atividade que me tinha proposto de analisar as características e as condições determinantes da estrutura física e da organização multidisciplinar de cada contexto adquirindo competências de adaptabilidade individual e organizacional.

A integração nas equipas multidisciplinares, o conhecimento da estrutura física e organizacional das unidades foram elementos essenciais neste percurso. Foi possível perceber as metodologias de trabalho de cada contexto, os protocolos de atuação e as normas e regulamentos existentes.

No contexto pré-hospitalar a capacidade de gestão assume maior dificuldade pelas circunstâncias e pela complexidade, pelo que se torna imperioso decisões que tenham suporte na evidência científica (Mota *et al.*, 2020). Foi possível constatar que o enfermeiro no meio SIV acaba por ter, em muitas circunstâncias, a função de liderança baseada no raciocínio crítico. Habitualmente o enfermeiro liderava os outros meios de socorro que estavam a atuar no local da ocorrência. Neste contexto o enfermeiro acaba por ter a função de team líder quer na gestão de protocolos, quer na capacidade de tomada de decisão rápida contribuindo para a melhoria da qualidade e gestão de cuidados.

Com o intuito de desenvolver competências na gestão de cuidados de enfermagem e organização, procurei participar nesses cuidados e na tomada de decisão. No contexto do pré-hospitalar colaborei diariamente na verificação do material e equipamentos e, na verificação das datas de validade dos fármacos tanto da ambulância como os da base. Existiam documentos designados de plano mensal e plano semanal onde constavam as tarefas semanais e em cada turno.

Relativamente à UCIP, o responsável de turno tem que ser um enfermeiro especialista. Pude acompanhar o meu tutor nesta gestão visto que, maioritariamente este era responsável de turno. Foi possível observar a capacidade de observação, raciocínio crítico, comunicação com a equipa e análise das situações que o enfermeiro tinha e que acabava por gerir conflitos. Isto fez com que houvesse um trabalho em equipa com qualidade. Pude colaborar na resolução dos problemas organizacionais e técnicos que surgiam durante os turnos juntamente com o tutor.

Tudo isto permitiu-me refletir sobre essas capacidades que, eram, no fundo, competências necessárias para atuar por exemplo sob pressão e adquirir estratégias para resolvê-las. A gestão de material, de equipamentos ou algum tipo de avaria no material técnico era gerido pela enfermeira gestora. Foi possível reconhecer a importância do exercício de funções de gestão por enfermeiros para que seja assegurado, sobretudo, a qualidade do exercício profissional.

Também no Regulamento 101 publicado em Diário da República (2015) sobre as competências do Enfermeiro Gestor é referido que este contribui para o exercício da sua atividade na área de gestão, investigação e formação para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem. Sendo por exemplo avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem (Diário da República, 2015).

Tudo isto, permitiu-me refletir sobre o processo de tomada de decisão em enfermagem. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, família ou a comunidade. Identifica o problema e prescreve as intervenções, tudo isto com o intuito de resolver ou minimizar os problemas que foram identificados ou detetar de forma precoce o problema (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Também de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996) no artigo 9.º sobre as intervenções dos enfermeiros, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

O enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. Mesmo quando, por exemplo, outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios atos bem como pelas decisões que toma (Nunes, 2006).

Relativamente à gestão de cuidados e, nomeadamente relativo ao doente crítico e ao processo de encaminhamento, no meio SIV, em cada ocorrência é o enfermeiro que efetua a passagem de dados do local para o CODU. O contacto telefónico com o médico regulador permite a validação de medicação consoante os protocolos e o encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada à situação. Considero que foi de extrema importância a visita que me propus a fazer ao CODU, permitiu-me compreender qual o percurso que é realizado a partir

do momento que acontece uma ativação e posterior seleção do meio mais adequado. Este funciona 24 horas por dia e é composto por médicos, técnicos de emergência Pré-Hospitalar e psicólogos, com formação específica para a realização do atendimento, triagem, aconselhamento, escolha e envio do meio de socorro.

A função dos TEPH que exercem funções nos CODU atendem as chamadas de emergência, realizam a triagem segundo algoritmos definidos e efetuam o aconselhamento preconizado para as situações; procedem ao acionamento dos meios de emergência médica adequados e, são responsáveis por receber a informação dos meios no terreno, de forma a adequar a resposta do SIEM (INEM, 2017). Foi possível perceber a dificuldade dos profissionais em perceber por telefone o cenário que lhe está a ser transmitido, muitas vezes aumentando o tempo da chamada o que leva a um atraso do envio dos meios adequados. Percebeu-se que num primeiro contacto é relevante identificar a morada de quem liga para geo-localizar a morada e proceder de imediato aos meios.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à PSC, deve, entre outras, dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe. Este não foi um objetivo delineado inicialmente no projeto de estágio, no entanto com o decorrer do estágio considerou-se pertinente e relevante incluir no projeto e proceder às respetivas adaptações do mesmo.

Por serem dois conceitos distintos, importa fazer uma distinção entre uma situação de emergência e situação de exceção. Assim, uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo que lhe causa perda de saúde afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. Neste sentido, a assistência da vítima exige que seja realizada imediatamente (Diário da República, 2018)

Por outro lado, uma situação de exceção consiste *“numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”* (Diário da República, 2018 p. 19362). No entanto, durante os contextos de estágio tanto no pré-hospitalar como na UCIP não tive oportunidade de cuidar da pessoa em situações catástrofe, mas pude cuidar da pessoa em situações de emergência e exceção.

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência consiste num desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Neste sentido, é importante existir uma coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis em cada momento (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012).

No contexto do pré-hospitalar um exemplo de situação de exceção são os acidentes com elevado número de vítimas. Durante o estágio, pude presenciar um acidente de viação com 4 veículos, em que havia 2 vítimas encarcerados bem como crianças e adolescentes envolvidos no acidente. Esta ocorrência foi das primeiras que tive nos primeiros dias de estágio e senti dificuldades na gestão de prioridades. Uma das estratégias utilizadas foi pesquisar sobre estas situações no sentido de obter conhecimento fidedigno.

Tendencialmente nestas ocorrências de várias vítimas procurei dirigir-me às vítimas para prestar cuidados imediatos, no entanto, o Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) no seu manual de situações de exceção, refere que as ações de gestão inicial devem prevalecer em detrimento das ações de prestação de cuidados de emergência imediatos. Sendo fundamental que a primeira equipa a chegar ao local da ocorrência garanta a gestão da ocorrência em detrimento da prestação de cuidados imediatos. Sendo o objetivo salvar o maior número de vítimas o processo de gestão organizado e eficiente parece ser primordial.

Relativamente á UCIP, é uma unidade com um ambiente controlado e com rotinas pré-definidas mediante cada turno, no entanto existem situações de exceção e emergentes que acabam por alterar o normal funcionamento da rotina.

Durante o estágio, muitas vezes de forma emergente o doente tinha que sair da UCIP para realizar exames complementares de diagnóstico. A título de exemplo, um doente que tinha sido admitido na UCIP após uma PCR na rua e que recuperou funções vitais ao fim de 15 minutos de suporte básico de vida e foi encaminhada para a sala de emergência onde foi entubado e posteriormente transferido para a UCIP. Após 24 horas tentou-se extubar o doente, suspendeu-se a sedo-analgesia total e o doente não acordava. Neste sentido, por indicação médica iria realizar TAC Cerebral, onde foi médico e enfermeiro a acompanhar. Isto implicava preparar o doente e reunir os diversos meios de monitorização, equipamentos e terapêutica necessária para acompanhar o doente ou atuar em caso de complicações e, pude participar junto com o tutor nesta preparação do doente.

O doente crítico apresenta ou está na iminência de falência múltipla de órgãos e, a sua capacidade de adaptação para alterações súbitas é praticamente nula. Tudo isto, faz com que exista uma maior suscetibilidade a instabilidades podendo levar a um agravamento da situação clínica do doente (Graça *et al.*, 2017).

O transporte de doentes críticos envolve três fases, sendo elas a decisão, planeamento e efetivação. A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico e deve ser analisado o risco inerente ao doente e ao processo de transporte. O planeamento da ação é feito pela equipa médica e também de enfermagem, englobando coordenação, comunicação, estabilização do doente, equipa, equipamentos, transporte e reunir documentação. Por último a efetivação do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte, cujas responsabilidades só termina no momento da passagem do doente à equipa assistencial que irá receber o doente. O nível de cuidados, durante o transporte deve manter-se igual ao que se verifica no serviço de origem (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Uma das atividades que me propus a realizar para o objetivo geral de desenvolver competências no sentido de antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica e de atuar em situações emergentes foi participar no transporte e transferência da pessoa em situação crítica. Neste sentido, no contexto pré-hospitalar, tive oportunidade de acompanhar o doente na ambulância durante o seu transporte até ao hospital colaborando com o médico no acompanhamento e estabilização do doente à administração de drogas e monitorização do doente. Destaca-se uma situação durante o estágio no pré-hospitalar em que foi ativada a ambulância SIV para um feminino de 74 anos que se encontravam em paragem cardiorrespiratória e não existia nenhuma VMER disponível. Transportou-se a vítima na ambulância desde o seu domicílio até ao hospital sempre em manobras de reanimação cardiopulmonar. Foi um desafio e uma dificuldade, pelas adversidades do caminho, fazer suporte básico de vida dentro de uma ambulância em andamento. No entanto com a ajuda do enfermeiro tutor essa dificuldade foi melhorada.

Em cada chegada ao hospital com a vítima foi importante compreender os princípios centrais, no contexto pré-hospitalar, no que se refere à transição de cuidados.

Em Portugal, as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) relativas à transmissão de informação sobre doentes estão espelhadas na Norma 001/2017. Para uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e para segurança do doente deverá instituir-se a

técnica ISBAR. Esta aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos. É uma técnica de padronização de comunicação em saúde e pretende eficácia da comunicação promovendo a uniformização da mesma (DGS, 2017).

No entanto no contexto pré-hospitalar parece ser uma prática não usada pelos profissionais. Como futura enfermeira especialista considero ser uma oportunidade de melhoria nesse sentido, pois a possibilidade de perda de informação encontra-se, de certo modo, condicionada pelo facto de ser transmitida apenas verbalmente, não existindo um documento escrito que sistematize a informação. Por exemplo quando se transferia um doente da ambulância para a sala de emergência o que poderia comprometer a segurança do doente.

Assim sendo, e sabe-se que as falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, aquando transferência de cuidados relacionam-se com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (DGS, 2017).

Ao recorrer à mnemónica ISBAR permite de forma simples memorizar mais facilmente as informações a serem transmitidas verbalmente. Cada letra corresponde: “I” (Identificação: consta a identificação e localização dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; “S” (Situação atual: consta a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; “B”(Antecedentes: descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; “A”(Avaliação: informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas à Avaliação e por fim o “R” (Recomendações: consta a descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente (DGS, 2017).

Na VMER a comunicação é feita entre médico e enfermeiro no local e, o médico regulador do CODU com o médico da VMER através de telemóvel. No contexto SIV o enfermeiro, baseia-se nos protocolos definidos e também com o apoio do médico regulador do CODU que comunicam entre si quando o enfermeiro procede à passagem de dados.

Algo positivo que pude constatar relativamente à comunicação na transição de cuidados na UCIP onde realizei estágio foi que efetivamente estes utilizam a técnica ISBAR. É utilizada na passagem de turno entre enfermeiros e em qualquer transferência do doente para outra unidade. Visto que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional e, a evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem

devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde aquando transição de cuidados do doente (DGS, 2017), foi importante perceber que esta técnica é aplicada pelos enfermeiros e que existe preocupação em contribuir para a diminuição de eventos adversos e melhorar a segurança do doente. Esta é uma implicação positiva que retirei deste estágio e que pretendo aplicar durante a minha prática profissional.

No sentido de fomentar a segurança do doente no Serviço Nacional de Saúde o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 tem por objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, tendo presente os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras. Ainda neste plano, importa salientar a comunicação. Esta é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, nomeadamente nas situações de transição de cuidados entre todos os profissionais que estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Um dos objetivos estratégicos que pretendem atingir é melhorar a comunicação e a segurança no processo de transição de cuidados através de ações como por exemplo o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição segura de cuidados (Diário da República, 2021).

Em Medicina Intensiva, as questões relacionadas com a qualidade e a segurança parecem ser mais evidentes, isto porque algumas das dimensões da qualidade no doente crítico parecem assumir um maior significado pois, entre outras condições, são doentes mais vulneráveis com uma dependência de suporte vital orgânico e uma margem terapêutica estreita (Paiva *et al.*, 2016).

3.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com base nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e, mais especificamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e, no sentido de sensibilizar os enfermeiros e contribuir para a formação de pares foi elaborada uma revisão da literatura sobre a presença da família na reanimação cardiopulmonar na perspetiva dos enfermeiros e dos familiares no estágio do pré-hospitalar e apresentada aos enfermeiros. Este trabalho encontra-se no Apêndice II, bem como a apresentação em Power Point.

Considero que os resultados foram relevantes e de uma forma geral pude concluir que ainda é uma temática não consensual. Se por um lado existem estudos em que os enfermeiros, maioritariamente consideram a presença da família durante a reanimação benéfica também existem estudos que nos dizem o contrário.

Os enfermeiros acreditam que o facto de a família observar como são feitos os esforços necessários para manter a vida do familiar pode ser benéfico para os membros da família levando a uma melhor aceitação. No entanto, a presença da família durante a reanimação de um familiar trata-se de uma prática pouco habitual e que a sua decisão é complexa, sendo necessária uma avaliação independente de cada caso (González *et al.*, 2019). Outros autores referem que a presença da família durante o processo de reanimação pode ser útil para os familiares iniciarem o processo de luto (Charrière *et al.*, 2021).

Por outro lado, foram encontrados estudos em que os enfermeiros não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares. Em vez disso, os enfermeiros sentiram que o facto da família estar presente acaba por ser mais angustiante para os familiares e pode haver interferência na abordagem ao paciente por parte dos enfermeiros (Zali *et al.*, 2017).

Assim, considero ter deixado o meu contributo como futura enfermeira mestre e especialista, procurando a excelência do exercício, mantendo uma atualização constante dos conhecimentos e mostrando a mais recente evidencia científica aos pares sobre esta problemática.

Relativamente à UCIP, pelas características deste contexto, durante o estágio foram experienciadas situações sobre as quais se refletiu com a equipa multidisciplinar e também com a família. Maioritariamente o prognóstico era reservado e não havia resposta do doente ao tratamento instituído e decidiam-se em conjunto não instituir medidas terapêuticas e apenas proporcionar conforto. Neste sentido, foram autorizadas visitas fora do horário estipulado e era dado apoio emocional à família e esclarecidas todas as dúvidas.

Todas estas situações fizeram-me refletir sobre a importância da comunicação e, mais precisamente da comunicação de más notícias. Esta pode ter impacto negativo quer no enfermeiro que tem de comunicar a informação, quer na família que a recebe. Por este motivo, considero ter existido constrangimentos e dificuldades identificadas na transmissão

de más notícias. Neste sentido, foi fundamental identificar e desenvolver estratégias facilitadoras do processo.

Como estratégia para facilitar uma comunicação eficiente, clara e organizada na transmissão de más notícias destaca-se o protocolo de SPIKES, este protocolo foi abordado nas aulas teóricas do 1ºano do mestrado, o qual tentei aplicar na prática durante o estágio como um protocolo orientador da minha prática, sendo um exemplo de um modelo de comunicação com o doente, no entanto usei-o na comunicação com a família.

Este foca-se no cuidado com o ambiente em que é transmitida a notícia, isto é, procurar um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular, perceber o doente e investigar o que ele sabe sobre a sua situação através de perguntas abertas, convidar para o diálogo e identificar até onde o doente quer saber o que está a acontecer, transmitir as informações e usar palavras adequadas ao vocabulário do doente, aguardar a resposta emocional que pode vir do doente e, por fim resumir e organizar estratégias (Cruz & Riera, 2016).

No contexto do pré-hospitalar foi difícil aplicar este protocolo e tentou-se readaptar pois nem sempre se conseguia um ambiente cuidado na transmissão de uma notícia pois estando no contexto de rua nem sempre estão reunidas condições que facilitassem esta comunicação.

Em contexto de SIV e VMER conseguiu-se perceber que a prioridade era a vítima e a sua estabilização. Estando a vítima estabilizada, juntamente com o tutor dirigíamo-nos aos familiares para estabelecer uma comunicação e reunir o máximo de informação possível sobre as circunstâncias do cenário e sobre a vítima. Nestes contextos, pelo nervosismo dos familiares nem sempre se consegue obter informações. Consegui perceber a importância de uma comunicação clara e calma.

Na pesquisa bibliográfica estruturada desenvolvida no primeiro ano do mestrado pude descobrir que esta necessidade de clareza nas informações transmitidas também é identificada num estudo levado a cabo por Neves *et al.* (2018), referem que as famílias associam a satisfação das necessidades ao oferecimento de informações claras, que permitam conhecer as necessidades de cuidados dos seus familiares.

A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar, contudo, a satisfação das suas necessidades em contextos críticos é frequentemente um desafio para os enfermeiros (Eggenberger & Nelms *cit. in* Galinha 2015).

Numa das ocorrências no meio SIV, um acidente de viação com multi-vítimas dos quais resultou 4 vítimas, 3 ligeiros e uma das vítimas era um ferido grave e estava encarcerado. Após ser retirado do veículo foi imobilizado em plano duro. Apresentava-se consciente e orientado, no entanto dispneico com crepitação na grade costal esquerda, com dor na anca e membro inferior direito com encurtamento e rotação externa. A vítima estava a ser estabilizada dentro da ambulância e foi difícil comunicar com a família visto que estes estavam ansiosos e nervosos, só visualizaram o cenário do acidente e não tinham visto a vítima. Como estratégia facilitadora para comunicar com estes familiares, afastou-se a família do cenário do acidente e foi explicada as circunstâncias do acidente e a condição da vítima. Após esta conversa a família ficou mais calma e optou-se por deixar a família ver o seu familiar e conversar antes do encaminhamento para o hospital tendo a vítima e os familiares ficando mais tranquilos durante todo este processo.

Ainda na pesquisa bibliográfica efetuada no primeiro ano, num estudo de Jorge e Madureira (2020), as necessidades consideradas como mais significativas pela família foram as categorias de necessidades de segurança e informação. Os resultados das análises dos estudos destacam que a família identifica a necessidade de segurança e a necessidade de informação como as necessidades de maior prioridade, sendo que a necessidade de segurança está relacionada com o acesso à informação. Utilizou-se o uso de respostas honestas e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informações. Tudo isto pareceu promover a compreensão da família sobre o estado de saúde do seu familiar, assegurar a qualidade dos cuidados prestados e aliviar os sentimentos de medo, ansiedade e preocupação sentidos por estes. Nesta medida, ao satisfazerem estas necessidades, proporcionou-se um alívio da incerteza e diminuiu-se o stress e ansiedade da família.

O protocolo SPIKES foi utilizado também no contexto da UCIP, mas aplicado à família do doente em estado crítico. Um utente de 45 anos que tinha sofrido uma queda da própria altura após uma alteração do estado de consciência do qual resultou com traumatismo crânio-encefálico grave. Encontrava-se ventilado, sedado e analgesiado. Suspeitava-se de uma lesão ocupante de espaço que terá provocado este estado de alteração de consciência e consequentemente a queda. A filha de 19 anos vinha visitar o pai pela primeira vez e,

juntamente com a tutora abordamos a filha utilizando o protocolo SPIKES na comunicação. Encaminhamos a jovem para a sala de reunião, um ambiente calmo sem ruído, percebeu-se a condição emocional da filha, explicou-se como o pai estaria e como iria encontrá-lo, uma conversa clara sem falsas expectativas e no fim realizou-se um resumo do que se foi transmitido, a filha pareceu entender e a visita decorreu sem intercorrências de forma tranquila e calma.

De acordo com a Lei de Bases da saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, referente aos direitos e deveres das pessoas, todas as pessoas têm direito a ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida (Diário da República, 2019a).

Pelas características de uma unidade de cuidados intensivos e associado a uma situação grave e crítica, existia medo e ansiedade por parte das visitas familiares. Consegui colaborar no acolhimento à família no primeiro dia de visita aos doentes internados na UCIP. Este contacto primário com a família leva a desenvolver estratégias para que se possa estabelecer uma comunicação adequada. Procurei, em todas as situações, explicar ao familiar como ia encontrar o utente e o facto de estar na presença de diversos equipamentos e dispositivos era normal nesta situação e procurei explicar qual a função de cada um. Fui permitindo sempre a exposição de dúvidas e medos e tentando esclarecer de forma clara, todas estas estratégias permitiu diminuir um pouco a ansiedade dos familiares pois estavam informados.

No artigo 105.º, do código deontológico do enfermeiro, relativo ao dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, e no caso do doente que se encontrava sedado, a informação no que respeita aos cuidados de enfermagem era dado ao familiar, sendo este um dever do enfermeiro de informar, procurei sempre aplicá-lo na minha prática. Por tudo isto, considero ter desenvolvido competências no âmbito da relação terapêutica adequada com a pessoa e família alvo dos cuidados de enfermagem.

No pré-hospitalar, houve uma ativação na VMER para uma ocorrência de uma vítima de 32 anos em paragem cardiorrespiratória (PCR). Foi realizado suporte avançado de vida durante 45 minutos, sem sucesso, vítima sempre com ritmo não desfibrilhável, em assistolia que não respondia às drogas. No fim, tinha que se transmitir à família que não foi possível reverter a situação. O INEM possui o apoio da unidade móvel de intervenção psicológica de emergência, este é um veículo de intervenção concebido para transportar um psicólogo do

INEM para junto de quem necessita de apoio psicológico. A médica contactou o CODU para obter esse apoio, no entanto esse meio estava inoperacional, assim a transmissão das notícias foi dada pela médica e pelo enfermeiro.

É importante ressaltar que durante os estágios consegui perceber que a comunicação de más notícias não era algo exclusivo do médico, mas também dos enfermeiros. Em muitas ocorrências, mais frequentemente no meio da SIV o enfermeiro dirigia-se ao familiar para transmitir-lhe informações e tentar confortar a família. No estudo de Andrade *et al.* (2014) ficou evidente que os enfermeiros assumem um papel fundamental no que consta à integralidade do cuidado, evidenciando a relevância da comunicação de más notícias de forma eficaz, como uma estratégia importante na prática clínica do enfermeiro.

Os enfermeiros consideram a comunicação de más notícias como uma tarefa complexa. Referem que deverão possuir habilidades como empatia, atenção, carinho bem como utilizarem comunicação ou sinais não verbais como o contacto visual, a expressão facial, o toque de forma a demonstrarem empatia e oferecerem conforto (Andrade *et al.*, 2014).

Foi possível constatar que o enfermeiro era habitualmente e de forma frequente o profissional a quem os familiares se dirigiam para saber informações. Neste sentido, neste percurso considera-se importante que estes devem ter formação, no que diz respeito à transmissão de más notícias à família.

Com alguma pesquisa pessoal, numa revisão de literatura desenvolvida por Moreno *et al* (2018) alguns autores como Achury *et al.* (2016) propõem um modelo denominado pela sigla “CICAA” no sentido de desenvolver competências de comunicação eficazes centradas no paciente. São habilidades estratégicas que um profissional de saúde deve ter para comunicar com o paciente e família. Sendo um instrumento importante não só para o paciente, mas também para a família. A sigla apresenta o seguinte significado: C- Conectar-se com o paciente e família; I- Identificar e compreender os problemas de saúde do paciente/família; A- Acordar com o paciente e família sobre os problemas, decisões e ações; A- Ajudar o paciente e família a entender, escolher e atuar. Parece ser um modelo facilitador da comunicação centrada no paciente.

Com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica o foco não é apenas a pessoa em situação crítica, mas também a família. O cuidado à família da pessoa em situação crítica é enfatizado nestas

competências, salientando-se que o EEEMC “*cuida da pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crônica* (Diário da República, 2018 p.19359).

Num estudo de Mitchell *et al.* (2017) os familiares eram vistos como importantes parceiros no cuidado e o seu envolvimento proporcionou resultados positivos para o paciente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

De forma a deixar o meu contributo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada surgiu oportunidade de elaborar uma revisão da literatura relacionada com o envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.

O objetivo desta revisão era determinar o benefício do envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos. Esta revisão encontra-se no Apêndice III. O *delirium* é um estado de confusão agudo e está entre as doenças mentais mais prevalentes nos doentes hospitalizados por patologia aguda, e está associado a um mau prognóstico. Neste sentido, os enfermeiros acabam por ter responsabilidade no desenvolvimento e manutenção de um ambiente seguro que contribua para diminuir a sua ocorrência (Pereira *et al.*, 2016).

A literatura diz-nos que o *delirium* é uma complicação frequente em pacientes internados em cuidados intensivos que pode ter consequências graves, incluindo alto risco mortalidade, comprometimento cognitivo, maior dependência e, tempos de internamento longos (Beringola *et al.*, 2020).

Nesta revisão, no estudo de Smithburger *et al.* (2017) os enfermeiros e médicos acreditam que o envolvimento da família na prevenção do *delirium* é benéfico e reduz a sua incidência na unidade de cuidados intensivos devido ao aumento do tempo dedicado à sua prevenção. Os familiares relataram elevados níveis de conforto na participação em atividades de prevenção e acreditam que a educação com um prestador de cuidados de saúde é a forma mais eficaz de aprenderem.

Estes dados vão de encontro aos da literatura. Proporcionar à família a participação em multicomponentes não farmacológicos para prevenir o *delirium* e adicioná-lo às práticas de cuidados de rotina na unidade de cuidados intensivos pode reduzir significativamente a sua incidência (Kasapoglu & Enç, 2022).

O envolvimento familiar pode desempenhar um papel fundamental na estimulação sensorial do doente. Os familiares podem ajudar a preparar aparelhos visuais ou auditivos e reorientar os pacientes com gravações ou fotos de família. Este programa pode reduzir a incidência e a gravidade do *delirium* entre os pacientes (Liang *et al.*, 2022).

Também no estudo de Munro *et al.*, (2017) a média de dias de *delirium* foi menor no grupo de voz familiar, em comparação com o grupo de voz desconhecida e com o grupo de controle. Referem que os pacientes necessitam de reorientação consistente e frequente em todos os aspectos do seu cuidado. Esta reorientação pode aumentar a sensação de segurança e conforto dos pacientes, e permite-lhes interpretar esses estímulos com mais precisão e reduzir o *delirium*. Fornecer reorientação por meio de mensagens gravadas, automatizadas e com script pode reduzir a sua ocorrência. Neste estudo, a voz da família foi mais eficaz na sua redução do que uma voz desconhecida.

Estes dados vão de encontro a dados encontrados na literatura, numa revisão da literatura levada a cabo por Souza *et al.*, (2018) os resultados mostraram que a estratégia de reorientação adequada estava relacionada à menor ocorrência de *delirium* na unidade de cuidados intensivos.

Por fim, nesta revisão, no estudo de Lin *et al.*, (2022) em comparação com os cuidados habituais, a intervenção de cuidados centrados na família teve efeitos positivos na redução da prevalência de *delirium*. A sua prevalência no grupo de intervenção de cuidados centrados na família foi estatisticamente menor do que no grupo controle. A maioria dos estudos incluídos aumentou o tempo de visita familiar ou controlou os horários de visita de forma flexível pois referem que pacientes da unidade de cuidados intensivos sem visitas familiares têm um risco três vezes maior de *delirium*.

Estes resultados vão de encontro a um estudo levado a cabo por Pereira *et al.*, (2016), uma percentagem significativa dos pacientes observados que não receberam visitas apresentou presença de *delirium* (44%).

O *delirium* é uma forma de disfunção cerebral aguda em pacientes críticos e existem ferramentas para que possa ser detetado em unidades de cuidados intensivos. O Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) e o Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) são as ferramentas mais usadas para esse diagnóstico.

Num estudo levado a cabo por Flores *et al.* (2012) concluiu-se que o CAM-ICU é uma excelente ferramenta diagnóstica em pacientes críticos em cuidados intensivos, enquanto o ICDSC apresentou uma sensibilidade moderada. Assim, considera-se que o diagnóstico adequado por meio do CAM-ICU é importante para que se consiga adequar intervenções adequadas. Em todos os turnos na UCIP, no doente sedado e ventilado avaliava através da ferramenta CAM-ICU.

Kotfis *et al.* (2018) refere que se deve monitorizar de forma rotineira os pacientes quanto ao *delirium* e implementar estratégias preventivas, como a bundle de cuidados ABCDEF para o prevenir e controlar.

A bundle ABCDEF é uma abordagem integrada que otimiza o desempenho da equipa numa unidade de cuidados intensivos bem como resultados centrados no paciente e na família. É composta pelos seguintes elementos: (A) avaliar, prevenir e controlar a dor; (B) testes de despertar espontâneo; (C) escolha da analgesia e sedação; (D) *delirium*: avaliar, prevenir e controlar; (E) mobilidade precoce e exercício; e (F) envolvimento e empoderamento familiar (Balas *et al.*, 2022).

Por fim, considero ter encontrado na evidência científica resultados relevantes para a prática. Penso ter atingido o objetivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar, disponibilizando um trabalho escrito sobre os achados encontrados na literatura para esta problemática para posterior apresentação à equipa, uma vez que, por questões de gestão do serviço não tive oportunidade de realizar uma formação sobre esta temática.

3.5. A pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica

Ao longo deste percurso, e tendo presente uma das unidades de competências referidas nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, procurei realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica.

Um dos objetivos específicos que tinha delineado, era adquirir competências de gestão diferenciada da dor, do bem-estar, do conforto e do *delirium* da pessoa em situação crítica. A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica e pode ter impacto no estado geral do doente. Gerir, avaliar e monitorizar a dor torna-se crucial para que sejam implementadas intervenções adequadas (Teixeira & Durão, 2016).

Em doentes críticos, a dor pode ser medida pela Behavioral Pain Scale (BPS) e pela Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Ambas as escalas são adequadas para avaliação da dor em pacientes críticos em unidades de cuidados intensivos e discriminam entre dor e procedimentos não dolorosos em ambos os grupos de pacientes conscientes e inconscientes (Gomarverdi *et al.*, 2019).

Na UCIP, procedi sempre à avaliação da dor na PSC utilizando a escala BPS nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e sedados. No caso da PSC que estava acordada e conseguia comunicar e verbalizar utilizava a escala numérica. A dor era avaliada uma vez por turno ou sempre que era detetado desconforto do doente. Foi realizada uma gestão juntamente com o tutor e equipa médica no sentido de proporcionar o conforto e bem-estar ao doente. Tive oportunidade de gerir a medicação analgésica bem como implementar medidas não farmacológicas através do posicionamento, alternância de decúbitos e massagens.

A BPS é uma escala de 12 itens que avalia a dor com base na soma de três características comportamentais: expressão facial, movimentação dos membros superiores e adesão à ventilação mecânica. Cada indicador comportamental contém 4 descritores classificados numa escala de 1 a 4. Obtém-se uma pontuação entre 3 (sem dor) e 12 (pontuação de dor mais alta) (Ayasrah, 2016).

Os resultados de um estudo de Ayasrah (2016) confirmam que o doente crítico sob ventilação mecânica sente dor em repouso e durante procedimentos de enfermagem de rotina. Muitos procedimentos considerados rotineiros, ou mesmo medidas de conforto exacerbam a dor na PSC sob ventilação.

Os pacientes gravemente doentes e que não comunicam sentem dor durante procedimentos de cuidado aparentemente indolores (higiene bucal) e até mesmo durante o repouso (Gomarverdi *et al.*, 2019).

Os enfermeiros enfrentam desafios com a avaliação da dor na unidade de cuidados intensivos, pois muitos pacientes não conseguem auto-relatar a dor devido a vários fatores, como alteração do nível de consciência, sedação e ventilação mecânica (Gélinas, 2016).

Também os resultados de um estudo desenvolvido por Sweity *et al.* (2022) mostraram que os enfermeiros tinham um nível de conhecimento insuficiente sobre a dor nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Durante o estágio, percebi que os familiares assumem-se como parceiros dos nossos cuidados, muitas vezes vinham ter com os enfermeiros a referir que o seu familiar demonstrava sinais de desconforto e de dor e sempre foi valorizada essa opinião.

Também na literatura nos refere que os familiares devem ser consultados sistematicamente para compreenderem as respostas comportamentais do paciente à dor. As alterações dos sinais vitais devem ser consideradas como eventos adversos à dor intensa e não como indicadores para avaliação da dor (Gélinas, 2016).

No estudo levado a cabo por Gomarverdi *et al.* (2019), com base em ambas as escalas BPS e CPOT, os pacientes não sentiram dor durante o repouso, sentiram dor leve durante a mudança de posição e fisioterapia respiratória, dor leve a moderada durante o bochecho e dor moderada durante a aspiração de secreções. Os resultados obtidos indicaram que a aspiração das secreções via tubo endotraqueal foi mais doloroso que a higiene bucal e mudança da posição do corpo.

Maioritariamente os doentes na UCIP estavam sob sedo-analgesia, ou não estando sedados tinham sempre algum tipo de analgesia contínua ou a horas fixas, sendo algo positivo e acima de tudo importante para o bem-estar e conforto da PSC. De modo que se torne uma prática consistente existia um protocolo para o controlo da dor, que tive oportunidade de consultar.

Consegui perceber que o doente que estava sob algum tipo de analgesia estava mais confortável o que acabava muitas vezes por se refletir numa melhor adaptação à ventilação mecânica invasiva. A sedo-analgesia permite o alívio da ansiedade, promove o conforto do doente, facilita a adaptação à ventilação mecânica e a prestação de outros cuidados (Pinto, 2011).

Na UCIP, no doente sedado e ventilado, em todos os turnos avaliava-se a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS), o Índice Bispectral (BIS) e o delirium da PSC. Em todas as

passagens de turno era transmitido o nível de RASS do doente. Esta escala avalia o nível de sedação, estado de alerta e agitação da PSC. Era usada para perceber o nível de sedação e desse modo perceber se o doente está com uma sedação insuficiente ou excessiva. Esta escala permite classificar o doente em pontos positivos e negativos, sendo que: 0 pontos corresponde a doente alerta e calmo; 1 a 4 classifica-o como combativo, violento; -1 a 5 classifica-o como sem resposta ao estímulo verbal ou físico (Teixeira, 2019).

Durante o estágio para avaliação da sedação da PSC, utilizava-se o BIS. O BIS é um parâmetro processado pelo eletroencefalograma para avaliar a resposta do doente aos fármacos anestésicos e sedativos e varia de 100 a 0 (Barreto, 2017).

Relativamente ao conforto, habitualmente, este termo é aplicado em vários contextos na prática de enfermagem. Existem várias teorias de enfermagem de diferentes perspectivas sobre o conforto. Por exemplo na teoria de Watson e Leininger o cuidar assume uma importância central e o conforto é um componente do cuidar. Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009).

O internamento em cuidados intensivos envolve sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade, que causam desconforto à PSC. No contexto de cuidados intensivos as necessidades de conforto mais mencionadas pelos estudos são a dor, a ansiedade, o medo, a perda de autonomia, a ventilação mecânica e a visita de familiares e amigos. Sendo que uma das estratégias promotoras do conforto são por exemplo a gestão da analgesia/sedação. Cabe ao enfermeiro identificar as necessidades de conforto, planear e executar intervenções que satisfaçam essas necessidades e promovam o conforto (Faria *et al.*, 2018).

Assim, enquanto aluna, no contexto da UCIP, procurei promover o conforto e bem-estar da PSC e família bem como intervir na gestão da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que foi uma competência que pretendia alcançar e considero ter desenvolvido essas competências através do meu comportamento.

Durante o estágio uma das atividades a que me propus a realizar foi de implementar medidas de suporte avançado de vida e trauma apropriadas com confiança e eficiência. No contexto pré-hospitalar, de facto, tive oportunidade de colaborar na abordagem à vítima em PCR e executei medidas de suporte avançado de vida.

A PCR é uma situação de emergência máxima para a pessoa que exige de imediato dos profissionais de saúde o início de procedimentos de reanimação cardiopulmonar. O intuito é restaurar as funções cardíaca e respiratória de forma a evitar danos cerebrais e preservar a vida. O trabalho em equipa é considerado pela maioria dos participantes como um dos aspetos que mais facilita a intervenção perante uma situação de PCR (Moreira, 2015).

Durante o estágio do pré-hospitalar a maioria das ocorrências que participei eram para vítimas em paragem cardiopulmonar às quais participei nas manobras cardíacas, monitorização e administração de drogas. Participei na preparação e administração de terapêutica de emergência, sendo bastante enriquecedor pois pude desenvolver conhecimentos dos fármacos mais utilizados no contexto da emergência extra-hospitalar. Observar e participar na preparação e a administração de terapêutica emergente bem como desenvolver conhecimentos dos fármacos mais utilizados no contexto da emergência foram atividades que me propus a realizar no projeto de estágio e foram cumpridas.

No contexto da UCIP, sendo um ambiente mais controlado não existiu oportunidades de participar em situações de paragem cardiopulmonar, no entanto pude participar na realização de manobras e técnicas invasivas. Assisti à colocação de cateter femoral para técnica dialítica de substituição renal, hemofiltração contínua, uma paciente de 50 anos com uma lesão renal aguda grave, em anúria, níveis elevados de creatinina e hemodinamicamente instável. Colaborei na preparação do doente e na preparação da máquina e do material necessário para o seu funcionamento bem como na vigilância e monitorização da doente.

A Unidade de Cuidados Intensivos é uma unidade destinada a cuidar do doente crítico e dispõe de equipamentos específicos para uma monitorização eficaz e precisa. O enfermeiro que trabalha nesta unidade presta cuidados integrados e com raciocínio clínico, para assegurar um cuidado humanizado (Venturi *et al.*, 2016).

Pude perceber que o doente crítico acaba por exigir uma monitorização e vigilância contínua de forma a conseguir uma resposta rápida perante os focos de instabilidade.

É possível destacar a importância da monitorização hemodinâmica na Unidade de Cuidados Intensivos para a tomada de decisão e intervenções rápidas evitando complicações. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel fundamental na monitorização através da interpretação e análise dos dados obtidos para que se possa tomar decisões contribuindo para a saúde do doente e prevenção de complicações (Venturi *et al.*, 2016).

Tive oportunidade de assistir à colocação da Linha Arterial (LA), nesta unidade todos os doentes estavam monitorizados com LA. Assim pude adquirir competências relativamente aos cuidados de enfermagem na manutenção, colocação e remoção da LA. Com esta técnica era possível obter uma vigilância contínua da pressão arterial, ainda que de forma invasiva. Também era frequentemente usado para colheitas de sangue e gasometrias.

Na UCIP existem diversos protocolos terapêuticos: protocolo de extubação, protocolo de status pós PCR, protocolo de controlo de glicemia, protocolo de alimentação entérica e parentérica, protocolo de controlo da dor, entre outros. Tive oportunidade de consultar a maioria dos protocolos e aplicá-los na prática.

O enfermeiro em contexto SIV, atua com base nos protocolos preconizados pelo INEM. Assim, procedi à procura e leitura destes protocolos de atuação que se constituiu uma mais-valia para conseguir compreender o modo de atuação do enfermeiro SIV. O protocolo de PCR da SIV refere que, ao fim de quatro ciclos de suporte imediato de vida, se a vítima mantiver ritmo de assistolia deve ser contactado o médico regulador do CODU para se proceder ao transporte da PSC para a unidade de saúde. Assim sendo, considero que desenvolvi competências no âmbito da dinamização da resposta em situações de emergência, da conceção à ação e no âmbito da atuação rápida e eficaz em situações de emergência.

Durante o estágio não houve muitas ocorrências relacionadas com o trauma. Destaco um acidente de mota de um jovem que se despistou sozinho e que conduzia sob efeito de álcool do qual resultou uma fratura exposta com esmagamento da tibia, perónio e fémur. Nessa ocorrência pude colocar em prática a abordagem à pessoa politraumatizada em contexto de emergência pré-hospitalar.

No entanto propus-me a saber mais sobre esta área através de pesquisa. Assim, recentemente, foi elaborada pela Direção Geral da Saúde (2022) a Norma: 012/2022- Via Verde do Trauma no Adulto. A Via Verde do Trauma (VVT) é parte integrante do SIEM, utilizando a totalidade dos seus meios, nomeadamente pré-hospitalar e hospitalar. Relativamente à avaliação e referenciação da Vítima de Trauma, no pré-hospitalar, e em articulação com o CODU deve ser considerado alguns passos, nomeadamente: realizar a avaliação inicial da vítima de trauma e decidir qual o ponto da rede de trauma que melhor se adequa ao tratamento; referenciar e transportar de imediato ao ponto da rede de trauma decidido e contactar o ponto de destino através do contacto dedicado à VVT. O desenvolvimento das Redes de Trauma

passa pelo pré-hospitalar e pelas salas de emergência dos SU dos hospitais. Isto porque é aí que nas primeiras horas se verifica o segundo pico da mortalidade. Desenvolver uma equipa de trauma no pré-hospitalar e nos hospitais parece ser fundamental (Direção Geral da Saúde, 2022).

Foi possível perceber que a primeira abordagem à vítima é realizada maioritariamente pelos bombeiros voluntários, pois chegavam primeiro à vítima. Em todas as abordagens à vítima fossem elas de trauma ou não, utilizou-se sempre a abordagem ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure). A avaliação inicial à vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deverá obedecer à sequência “ABCDE”. Quando estamos perante uma vítima de trauma major e esta estiver a mais de 30 minutos de um Centro de Trauma, esta deve ser estabilizada por exemplo pela equipa de VMER de modo que sejam asseguradas condições seguras de transporte (Direção Geral da Saúde, 2022).

CONCLUSÃO

A concretização deste relatório reflete todo o percurso desenvolvido, aprendizagens e experiências vividas ao longo da realização do mestrado. Essencialmente considero que analisei criticamente e de forma reflexiva os objetivos delineados e atividades desenvolvidas para os alcançar.

Este relatório espelha todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC que me permitiu adquirir, desenvolver e consolidar conhecimentos e refletir sobre a minha prática clínica com o objetivo de melhorar os cuidados prestados.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem, entre outras, dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e desenvolver investigação relevante e pertinente. Tudo isto, com intuito de melhorar a prática da enfermagem (Diário da República, 2019c).

Por considerar que os familiares são importantes parceiros no cuidado e o seu envolvimento poderá proporcionar resultados positivos para o paciente, considerei pertinente incluí-los nos cuidados ao doente crítico procurando na evidência científica se de facto existem benefícios no seu envolvimento e da sua presença através de revisões da literatura e posterior formação aos pares sobre esta problemática.

O cuidado à família da pessoa em situação crítica é enfatizado nestas competências, salientando-se que o EEEMC “*cuida da pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica* (Diário da República, 2018 p.19360).

O estágio do pré-hospitalar, por ser uma realidade complexa, permitiu-me explorar as diversas situações de emergência neste contexto. De forma a contribuir para a formação de pares através da prática baseada na evidência decidi elaborar uma revisão da literatura, e posterior formação sobre os resultados encontrados, sobre a presença da família na reanimação cardiopulmonar no sentido de sensibilizar os enfermeiros sobre esta problemática.

Os enfermeiros, maioritariamente consideram a presença da família durante a reanimação benéfica. Os profissionais acreditam que o facto de a família observar como são feitos os esforços necessários para manter a vida do familiar pode ser benéfico para os membros da família levando a uma melhor aceitação (González *et al.*, 2019). Os enfermeiros sentem que a presença da família durante a reanimação ajuda as famílias a compreender o nível de cuidados prestados ao seu familiar, bem como é útil para iniciar o processo de luto (Charrière *et al.*, 2021).

Se por um lado foram encontradas vantagens também existem enfermeiros que não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares. O facto de as famílias presenciarem procedimentos invasivos lhes causasse traumas psicológicos (González *et al.*, 2019). Também que presença da família durante a reanimação prolongaria a reanimação e dificultaria a interrupção da mesma (Zali *et al.*, 2017).

Com este estágio realizado no pré-hospitalar foi possível conhecer a realidade da assistência pré-hospitalar ao doente urgente/emergente que até então me era desconhecida. Todas as ocorrências foram momentos de aprendizagem e contribuíram para adquirir competências e conhecimento na prestação dos cuidados de enfermagem fora do ambiente hospitalar, revelando-se um importante complemento aos conhecimentos já adquiridos.

Relativamente ao estágio na UCIP era um ambiente desconhecido na minha prática de cuidados, o facto de ser um ambiente diferenciado possibilitou a prestação de cuidados técnicos de alta complexidade, pelo que se considerou ser uma boa oportunidade de desenvolver e adquirir novas competências especializadas e conhecimento novo.

Por considerar essencial que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a necessidade de envolver a família nos cuidados ao doente crítico e, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados realizou-se uma revisão da literatura sobre o envolvimento da família na prevenção do *delirium* e os resultados foram relevantes para a prática. O envolvimento dos familiares provou ser uma intervenção promissora para reduzir a sua incidência. Quando existia um tempo maior de interação do paciente com os seus familiares, os pacientes tiveram uma redução na duração do *delirium*. Ressalva-se a importância dos cuidados centrados na família, na participação em atividades de prevenção do *delirium* como intervenção não farmacológica tem efeitos positivos na sua redução e prevalência na unidade de cuidados intensivos.

Os enfermeiros acabam por ter responsabilidade no desenvolvimento e manutenção de um ambiente seguro que contribua para diminuir a ocorrência de *delirium* (Pereira *et al.*, 2016). Neste sentido, considero que foi um contributo realizado para uma melhoria dos cuidados sensibilizar a equipa multidisciplinar, disponibilizando um trabalho escrito sobre os achados encontrados na literatura sobre esta problemática.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestre em Enfermagem, considero que a experiência vivenciada nos campos de estágio contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Os estágios revelaram-se muito enriquecedores, tanto a nível técnico, reflexivo, comunicacionais, relacionais e de gestão de situações complexas. Foram fundamentais e determinantes para o sucesso das atividades planeadas e realizadas e que permitiram atingir os objetivos propostos. Considero que trabalhei de forma adequada com a equipa multidisciplinar, participando na prestação de cuidados à PSC e família, demonstrando disponibilidade e interesse para adquirir novos conhecimentos.

A realização deste relatório pretendeu demonstrar as competências adquiridas ao longo deste percurso enquanto EEEMC na área da PSC. Tentei descrever de que forma este percurso contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Foi através dos projetos de estágio que tracei um caminho onde pretendia não só atingir os objetivos propostos como também atingir um nível de competências que permitisse distinguir a minha prestação de cuidados. Assim durante este percurso procurei obter as melhores experiências de aprendizagem juntando a pesquisa e o conhecimento científico. Uma das grandes limitações neste percurso foi a pesquisa em bases de dados científicas, no entanto com empenho, dedicação e apoio do professor orientador foi possível melhorar o meu desempenho e sentir-me mais capaz.

Com a obtenção do título de enfermeira mestre e especialista e com os conhecimentos e competências adquiridas espero contribuir futuramente para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais dos pares bem como inculir nos pares a capacidade da adesão a comportamentos relacionados com a melhoria das práticas baseadas na evidência científica. Pretendo levar todos estes ganhos para a minha prática pessoal com vista a melhorar de forma contínua a qualidade dos cuidados, tendo por base a evidência científica pertinente e atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade,C.G.,Costa,S.F.G.,Lopes,M.E.L.,Oliveira,R.C.,Nóbrega,M.M.L,&Abrão,F.M.S. (2014). Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 22(5), 674-679.

Apóstolo, J (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II (9), 61-67.

Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesth Intensive Care*, 44(4), 458-465.

Balas,M.C.,Tan,A.,Pun,B.T.,Ely,W.,Carson,S.S.,Mion,L.,Daly,M.A.B.&Vasilevskis,E.E. (2022). Effects of a National Quality Improvement Collaborative on ABCDEF Bundle Implementation. *American Journal Of Critical Care*,31 (1), 54–64.

Barreto, M.L.C (2017). *Cuidar da Pessoa em Situação Crítica com Status Neurológico Comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem [Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny Funchal]*. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Beringola, A.C., Vicent, L., Asenjo,R.M., Puerto, E., Pérez, L.D., Maruri, R., Moreno,G., Vidán,M., Arribas, F & Bueno,H. (2020). Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *American Heart Journal*, 232, 164-176.

Bohström, D., Carlström, E., Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28-33.

Caramujo, N., Carvalho, M. & Caria, H. (2011). Prevalência da Algiação sem Indicação. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 517-522.

Charrière,Q., Gagné,S., Bernard,L. (2021). Perceptions of healthcare professionals about the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: An integrative literature review. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 44 (1).

Cooper, A.S. (2021). Oral Hygiene Care to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*,41 (4).

Cruz, C.,& Riera,R. (2016). Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamiento*, 21 (3),106-108.

Diário da República (2015). Regulamento n.º 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. II série, nº48, 5948-5952.

Diário da República (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. II série, nº135,19359-19369.

Diário da República. (2019a). Lei nº95/2019. Lei de Bases da Saúde, I série (169),56.

Diário da República. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, (184),144-146.

Diário da República (2019c). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento. II série, nº 26, 4744-4750.

Diário da República (2021). Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. II série, nº187, 96-101.

Diário da República (2022). Despacho n.º 10901/2022. Atualização do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). II série, nº10901, 93-99.

Direção Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº9. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção, 1-26. <https://normas.dgs.min-saude.pt>.

Direção Geral da Saúde (2015a). Norma Clínica: 022/2015 Atualizada 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. www.dgs.pt.

Direção Geral de Saúde (2015b). Norma Clínica: 019/2015 Atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. www.dgs.pt.

Direção Geral de Saúde (2015c). Norma Clínica: 021/2015 Atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. www.dgs.pt.

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, 1-8.

Direção Geral da Saúde (2022). Norma nº 012/2022. Via Verde do Trauma no Adulto, 1-37. <https://normas.dgs.min-saude.pt>.

Faria,J.M.S.,Sousa,P.P.,Gomes,M.J.P. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. Enfermaria Global, 50, 490-502.

Flores, D.G., Salluh, J.I.F.,Chalhub,R.A. & Quarantini,L.C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Critical Care, 16(4).

Galinha de Sá, F.L.F.R., Botelho, M.A.R., & Henriques, M.A.P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista científica Pensar Enfermagem*, 19(1).

Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1-11.

Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M., & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 151-155.

González, V.T., Gastaldob, D., Casbasc, M.T.M., Peterb, E., Molinueva, A., & Sánchezd, M. (2019). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*, 51(5), 269-277.

Graça, A.C.G., Silva, N.A.P., Correia, T.I.G., Martins, M.D.S. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15).

Grupo Português de Triagem (2021). <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupoportugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.

Hamalainen, J., Kvist, T., Kankkunen, P. (2021). Exploratory Study of Patient Perceptions of Pain Management in Emergency Department. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1547-1557.

Hsiao, P., Hsiao, Ya-Chu., Redley, B., Lin, C., Han, C., & Hung, L. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Journal International Emergency Nursing*, 30, 3-8.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual Situações de Exceção. (Ed.1). Versão 3.0.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Relatório Anual Centro de Orientação de Doentes Urgentes, p. 17.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). Sistema Integrado de Emergência Médica. (Ed.1).

Jin, J., Youn, J., Tate, J., Choi, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. *Evaluation & the Health Professions*, 45 (4), 411–419.

Jorge, S., Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12(2).

Kasapoglu, E.S., & Enc, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatric Nursing*, 44, 207 -214.

Kotfis, K., Marra, A., & Ely, W. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 50 (2), 128–140.

Liang, S., Chau, J.P.C., Lo, S.H.S., Zhao, J., & Liu, W. (2022). Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1), 1-10.

Lin, L.Y., Peng, Y., Zhang, H., Huang, X., Chen, L., & Yanjuan Lin. (2022). Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 9(4), 1933–1942.

Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo nº 11/2002. Serviço de Urgência. I série, nº55,1865-1866.

Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Mitchell,M., Keane,S., Rattrayf,J.,Hull,A., Davis,C., Murfieldb,J., & Aitkena,L. (2017). A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 77–84.

Moreira, C.S.M. (2015). A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Moreno,K.A., Arnez,D.C., Liñares,L.F., Puigdemont, B.M. (2018). La Comunicación Terapéutica en Enfermería al final de la Vida. *Revisión Bibliográfica. Universitat Central de Catalunya*, 22(3),133-136.

Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2(5), 147-152.

Munro,C., Cairns,P., Ji,M., Calero,K., Anderson,W.,& Liang,Z. (2017). Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention. A pilot randomized controlled trial. *Heart & Lung*, 46(4) 234-238.

Neves, J.L., Schwartz, E., Guanilo, M.E.E., Amestoy, S.C., Mendieta, M.C., & Lise, F. (2018). Avaliação da Satisfação de Familiares de Pacientes Atendidos em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa da Literatura. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2).

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, p. 10.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015. Código Deontológico.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações. <https://ordemdosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>.

Paiva, J.A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/> .

Pereira, J.M., Barradas, F.J.R., Sequeira, R.M.C., Marques, M.C.M.P., Batista, M.J., Galhardas, M., & Santos, M.S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, IV (9), 29-36.

Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, M.J. (2020). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos do INEM, em contexto Covid 19 no ano 2020. Separata Científica (9), 25-33.

Pinto, F.J.F. (2011). Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal – Resultados de um inquérito nacional [Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96.

Rodrigues, L.M.O. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Salmani, F., Moghimian, M., & Jouzi, M. (2022). The effect of planned presence of the family at the time of weaning on the length of weaning from mechanical ventilation in patients with brain injury admitted to intensive care units. BMC Nursing, 21, 2-8.

Seo, Y., Lee, H. J., Ha, E. J., Ha, Sun, Tae. (2021). Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, Delirium, Immobility, and Sleep Disturbance in the Intensive Care Unit. *Acute and Critical Care* 37(1), 1-25.

Silva, D. P., Dias, E. S., Teles, H. C. C., Galdino, L. P., Jesus, C. V. F., & Lima, S. O. (2020). Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde E Desenvolvimento*, 14(17).

Smithburger, P., Korenoski, A., Gills, & Alexander, S. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-57.

Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018). Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 39.

Sweity, E., Salahat, A., Sada, A., Aswad, A., Zabin, L., Zyoud, S. (2022). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of nurses working in intensive care unit on pain management of critically ill patients: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21, 1-11.

Teixeira, J., Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10), 135-142.

Teixeira, S. D. G. R. (2019). Perceção da Dor nos Doentes Sedados e Ventilados Internados nos Cuidados Intensivos [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. S., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. S. F. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista científica de Enfermagem*, 6(17):19-23.

Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. (3ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Zali,M., Hassankhani,H., Powers,K., Dadashzadeh,A., & Ghafouri,R.R. (2017). Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International Emergency Nursing*, 34, 11–16.

APÊNDICES

**APÊNDICE I- As necessidades da família da pessoa em situação crítica
no serviço de urgência**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Unidade Curricular- A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e decisão
clínica**

**As necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de
urgência**

Elaborado: Sílvia Fernanda Machado Alves

Porto, junho de 2023



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Unidade Curricular - A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e decisão
clínica**

**As necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de
urgência**

Elaborado: Sílvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado Em Enfermagem / A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e decisão
clínica

Porto, junho de 2023

ÍNDICE

Introdução-----	79
1.As necessidades da família da pessoa em situação crítica-----	81
2. Dificuldades e estratégias do enfermeiro para cuidar da família da pessoa em situação crítica-----	85
Conclusão-----	87
Referências Bibliográficas-----	89

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular: “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e decisão clínica”, com a duração de 180 horas de contacto no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da zona Norte do grande Porto, durante o período de 15/05/2023 a 08/07/2023, surgiu a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica estruturada sobre a temática “ As necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência”.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19362).

Os enfermeiros experienciam dificuldades para cuidar da família da pessoa em situação crítica. Estas dificuldades por norma parecem estar associadas, entre outras, ao desconhecimento das necessidades da família (Galinha de Sá, *et al.*, 2015). As necessidades sentidas pela família da pessoa são muitas vezes colocadas em segundo plano, uma vez que, em contexto de cuidados a pessoas em situação crítica, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam. A família acaba por experienciar a situação de um familiar em estado crítico de forma intensa e emocional (Fulbrook *et al.*, 2007 *cit. in* Galinha de Sá *et al.*, 2015).

Por tudo isto, surge este tema, bem como pelo facto de me encontrar a realizar estágio num serviço de urgência e perceber que cuidar da família neste contexto é desafiante, principalmente pelas particularidades e desafios que surgem inesperadamente. Verifiquei que, dada a elevada afluência de pessoas no serviço de urgência e a carga de trabalho associada, por vezes não estão reunidas as condições para fornecer a atenção devida aos familiares da PSC, que também constituem um alvo de atenção por parte dos enfermeiros.

Parte-se para esta pesquisa bibliográfica tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) em que o foco não é apenas a pessoa em situação crítica, mas também a família. O cuidado à

família da pessoa em situação crítica é enfatizado nestas competências, salientando-se que o EEEMC “*cuida da pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19360).

Algumas unidades de competência que constam deste regulamento direcionam o seu foco para a família. A título de exemplo, é possível destacar que o EEEMC “*identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e /ou cirúrgicos complexos*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19360). Para além disso, “*reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica*”

Por tudo isto, como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, considero pertinente abordar a família da pessoa em situação crítica. A família sofre mudanças importantes bem como um impacto emocional durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, o sofrimento e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas relativas ao tratamento e ao prognóstico (Figueiredo, 2009 *cit. in* Rodrigues 2013).

A família parece assumir-se como parceira no cuidar e requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença (Rodrigues, 2013).

Para a realização desta pesquisa bibliográfica optou-se por uma pesquisa em bases de dados científicas e pesquisas no âmbito das teses académicas no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Relativamente à pesquisa em bases de dados científicas, recorreu-se às bases de dados CINHALL Complete e B-ON.

Este trabalho foi desenvolvido com base numa metodologia descritiva e adotou-se como norma de referência bibliográfica a *American Psychological Association* (7ª edição), bem como as recomendações da Universidade Católica Portuguesa.

1. AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros (2018), no Regulamento nº 429 sobre as competências específicas do EEEMC, salienta a importância da família como alvo dos seus cuidados especializados de enfermagem. Destacam-se as seguintes unidades de competência/critérios de avaliação que enfatizam a família:

- ✓ O EEEMC *“estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/ cuidador alvo dos seus cuidados”* (p.19360);
- ✓ O EEEMC *“previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores”* (p.19361);
- ✓ O EEEMC *“envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”* (p.19361);
- ✓ O EEEMC *“avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados”* (p.19361);
- ✓ *“apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”* (p.19361).

Parte-se para esta pesquisa bibliográfica tendo sempre presente estas unidades de competências e critérios de avaliação preconizados no regulamento da Ordem dos Enfermeiros, nos quais o alvo dos cuidados são não só a pessoa, mas a família e os cuidadores também. Também Fortunatti (2014) refere que os enfermeiros são os profissionais mais adequados para conhecer e satisfazer as necessidades da família da pessoa em situação crítica.

A família da pessoa em situação crítica vivencia um conjunto de necessidades relacionadas essencialmente com segurança, proximidade, informação, conforto e suporte. Essas necessidades podem passar despercebidas à equipa de saúde e, não sendo satisfeitas, acabam por gerar ansiedade e *stress*. No entanto, satisfazer essas necessidades parece promover a confiança e a segurança, aumentando a satisfação quanto ao cuidado percebido.

O facto de se ter em conta as necessidades dos familiares pode ser uma estratégia para reduzir a ansiedade dos mesmos, o que pode ter um impacto positivo na recuperação dos doentes (Hughes *et al.*, 2005 *cit. in* Hsiao *et al.*, 2016).

As necessidades da família são influenciadas por alguns aspetos como a cultura ou o contexto de atendimento. É essencial compreender essas necessidades para a prestação de cuidados focados na pessoa e na família.

Num estudo levado a cabo por Hsiao *et al.* (2016), verificou-se que os profissionais do serviço de emergência primeiramente priorizam a estabilização da pessoa em situação crítica e, por conseguinte, tendem a ignorar os familiares. Nesse mesmo estudo, os membros da família referiram que as necessidades de comunicação eram as mais importantes para eles, seguidas das necessidades relacionadas com a participação nos cuidados no Serviço de Urgência. As categorias "comunicação com familiares" e "participação dos familiares nos cuidados no serviço de urgência" foram classificadas como as mais importantes pelos familiares.

Num estudo de Ocak e Avsarogullari (2019) os participantes, na categoria "significado", assinalaram as seguintes necessidades, apontadas como "muito importantes": ter perguntas respondidas honestamente, ter segurança de que o familiar está a receber o melhor atendimento possível e sentir que a equipa do hospital se preocupa com familiar. Já na categoria "proximidade", os participantes classificaram as seguintes necessidades como "muito importantes": atender o familiar o mais rápido possível e estar com o familiar a qualquer momento. Na categoria "conforto", os participantes classificaram como necessidades "muito importantes": estar assegurado o conforto do seu familiar. Finalmente, na categoria "comunicação", os participantes referiram como uma necessidade muito importante a ser satisfeita o "ser informado sobre a condição e o tratamento do familiar em termos compreensíveis" e serem incluídos nas decisões sobre a saúde do familiar.

No estudo de Jorge e Madureira (2020), as necessidades consideradas como mais significativas pela família também foram as categorias de necessidades de segurança e informação. Os resultados das análises dos estudos destacam que a família identifica a necessidade de segurança e a necessidade de informação como as necessidades com mais alta prioridade, sendo que a necessidade de segurança está relacionada com o acesso à informação. As necessidades de segurança e informação incluíram: "ter a certeza de que

o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis”; “sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar”; obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas”; “ser atualizado frequentemente”; “conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar”; “receber informações que compreenda”; “ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis”; “falar com um enfermeiro” entre outros.

No mesmo estudo, também consideraram como sugestão para uma melhor satisfação das necessidades da família a utilização, por parte dos profissionais de saúde, de técnicas de comunicação eficazes e construtivas na abordagem à família. Também foi referido o uso de respostas honestas e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informações. Tudo isto parece promover a compreensão da família sobre o estado de saúde do seu familiar, assegurar a qualidade dos cuidados prestados e aliviar os sentimentos de medo, ansiedade e preocupação sentidos por estes. Nesta medida, ao satisfazerem estas necessidades, os profissionais de saúde proporcionam um alívio da incerteza e diminuem o stress e ansiedade da família.

Esta necessidade de clareza nas informações transmitidas também é identificada num estudo levado a cabo por Neves *et. al* (2018). Estes autores referem que as famílias associam a satisfação das necessidades ao oferecimento de informações claras, que permitam conhecer as necessidades de cuidados dos seus familiares.

De uma forma geral, com esta pesquisa foi possível identificar que as necessidades de comunicação são as mais importantes para os familiares, ou seja, a necessidade de serem informados sobre a condição e o tratamento do seu familiar. As necessidades de segurança e a necessidade de informação foram consideradas como prioritárias e a satisfação destas necessidades proporciona alívio da incerteza e diminui o *stress* e a ansiedade da família. Os familiares também valorizam o uso de respostas honestas e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informações.

A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar, contudo, a satisfação das suas necessidades em contextos críticos é frequentemente um desafio para os enfermeiros (Eggenberger & Nelms *cit. in* Galinha, 2015). Neste sentido, encontrou-se na literatura algumas das dificuldades e estratégias do

enfermeiro para cuidar da família da pessoa em situação crítica, que são apresentadas no capítulo seguinte.

2. DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO PARA CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Galinha de Sá *et al.* (2015), constatou-se que os enfermeiros experienciam dificuldades para cuidar da família da pessoa em situação crítica. Estas dificuldades, por norma, parecem estar associadas, entre outras, à falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio de se aproximar emocionalmente, à priorização constante dos cuidados à pessoa em detrimento da família, à reduzida formação e ao desconhecimento das necessidades da família. Verificou-se também que as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros para cuidar da família da pessoa em situação crítica são privilegiar a presença da família junto do doente, dar apoio no luto, comunicar eficazmente e dar informações sobre o estado da pessoa e envolver a família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

De forma geral, os autores sintetizaram as principais conclusões dos estudos que integraram a revisão sistemática da literatura. Assim, sintetizaram as principais estratégias utilizadas pelos Enfermeiros na Interação com a Família da Pessoa em Situação Crítica agrupando-as em quatro categorias:

- ✓ **Promover a presença** (exemplos: flexibilidade no horário de visitas; conforto físico, informação escrita sobre o funcionamento do serviço e contactos);
- ✓ **Comunicar eficazmente** (exemplos: relação empática; comunicação não verbal; informar com clareza e honestidade; respeitar a confidencialidade; disponibilidade; escutar preocupações; esclarecer as dúvidas e apoio emocional);
- ✓ **Apoiar no luto** (exemplos: permitir presença nos últimos momentos de vida; facultar apoio espiritual e participar em Decisões de Não Reanimação);
- ✓ **Participar no cuidado** (exemplos: promover a privacidade; considerar as preferências na individualização dos cuidados; incluir a família no plano de cuidados).

Relativamente aos obstáculos que interferem na interação do enfermeiro com a família, salienta-se a falta de tempo (reduzido rácio enfermeiro/doente); ausência de recursos físicos (sala para reunir com a família); receio de aproximação emocional ao sofrimento da família (mecanismo de *coping*); priorização dos cuidados à pessoa em situação crítica; reduzida formação na área e desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica (Galinha de Sá *et al.*, 2015).

Para Jin *et al.*, (2022), os enfermeiros reconhecem que existe uma necessidade de melhorar a sua comunicação e afirmam falta de confiança e experiência na comunicação com familiares. Afirmam também que se sentem desvalorizados pela família e que, apesar dos seus esforços, as reações das famílias eram duras e com reclamações, isto é, os enfermeiros relataram que a desvalorização e desconfiança que sentiam por parte dos familiares afetava-os negativamente na interação com os mesmos.

CONCLUSÃO

Considera-se que com esta pesquisa bibliográfica foi possível aprofundar um pouco mais a área da família e sobretudo as necessidades por ela sentidas quando se encontra num serviço de urgência. Percebeu-se que os enfermeiros, sendo os profissionais de saúde que maior proximidade tem com o doente, por prestar constantemente cuidados diretos, têm ferramentas para avaliar e intervir nas necessidades não só da pessoa em situação crítica, mas, também, da família.

Pessoalmente, considero que cuidar da família da pessoa em situação crítica, particularmente num serviço de urgência, exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades e pormenores do próprio contexto da urgência.

Percebe-se que é necessário estar atentos às necessidades dos familiares, manter uma comunicação eficaz e reconhecer a importância do seu papel na recuperação do familiar e na qualidade dos cuidados prestados.

Com o intuito de deixar o meu contributo como futura EEEMC no serviço de urgência, propus-me a realizar esta pesquisa bibliográfica estruturada com base em evidência científica, pertinente para o serviço, sobre as necessidades da família da pessoa em situação crítica. Com estes resultados, foi possível constatar que as necessidades de informação e comunicação são evidenciadas nos estudos analisados. Neste sentido, surgiu a oportunidade de desenvolver um panfleto para as famílias, tendo por base um conjunto de necessidades de informação identificadas e sistematizadas em conjunto com o Enfermeiro Tutor, de acordo com contexto do serviço de urgência médico-cirúrgica do Hospital da Zona Norte. Este panfleto assume-se como algo útil e é uma forma de informar e comunicar com a família da pessoa que se dirige ao serviço de urgência. O mesmo panfleto é apresentado no Apêndice I e a apresentação do mesmo à equipa é apresentada no Apêndice II.

Com os resultados deste trabalho, pretende-se sensibilizar os enfermeiros do serviço de urgência a melhor compreenderem as necessidades da família e a desenvolverem estratégias visando a sua satisfação. Ao satisfazerem estas necessidades da família, os enfermeiros poderão ter um papel relevante junto dos familiares da pessoa em situação crítica, contribuindo para a diminuição do *stress* e da ansiedade da família num serviço de urgência. Por fim, com a concretização desta pesquisa foi possível perceber que, apesar

de existirem alguns estudos sobre as necessidades da família da pessoa em situação crítica, pouco é conhecido sobre a experiência dos enfermeiros no cuidar dessa família. Fica como sugestão para investigações futuras, ou até mesmo nos próximos contextos de estágios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica nº429. 135(5).

Fortunatti,C. (2014). Necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico a la luz del instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Invest Educ Enferm, 32 (2).

Galinha de Sá, F.,Botelho,M.A., Henriques, M.A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. Revista científica Pensar Enfermagem, 19 (1).

Hsiao,P., Redley,B.,Lin, C.,Han, C., Hung-Ru Lin. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. Journal International Emergency Nursing, 30, 3-8.

Jorge, S., Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. Cadernos de Saúde, 12 (2).

Jin, J., Youn,J., Tate,j., Choi, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse-Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. Evaluation & the Health Professions (4), 411–419. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/01632787221076911>

Ocak, U., Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. Hong Kong Journal of Emergency Medicine (26) 328–335.

Rodrigues, L. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neves, J., Schwartz, E., Guanilo, M., Amestoy, S., Mendieta, M., & Lise, F. (2018). Avaliação da Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/cNhLzGb6p7L8WVvMxSJbK4k/?format=pdf&lang=pt>

APÊNDICE II- Formação em serviço: Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

Silvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Mestrado Em Enfermagem / A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica

Sumário

- Contextualização do problema;
- Objetivos do projeto;
- Apresentação do Folheto informativo para a família;
- Referências bibliográficas.

Contextualização do problema

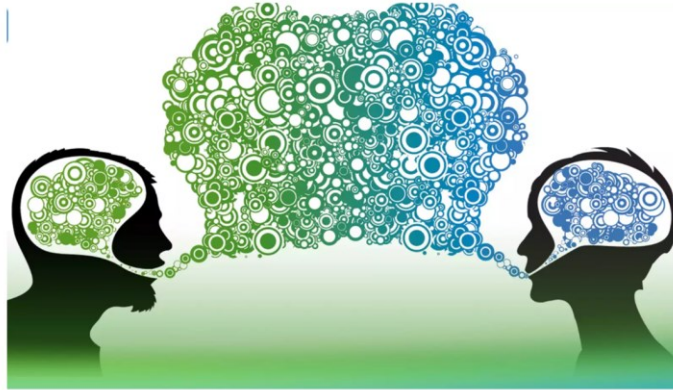
- A família sofre mudanças importantes bem como um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes (Figueiredo, 2009 cit in Rodrigues 2013).
- A família assume-se como parceira no cuidar e requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença (Rodrigues 2013).
- O facto de se ter em conta as necessidades dos familiares pode ser uma estratégia para reduzir a ansiedade dos mesmos, o que pode ter um impacto positivo na recuperação dos doentes (Hughes et al., 2005 cit. in Hsiao et al.,2016).
- As famílias associam a satisfação das necessidades ao fornecimento de informações claras e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informações (Neves et. al , 2018).
- Fortunatti (2014) refere que os enfermeiros são os profissionais mais indicados para conhecer e satisfazer as necessidades da família da pessoa em situação crítica.

Num estudo de Ocak e Avsarogullari (2019) os familiares assinalaram as seguintes necessidades, apontadas como “muito importantes”:

- ✓ Ter perguntas respondidas honestamente;
- ✓ A utilização de termos simples e claros na comunicação de informações;
- ✓ Ter segurança de que o familiar está a receber o melhor atendimento possível e sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar;
- ✓ Atender o familiar o mais rapidamente possível e estar com o familiar a qualquer momento;
- ✓ Estar assegurado o conforto do seu familiar;
- ✓ Ser informado sobre a condição e o tratamento do familiar em termos compreensíveis.



As necessidades consideradas como mais significativas pela família foram as categorias de necessidades de segurança, informação e comunicação.



Objetivo do Projeto

- Contribuir para a melhoria da qualidade do acolhimento da família do doente;
- Contribuir para a satisfação das necessidades de informação das famílias no serviço de urgência de um Hospital da Zona Norte;
- Contribuir para a humanização dos cuidados;
- Promover a literacia em saúde das famílias que se deslocam ao Serviço de Urgência (SU);
- Promover a qualidade dos cuidados prestados às famílias que se deslocam ao SU.
- Contribuir para uma comunicação clara de informações.


Projeto de Intervenção - Folheto Informativo para a família

O Folheto informativo foi elaborado com base nas necessidades encontradas no SU do Hospital da Zona Norte;

e contém:

- Breve resumo sobre a missão e os valores do Hospital da Zona Norte;
- Informação sobre a Triagem de Manchester e as prioridades atribuídas;
- Regras de acompanhamento e visitas a doentes no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do Hospital da Zona Norte;
- Informações sobre espólios;
- Calendário anual sobre as farmácias de serviço da região próxima do hospital;
- Irá conter um QR-Code de acesso direto ao *site* do Hospital da Zona Norte e um QR-Code de acesso ao inquérito de satisfação.

Projeto de Intervenção- Folheto Informativo para a família

<p>Missão e Valores do Hospital da Zona Norte</p> <p>Missão</p> <ul style="list-style-type: none">• Presta cuidados de saúde à população da sua área;• Estimula a investigação e o desenvolvimento científico; <p>Desenvolve ações de investigação, formação e ensino.</p> <p>Valores</p> <ul style="list-style-type: none">• Competência;• Humanismo;• Rigor;• Transparência;• Solidariedade;• União;• Ambição.	<p>Triagem de Manchester</p> <p>Permite o atendimento de acordo com a sua prioridade e gravidade</p>  <p>0 (0-5 min) - Emergência: Atendimento imediato, risco de vida iminente.</p> <p>10 (5-15 min) - Muito Urgente: Atendimento imediato, risco de vida iminente.</p> <p>60 (15-30 min) - Urgente: Atendimento imediato, risco de vida iminente.</p> <p>120 (30-60 min) - Pouco Urgente: Atendimento imediato, risco de vida iminente.</p> <p>240 (60-240 min) - Não Urgente: Atendimento imediato, risco de vida iminente.</p>	<p>Acompanhamento e visitas no Serviço de Urgência</p> <p>É permitido o acompanhamento aos utentes <u>que deambulam</u> e apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none">• confusão mental• Demência• Dificuldade de comunicação <p>Para utentes em maca é permitida uma visita:</p> <p>- 4h/4h acompanhada por elemento do balcão de informações ou elemento do voluntariado</p>
--	--	---

ESPÓLIOS

- Deverá evitar trazer objetos de valor.
- Documentos, dinheiro, jóias e outros valores devem ser recolhidos pelos familiares.

O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS PERTENCES QUE FICAM NA POSSE DO/DA DOENTE!



**Calendário Anual—
Farmácias de Serviço**

A sua opinião importa!

Grau de Satisfação → 

Logotipo do Hospital da Zona Norte

Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

Morada:

Contacto Geral: 000.000.000

Contacto Informações:

Mail:

QR CODE 

Referências Bibliográficas

- Fortunatti,C.(2014). *Necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico a la luz del instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Invest Educ Enferm (2).
- Hsiao,P., Redley,B.,Lin, C.,Han, C., Hung-Ru Lin. 2016. *Family needs of critically ill patients in the emergency department*. Journal International Emergency Nursing.
- Neves, J., Schwartz, E., Guanilo, M., Amestoy, S., Mendieta, M., & Lise, F. (2018). *Avaliação da Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura*.
- Ocak, U., Avsarogullari, L.(2019). *Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department*. Hong Kong Journal of Emergency Medicine (26) 328–335.
- Rodrigues,L.2013. *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

Sílvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Mestrado Em Enfermagem / A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica

Apêndice II- Revisão da Literatura: A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspectiva dos enfermeiros e familiares



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC – Estágio Final e Relatório

**A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: A
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS E DOS FAMILIARES**

Elaborado: Silvia Fernanda Machado Alves

Porto, outubro de 2023



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC – Estágio Final e Relatório

**A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: A
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS E DOS FAMILIARES**

Elaborado: Silvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professor Doutor Vasco Neves

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado Em Enfermagem / A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e
decisão clínica

Porto, outubro de 2023

ÍNDICE

Introdução.....	105
1. Enquadramento teórico.....	107
2. Metodologia.....	111
2.1. Resultados.....	113
2.2. Discussão.....	115
Conclusão	117
Referências Bibliográficas	119

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular: “Estágio Final e Relatório”, com a duração de 180 horas de contacto no INEM nos meios SIV e VMER na zona do grande Porto, durante o período de 04/09/2023 a 24/09/2023 surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura sobre: A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspetiva dos enfermeiros e dos familiares.

A pessoa em situação crítica é definida, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica n.º 124/2011, 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*” (p. 8656).

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o conceito de Enfermeiro especialista é definido como *aquela que se encontra habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade* (Decreto-lei n.º 161/96, p. 2960).

Neste sentido, de acordo com as suas qualificações profissionais os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade, entre outras, na área de investigação para uma melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem (Decreto-lei n.º 161/96, p. 2961).

Por tudo isto, e de forma a deixar o meu contributo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada surge a elaboração desta revisão da literatura relacionada com a presença da família na reanimação cardiopulmonar. O objetivo desta revisão é perceber qual a perspetiva/opinião dos enfermeiros e dos familiares sobre a presença dos familiares durante a reanimação de um doente crítico.

Esta tema surge pelo facto de durante o estágio, no pré-hospitalar, ter presenciado que os profissionais de saúde eram confrontados com o desafio de prestar cuidados a doentes críticos no próprio domicílio da vítima e na presença dos familiares. Em duas ocorrências durante o estágio em que o motivo das duas eram doentes em paragens cardiorrespiratórias a atitudes dos enfermeiros foi diferente, um permitiu a presença dos familiares e na outra ocorrência foi pedido o afastamento dos mesmos.

E, sendo um tema que ainda gera alguma controvérsia e discussão existe necessidade de sensibilizar os enfermeiros sobre esta temática e refletir sobre estudos internacionais sobre presença da família durante a reanimação cardiopulmonar na perspetiva dos familiares e dos próprios enfermeiros.

Para a realização da revisão da literatura optou-se por uma pesquisa em bases de dados científicas bem como, procedeu-se à pesquisa no âmbito das teses académicas e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal para complemento do enquadramento teórico.

Esta revisão da literatura apresenta-se como uma metodologia descritiva. Para a realização desta revisão, adotou-se como norma de referenciação bibliográfica, APA 7^a edição bem como a norma de formatação gráfica da UCP.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A intervenção clínica, no contexto pré-hospitalar, tem como objetivo garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e /ou acidente. Esta prestação de cuidados é assegurada pelos meios disponíveis no sentido de uma correta estabilização da vítima no local do acidente, bem como o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à sua chegada às unidades de saúde adequada (OE, 2012).

A equipa que atua no pré-hospitalar tende a pedir o afastamento dos familiares, justificando como sendo menos traumatizante e, de certa forma mais facilitadora da tomada de decisão dos profissionais durante a reanimação, mais concretamente quanto à cessão de procedimentos. As famílias deixam de ser cuidadas pela equipa, sendo o foco de atenção a recuperação das funções vitais do doente (Malta *et al.*, 2015).

Envolver as famílias dos pacientes nos cuidados pode melhorar a segurança e a satisfação dos pacientes. No entanto, quando ocorrem emergências existe controvérsia entre os prestadores de cuidados de saúde sobre a presença da família durante a reanimação (Tudor *et al.*, 2014).

A relação terapêutica que existe no exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria com o cliente. No entanto, existem várias circunstâncias em que a parceria deve envolver as pessoas significativas para o cliente como a família ou convivente significativo (OE, 2002).

Também o REPE enfatiza esta parceria, pois os cuidados de enfermagem caracterizam-se por terem como fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, família, grupos e comunidade, sendo estes os alvos dos cuidados de enfermagem (Decreto-lei n.º161/96, p. 2960).

Assim sendo, e tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é *“composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo*

considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 115).

A presença da família durante a reanimação é uma opção inovadora e multidisciplinar que tem como objetivo prestar cuidados centrados na família no início da experiência de cuidados críticos (Leske *et al.*, 2017).

Num estudo levado a cabo por Fernandes *et al.* (2015) os enfermeiros que participaram revelaram uma atitude favorável à importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem. No entanto, esta opinião parece não ser consensual entre os enfermeiros e profissionais de saúde como se pode verificar nos artigos encontrados para complementar esta investigação.

No estudo de El-Masri & Fox-Wasylyshyn (2007) os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros referem preocupação com a interferência dos membros da família num procedimento, isto porque os membros da família podem observar o bom ou mau desempenho da prestação de cuidados.

Num exploratório descritivo, levado a cabo por Batista *et al.* (2017) sobre a presença da família durante as situações de emergência, foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros incluídos no estudo não concorda com a presença de familiares em situações de reanimação. Desta forma, uma das desvantagens descritas no presente estudo foi que os familiares poderão interferir negativamente no desempenho da equipa, dificultando a sua atuação bem como aumentando o stress dos profissionais. Referem mesmo que não existem vantagens na presença de familiares durante uma reanimação e que pode levar à não compreensão por parte dos familiares dos cuidados prestados e poderá causar ansiedade nos mesmos. Por outro lado, também estão descritas algumas vantagens relativamente à presença de familiares em situações de emergência, sendo as mais relevantes o fornecimento de informação clínica por parte dos familiares.

Também no estudo de Tudor *et al.* (2014) os enfermeiros consideraram haver benefício na presença da família durante a reanimação e que, o maior era a garantia, aos familiares, de que tudo foi feito para ajudar o seu familiar e, que de certo modo ajudaria a família a encerrar o assunto. No entanto, também foram identificadas várias barreiras. A mais comum foi a perceção de que os membros da família do doente pudessem interferir com a reanimação, quer devido à sua reação emocional/ou comportamental à situação.

Ainda sobre as barreiras, Abdar *et al.* (2016), no seu estudo, refere que as principais barreiras percebidas à presença da família durante a reanimação pelos enfermeiros iranianos foram o aumento do stress e da ansiedade entre os membros da equipa de RCP, experiência traumática para os familiares, dificuldade em interromper a RCP em situações fúteis devido a possíveis solicitações da família, impressões familiares que a reanimação é caótica e medo de litígio.

Doolin *et al.* (2011) as cited in Tudor *et al.* (2014) revela no seu estudo que a presença da família durante a reanimação não afeta negativamente a comunicação entre os membros da equipa de saúde, não interfere na tomada de decisões ou nos cuidados. Refere que ajuda os familiares do paciente a compreenderem que tudo o que era possível foi feito pelo seu ente querido. Por outro lado, os familiares revelaram que o facto de estarem presentes durante a reanimação do seu familiar proporcionou o encerramento e ajudou no processo de luto. As barreiras à presença da família incluíram o medo de que a família de um paciente possa interferir nos cuidados do paciente, a ansiedade de desempenho dos prestadores de cuidados, a falta de apoio aos membros da família e, o medo do trauma emocional que a situação possa causar aos membros da família.

Num estudo de Cruz *et al.* (2019), sobre a presença da família durante o atendimento no pré-hospitalar, os profissionais de saúde referem que ao chegarem ao local, deparam-se com a presença da família próxima ao paciente e, que, habitualmente, estes se encontram-se angustiados, chorosos e com dúvidas quanto ao atendimento. Referem também que numa primeira abordagem solicitam aos familiares que se retirem do local, para que possam organizar o atendimento. No entanto, como existe necessidade de informações alguns profissionais revelaram que, em situações pontuais, a família pode acompanhar o atendimento. Desta forma, verifica-se que não há um consenso na decisão sobre a presença da família, isto é, apesar de a exclusão familiar ser uma prática instituída esta decisão parece oscilar.

Alguns profissionais referem que o foco da assistência no pré-hospitalar deve ser o paciente e o facto de a família estar presente poderá distrair os profissionais de saúde e de certo modo comprometer a qualidade da assistência. No entanto outros também referem como positiva a presença dos familiares por serem uma fonte de informações sobre o doente.

2. METODOLOGIA

Para a realização da questão de investigação, utilizou-se a metodologia PCC (População, Contexto e Conceito), sendo que a População é a Família e os Enfermeiros, o Contexto é durante a reanimação cardiopulmonar e o Conceito é a presença da família na reanimação cardiopulmonar. Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a opinião dos enfermeiros e dos familiares sobre a presença da família durante uma situação de reanimação cardiopulmonar? “.

De forma a responder à questão supracitada formulou-se como objetivo: Saber a opinião dos familiares e dos enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar. Desta forma, propus-me realizar uma revisão da literatura para obter conhecimentos científicos sobre esta temática.

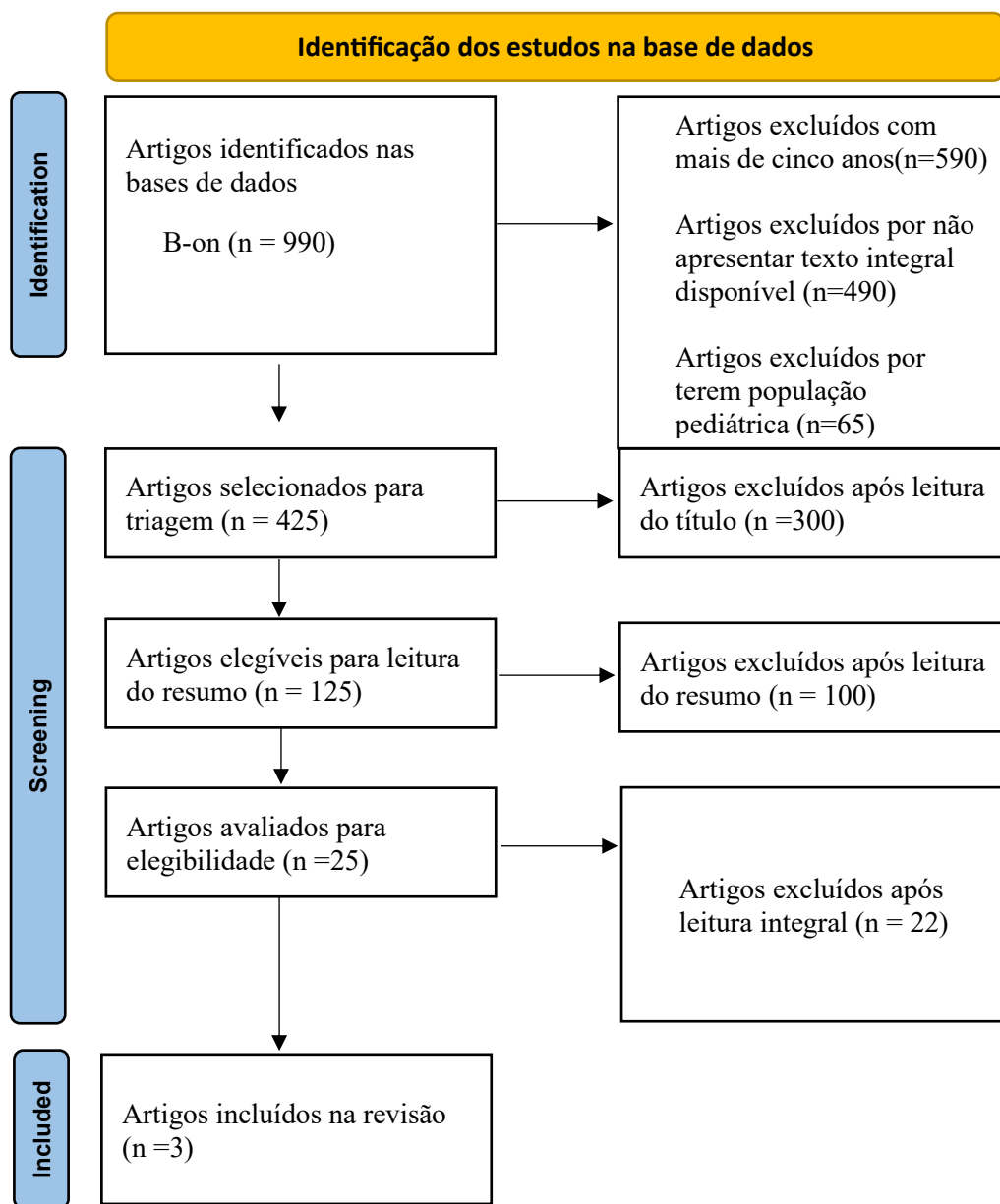
Relativamente à pesquisa, recorreu-se a bases científicas como a B-ON.

Para a seleção dos artigos definiu-se os seguintes descritores que foram validados pela DECS/MESH e utilizou-se o operador booleano “AND”: “Family” AND “cardiopulmonary resuscitation” AND “Nurses”.

Antes de efetuar a pesquisa, utilizei delimitadores de pesquisa como: texto integral e artigos dos últimos 5 anos (do ano 2017 a 2022). Os critérios de exclusão foram artigos em que a população fosse pediátrica.

A Figura 1 demonstra o processo de identificação e seleção realizada através do PRISMA Diagram flow na base de dados selecionada.

Diagrama Prisma



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

2.1. Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos da revisão da literatura. Após a seleção dos artigos, obteve-se uma amostra final de três artigos os quais se considerou os mais pertinentes para dar resposta à questão de investigação.

Foram realizadas e analisadas as tabelas de evidências correspondente a cada artigo, que podem ser consultadas no apêndice I. De seguida procede-se à exposição dos resultados obtidos.

Artigo 1

No artigo 1 de González *et al.* (2019) os familiares consideram que presenciar as manobras de reanimação podia aumentar o seu sofrimento. Relativamente aos profissionais de saúde a sua preocupação, com a presença da família durante a reanimação, era com a possibilidade de os familiares ao presenciarem procedimentos invasivos lhes causassem traumas psicológicos.

Os resultados referem que o profissional tem receio de que a presença de familiares dificulte o desenvolvimento das manobras. Por outro lado, acreditam que o facto de a família observar como são feitos os esforços necessários para manter a vida do familiar pode ser benéfico para os membros da família levando a uma melhor aceitação.

Por fim, os resultados referem que a presença da família durante a reanimação de um familiar trata-se de uma prática pouco habitual e que a sua decisão é complexa, sendo necessária uma avaliação independente de cada caso. O local onde ocorre a paragem, isto é, o contexto onde acontece, determina a possibilidade de realização de RCP presenciada. Referem que o domicílio e a rua surgem como facilitadores da presença dos familiares durante a RCP.

Artigo 2

No artigo 2 de Charrière *et al.* (2021), uma revisão da literatura, apuraram que os enfermeiros sentem que a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar ajuda as famílias a compreender o nível de cuidados prestados ao seu familiar e os esforços pela equipa de saúde.

Referem ainda que, a presença da família durante a reanimação ajuda a reduzir a ansiedade da família e ajuda a compreender melhor a gravidade da situação e que essa

presença pode ajudar a evitar que a família desenvolva uma visão distorcida das circunstâncias.

Os enfermeiros veem benefício na presença de familiares pois pode torná-los mais abertos quando chega a hora de interromper os procedimentos de reanimação. Na opinião de muitos autores, a presença da família pode ser útil para iniciar o processo de luto.

Ainda nesta revisão referem que a frequência de ocorrência de stress pós-traumático é significativamente maior entre as famílias que não estão presentes durante a reanimação do seu ente querido em comparação com aquelas que estão. Alguns sintomas de stress pós-traumático, como ansiedade e depressão, são mais prevalentes entre os familiares que não estavam presentes durante a reanimação.

Muitos autores afirmam que a presença familiar ajuda a fortalecer o relacionamento entre a família e a equipe de saúde. Os enfermeiros dizem sentir-se valorizados pela família quando a família consegue estar presente durante a ressuscitação cardiopulmonar. Estes mesmos autores sublinham que, nesta situação, a família reconhece os esforços empreendidos pelos profissionais.

Artigo 3

No artigo 3 de Zali *et al.* (2017) referem que houve uma diferença significativa entre enfermeiros e familiares em relação às vantagens da presença da família durante a reanimação.

Os familiares tiveram um nível de concordância significativamente maior do que os enfermeiros para todos os itens que mediam as vantagens da presença da família durante a reanimação.

Quase todos os enfermeiros concordaram com cada um dos itens que mediam as desvantagens da presença da família durante a reanimação, incluindo: “*os familiares pode interferir na RCP e a sua presença pode prolongar a reanimação tornando a decisão de interromper a reanimação mais difícil.* O item em que os enfermeiros estavam mais de acordo era a afirmação que referia que “*o processo de RCP é muito angustiante para os familiares*”.

Mais da metade dos membros da família sentiram que a presença da família durante a reanimação é um direito seu, enquanto a maioria dos enfermeiros discordou da presença da família durante a reanimação.

Em suma, os enfermeiros não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares. Em vez disso, os enfermeiros sentiram que a presença da família durante a reanimação é muito angustiante para os familiares e poderia haver interferência na abordagem ao paciente. Os enfermeiros sentiram que presença da família durante a reanimação prolongaria a reanimação e dificultaria a interrupção da mesma.

2.2. Discussão

Neste capítulo pretende-se analisar e confrontar os resultados decorrentes desta revisão da literatura tendo por base as evidências já identificadas.

Relativamente ao tipo de estudo, os 3 artigos incluídos nesta revisão são díspares, sendo um qualitativo exploratório e uma análise temática, uma revisão integrativa da literatura e por fim um estudo descritivo-correlacional.

No artigo 1 de González *et al.* (2019) os familiares consideraram que presenciar as manobras de reanimação podia aumentar o seu sofrimento. Por outro lado, uma das preocupações dos profissionais de saúde relativos à presença da família durante a reanimação, era com a possibilidade de os familiares ao presenciarem procedimentos invasivos lhes causassem traumas psicológicos.

Estes dados vão de encontro ao que foi encontrado na literatura, no estudo de Doolin *et al.* (2011) as cited in Tudor *et al.* (2014) uma das barreiras mencionadas à presença da família era o medo do trauma emocional que a situação podia causar aos membros da família. Também Abdar *et al.* (2016), no seu estudo, refere que as principais barreiras percebidas à presença da família durante a reanimação pelos enfermeiros foram entre outros a experiência traumática para os familiares.

Ainda no artigo 1, o profissional tem receio de que a presença de familiares dificulte o desenvolvimento das manobras. Este facto também é evidenciado no artigo 3 de Zali *et al.* (2017), os enfermeiros sentiram que a presença da família durante a reanimação prolongaria a mesma e dificultaria a sua interrupção, o que poderia interferir na abordagem ao doente. Este facto também foi identificado na literatura, Batista *et al.* (2017) refere que uma das desvantagens à presença da família na reanimação, prende-se

com o facto de que os familiares poderão interferir negativamente no desempenho da equipa, dificultando a atuação bem como aumentando o stress dos profissionais.

Por outro lado, ainda no artigo 1, os profissionais acreditam que o facto de a família observar como são feitos os esforços necessários para manter a vida do familiar pode ser benéfico para os membros da família levando a uma melhor aceitação. Este facto é comum também no artigo 2 de Charrière *et al.* (2021), que refere que os enfermeiros sentem que a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar ajuda as famílias a compreender o nível de cuidados prestados ao seu familiar e os esforços pela equipa de saúde, bem como ser útil para iniciar o processo de luto.

Tal facto também se comprovou na literatura, nomeadamente no estudo de Tudor *et al.* (2014) os enfermeiros consideraram haver benefício na presença da família durante a reanimação e que, o maior era a garantia, aos familiares, de que tudo foi feito para ajudar o seu familiar e, que de certo modo ajudaria a família a encerrar o assunto. Também no estudo de Doolin *et al.* (2011) as cited in Tudor *et al.* (2014) os familiares revelaram que o facto de estarem presentes durante a reanimação do seu familiar proporcionou o encerramento e ajudou no processo de luto.

No artigo 3 de Zali *et al.* (2017) mais da metade dos membros da família sentiram que a sua presença durante a reanimação é um direito seu. Os familiares tiveram um nível de concordância significativamente maior do que os enfermeiros para todos os itens que mediam as vantagens da presença da família durante a reanimação.

A maioria dos enfermeiros discordou da presença da família durante a reanimação. Os enfermeiros não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares.

Também a literatura corrobora este facto, num estudo de Batista *et al.* (2017) sobre a presença da família durante as emergências, foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros incluídos no estudo não concorda com a presença de familiares em situações de reanimação. Referem mesmo que não existem vantagens na presença de familiares durante uma reanimação e que pode levar à não compreensão por parte dos familiares dos cuidados prestados e poderá causar ansiedade nos mesmos.

CONCLUSÃO

Relativamente aos artigos analisados, existem informações que foram comuns nos três artigos e outras em que havia divergência nas opiniões. Os estudos analisados permitem concluir que os enfermeiros, maioritariamente consideram a presença da família durante a reanimação benéfica. Referem que o facto de estarem presentes parece ser facilitador no processo de aceitação da situação ou do luto. Outro dos benefícios prende-se com a possibilidade de os profissionais de saúde interrogarem os familiares acerca da história prévia ou antecedentes de doença, permitindo uma recolha de informação junto da família.

No entanto existem enfermeiros que não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares. Os profissionais de saúde mostraram preocupação relativa à presença da família durante a reanimação como podendo ser um procedimento que causasse traumas psicológicos nos membros da família.

O profissional parece ter receio de que a presença de familiares dificulte o desenvolvimento das manobras, isto é, prolongaria a reanimação e dificultaria a interrupção da mesma levando a uma interferência na abordagem ao paciente.

Relativamente à família, num estudo referem que o facto de presenciarem a reanimação poderá aumentar o seu sofrimento e, descreveram medo e resistência em presenciar a RCP. Em outro estudo mais da metade dos membros da família sentiram que a sua presença durante a reanimação é um direito seu.

A constatação de que esta revisão apresenta um número limitado de resultados reconhece as suas limitações e sugere a necessidade de novos estudos que possam consolidar os dados identificados.

Ao longo da realização desta revisão foram surgindo muitas dificuldades uma vez que não estava familiarizada com a pesquisa em base de dados e pelo facto de o tempo ser curto para a sua realização, leitura e análise dos artigos.

Uma das dificuldades com que me deparei na pesquisa foi à cerca de encontrar estudos que restringissem apenas ao pré-hospitalar, muitos deles o ambiente era no serviço de

urgência ou numa unidade de cuidados intensivos. Também pelo facto de a equipa no pré-hospitalar em outros países serem compostos por outros elementos, os paramédicos. Como proposta para estudos futuros seria aconselhável aprofundar a experiência subjetiva dos familiares que presenciaram a RCP no pré-hospitalar.

Considero ter atingido o objetivo proposto com esta revisão da literatura e foi possível identificar a opinião dos familiares e dos enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar. Percebeu-se que continua a ser um tema controverso que divide opiniões e não é unânime entre familiares e profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdar, M., Rafiei, H., Amiri, M., Tajadini, M., Tavan, A., Rayani, F., Ebrahimi, F., & Farokhzadian, J. (2016). Iranian nurse attitudes towards the presence of family members during CPR. *British Journal of Cardiac Nursing*, 11(9).

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83-92.

Charrière, Q., Gagné, S., Bernard, L. (2021). Perceptions of healthcare professionals about the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: An integrative literature review. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 44(1).

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Cruz, M., Gomes, Z., Barreto, S., & Marcon, S. (2019). Family presence during emergency prehospital care: professionals' perception and experience. *Journal of Nursing and Health*, 9(2).

Diário da República (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica nº429. 2ª série-nº135

Diário da República (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº 35. 2ª série-nº124.

El-Masri, Fox-Wasylyshyn. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and critical care nursing*, 23, 43-50.

Fernandes,C., Gomes, J., Martins,M., Gomes,B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Enfermeiros Atitudes no Ambiente Hospitalar. *Journal of Nursing Referência*, 7(4).

González,V., Gastaldob,D., Casbasc,M., Peterb,E., Molinuevoa,A., & Sánchezd,M. (2019). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*, 51(5), 269-277.

Leske, J., Andrew, N., Brasel, K., & Feetham,S. (2017). Family Presence During Resuscitation After Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2).

Malta,H., Alves,N., Graça,P., Conde,T., & Costa,T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 29,74-96.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar. pp.2-23. Obtido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_protég.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-lei n.º 161/96, pp. 2960-2961).

Tudor, K., Berger,J., Polivka,B., Chlebowy,R., & Thomas,B. (2014). Nurses's Perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 23(6).

Zali,M., Hassankhani,H., Powers,K., Dadashzadeh,A., & Ghafouri,R. (2017). Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International Emergency Nursing*, 34, 11–16.

APÊNDICES

Apêndice I- Tabela de Evidências

Artigo 1

Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco
Autores: Verónica Tíscar-González; Denise Gastaldob; Maria Teresa Moreno-Casbas; Elizabeth Peterb; Ascensión Rodríguez-Molinuevoa; Montserrat Gea-Sánchezd.
Fonte: Elsevier. Aten Primaria. 2019;51(5):269-277
Palavras-chave: Reanimación cardiopulmonar; Investigación cualitativa; Familia; Bioética
Tipo de Estudo: Qualitativo exploratório e uma análise temática
Instrumento de coleta de dados: Amostragem intencional
Participantes: Pacientes, familiares, médicos e enfermeiros
Objetivo geral: Explorar a percepção sobre a presença de familiares durante a reanimação cardiopulmonar (RCP) em pacientes adultos, dos próprios pacientes e seus familiares, enfermeiros e médicos.
Resultados/Conclusões: -Os familiares consideram que presenciar as manobras de reanimação pode aumentar o seu sofrimento. - Neste estudo, pacientes e familiares descreveram medo e resistência em presenciar a RCP; -Os profissionais de saúde demonstraram preocupação com a possibilidade de os familiares presenciarem procedimentos invasivos e que estes causem traumas psicológicos. -Os profissionais têm receio de que a presença de familiares dificulte o desenvolvimento das manobras; Fatores positivos:

<p>-Os profissionais acreditam que observar como são feitos os esforços necessários para manter a vida do seu familiar pode ser benéfico para os membros da família levando a uma melhor aceitação;</p> <p>- A presença da família durante a reanimação de um familiar trata-se de uma prática pouco habitual e que a sua decisão é complexa, sendo necessária uma avaliação independente de cada caso.</p> <p>-O local onde ocorre a paragem, isto é, o contexto onde acontece, determina a possibilidade de realização de RCP presenciada. Referem que o domicílio e a rua surgem como facilitadores da presença dos familiares durante a RCP.</p>
--

Artigo 2

<p>Perceptions of healthcare professionals about the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: An integrative literature review</p>
<p>Autores: Quentin Beveillard-Charrière; Steve Gagné; Laurence Bernard</p>
<p>Fonte: Canadian Journal of Emergency Nursing, Vol. 44, No. 1, Spring 2021</p>
<p>Palavras-chave: interprofessional team, resuscitation, emergency department, family, integrative review</p>
<p>Tipo de Estudo: Revisão integrativa da literatura</p>
<p>Instrumento de colheita de dados: CINAHL, PsycINFO, MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library e Joanna Briggs Institute (JBI)</p>
<p>Participantes: 23 artigos científicos foram selecionados.</p>
<p>Objetivo geral: Explorar os artigos existentes sobre a perceção dos membros de uma equipa profissional em relação à presença de familiares durante procedimentos de reanimação cardiopulmonar em pronto-socorro</p>
<p>Resultados/Conclusões:</p>

- Segundo muitos autores, os enfermeiros sentem que a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar ajuda as famílias a compreender o nível de cuidados prestados ao seu familiar e os esforços pela equipa de saúde.
- A presença da família durante a reanimação ajuda a reduzir a ansiedade da família e ajuda a compreender melhor a gravidade da situação e que essa presença pode ajudar a evitar que a família desenvolva uma visão distorcida das circunstâncias.
- Os enfermeiros veem benefício na presença de familiares pois pode torná-los mais abertos quando chega a hora de interromper os procedimentos de reanimação.
- Na opinião de muitos autores, a presença da família pode ser útil para iniciar o processo de luto.
- A frequência de ocorrência de stress pós-traumático é significativamente maior entre as famílias que não estão presentes durante a reanimação do seu ente querido em comparação com aquelas que estão.
- Muitos autores afirmam que a presença familiar ajuda a fortalecer o relacionamento entre a família e a equipa de saúde
- Os enfermeiros dizem sentir-se valorizados pela família quando a família consegue estar presente durante a ressuscitação cardiopulmonar. Sublinham que, nesta situação, a família reconhece os esforços empreendidos pelos profissionais.

Artigo 3

Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members
Autores: Mahnaz Zali; Hadi Hassankhani; Kelly A. Powers; Abbas Dadashzadeh; Rouzbeh Rajaei Ghafouri
Fonte: International Emergency Nursing 34 (2017) 11–16
Palavras-chave: Family presence; Resuscitation; Nurses; Attitudes
Tipo de Estudo: Estudo descritivo-correlacional
Instrumento de colheita de dados: Questionário
Participantes: Amostra aleatória de 178 enfermeiros e 136 familiares em quatro hospitais localizados no Irão.
Objetivo geral: Determinar as atitudes dos enfermeiros e familiares iranianos em relação à presença da família durante a reanimação
Resultados/Conclusões: <ul style="list-style-type: none">- Houve uma diferença significativa entre enfermeiros e familiares em relação às vantagens potenciais da presença da família durante a reanimação; - Os familiares tiveram um nível de concordância significativamente maior do que os enfermeiros para todos os itens que mediam as vantagens da presença da família durante a reanimação; - Quase todos os enfermeiros concordaram com cada um dos itens que mediam as desvantagens da presença da família durante a reanimação, incluindo: “os familiares pode interferir na RCP e a sua presença pode prolongar a reanimação tornando a decisão de interromper a reanimação mais difícil. O item em que os enfermeiros estavam mais de acordo era a afirmação que referia que “o processo de RCP é muito angustiante para os familiares”;

- Mais da metade dos membros da família sentiram que a presença da família durante a reanimação é um direito seu, enquanto que a maioria dos enfermeiros discordou da presença da família durante a reanimação;

Resumo: Os enfermeiros não sentiram que a presença da família durante a reanimação poderia beneficiar os familiares. Em vez disso, os enfermeiros sentiram que presença da família durante a reanimação é muito angustiante para os familiares e poderia haver interferência na abordagem ao paciente. Os enfermeiros sentiram que presença da família durante a reanimação prolongaria a reanimação e dificultaria a interrupção da mesma.

Apêndice II- Plano de Sessão da Formação

Plano de Sessão

Formador:	Silvia Fernanda Machado Alves
Data	25/10/2023
Duração:	20 minutos
Tema	A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspetiva dos enfermeiros e dos familiares
População-alvo	Enfermeiros do Instituto Nacional de Emergência Médica
Objetivos gerais	-Sensibilizar os formandos, nomeadamente os enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação;
Objetivos específicos	Os formandos no final da sessão devem, devem ser capazes de: - Conhecer a opinião dos familiares e dos colegas enfermeiros sobre a presença da família na reanimação cardiopulmonar; - Refletir sobre estudos internacionais relacionados com a problemática da presença da família na reanimação cardiopulmonar; - Conhecer a opinião dos pares e dos familiares do doente crítico sobre os benefícios e as desvantagens da presença da família na reanimação.

Etapas	Conteúdo	Método	Duração
Introdução	- Apresentação -Comunicação dos objetivos e método utilizado	Descritivo	3 minutos
Desenvolvimento	A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspectiva dos enfermeiros e dos familiares	Descritivo/ Expositivo	15 minutos
Conclusão	Síntese e Reflexão final. Esclarecimento de dúvidas. Encerramento da sessão	Descritivo	5 minutos

Apêndice III- Apresentação Power Point ao Inem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar: a perspetiva dos enfermeiros e dos familiares

Sílvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professor Doutor Vasco Neves

CURSO DE Mestrado em Enfermagem - Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Sumário

- Contextualização do problema
- Metodologia
- Resultados e Discussão
- Conclusões
- Referências bibliográficas



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Objetivos da sessão

- Identificar qual a opinião dos enfermeiros e dos familiares do doente crítico sobre os benefícios e as desvantagens da presença da família na reanimação;
- Refletir sobre estudos internacionais relacionados com a problemática da presença da família na reanimação cardiopulmonar;
- Reconhecer a importância da temática relacionada com a presença da família durante a reanimação.

Contextualização do problema

- REPE refere que os cuidados de enfermagem caracterizam-se por terem como fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, família, grupos e comunidade, sendo estes os alvos dos cuidados de enfermagem (Decreto-lei n.º161/96, p. 2960).
- Existem várias circunstâncias em que a parceria deve envolver as pessoas significativas para o cliente como a família ou convivente significativo (OE,2002).
- Envolver as famílias dos pacientes nos cuidados pode melhorar a segurança e a satisfação dos pacientes (Tudor et al., 2014).
- No entanto, quando ocorrem emergências existe controvérsia entre os prestadores de cuidados de saúde sobre a presença da família durante a reanimação (Tudor et al., 2014).

- A presença da família durante a reanimação é uma opção inovadora e multidisciplinar que tem como objetivo prestar cuidados centrados na família (Leske et al., 2017).
- A equipa que atua no pré-hospitalar tende a pedir o afastamento dos familiares (Malta et al.,2015).
- As famílias deixam de ser cuidadas pela equipa, sendo o foco de atenção a recuperação das funções vitais do doente (Malta et al.,2015).
- O foco da assistência no pré-hospitalar deve ser o paciente e o facto de a família estar presente poderá distrair os profissionais de saúde e de certo modo comprometer a qualidade da assistência Cruz et al. (2019).

Questão de Investigação

- Qual a opinião dos enfermeiros e dos familiares sobre a presença da família durante uma situação de reanimação cardiopulmonar?

Objetivo do estudo

Saber a opinião dos familiares e dos enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar.

Metodologia PCC

- **População** é a Família e os Enfermeiros
- **Contexto** é durante a reanimação cardiopulmonar
- **Conceito** é a presença da família na reanimação cardiopulmonar.

DECS/MESH

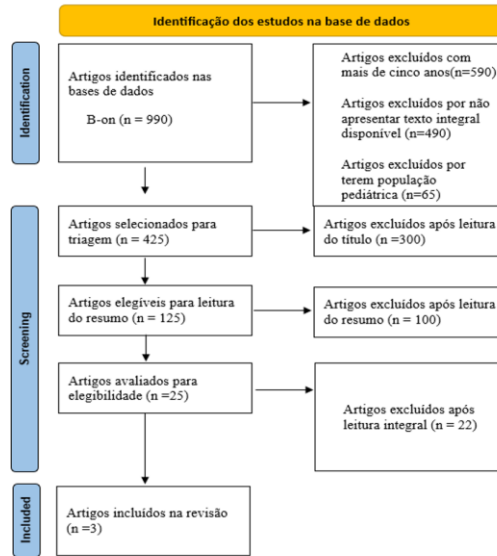
- utilizou-se o operador booleano “AND”

“Family” AND “cardiopulmonary resuscitation” AND “Nurses”

Metodologia

- **Base de dados:** B-ON
- **Delimitadores de pesquisa:**
 - texto integral
 - artigos dos últimos 5 anos (do ano 2017 a 2022).
- **Crítérios de exclusão:** População pediátrica.

Diagrama Prisma



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Resultados e discussão

“Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco”.

Os familiares:

- consideram que presenciar as manobras de reanimação poderia aumentar o seu sofrimento;
- descreveram medo e resistência em presenciar a RCP;

Os profissionais de saúde:

- demonstraram preocupação com a possibilidade de os familiares presenciarem procedimentos invasivos pelo facto de causem traumas psicológicos;
- tem receio de que a presença de familiares dificulte o desenvolvimento das manobras;

Resultados e discussão

Os profissionais de saúde:

- A presença da família leva a uma melhor aceitação da situação (González et al. (2019)
- Tudor et al. (2014) refere que os familiares revelaram que o facto de estarem presentes durante a reanimação do seu familiar proporcionou o encerramento e ajudou no processo de luto.
- A presença da família durante a reanimação de um familiar trata-se de uma prática pouco habitual e que a sua decisão é complexa, sendo necessária uma avaliação independente de cada caso (González et al.2019).

Resultados e discussão

Artigo 2

“Perceptions of healthcare professionals about the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: An integrative literature review”

- Os enfermeiros sentem que a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar ajuda as famílias a compreender o nível de cuidados prestados ao seu familiar e os esforços pela equipa de saúde;
- Ajuda a reduzir a ansiedade da família e ajuda a compreender melhor a gravidade da situação e que essa presença pode ajudar a evitar que a família desenvolva uma visão distorcida das circunstâncias;
- Os enfermeiros veem benefício na presença de familiares pois pode torná-los mais abertos quando chega a hora de interromper os procedimentos de reanimação;

Resultados e discussão

- A presença da família pode ser útil para iniciar o processo de luto (Charrière et al. (2021)).
- Os enfermeiros dizem sentir-se valorizados pela família quando esta está presente durante a reanimação cardiopulmonar pois reconhecem os esforços empreendidos pelos profissionais (Charrière et al. (2021)).

Tudor et al. (2014) revela que:

-A presença da família durante a reanimação não afeta negativamente a comunicação entre os membros da equipe de saúde;

-Não interfere na tomada de decisões ou nos cuidados;

- Ajuda os familiares do paciente a compreenderem que tudo o que era possível foi feito pelo seu ente querido.

Resultados e discussão

Artigo 3

“Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients’ family members”

- Houve uma diferença significativa entre enfermeiros e familiares em relação às vantagens da presença da família durante a reanimação;
- Os familiares vêm mais vantagens da sua presença durante a reanimação comparativamente ao enfermeiros;
- Os enfermeiros concordaram com cada um dos itens que mediam as desvantagens da presença da família durante a reanimação.

Resultados e discussão

- Angustiante para os familiares e poderia haver interferência na abordagem ao paciente (Zali et al., 2019).
- Prolongaria a reanimação e dificultaria a interrupção da mesma (Zali et al., 2019).

Abdar et al. (2016), no seu estudo, refere barreiras:

- aumento do stress e da ansiedade entre os membros da equipa de RCP;
- experiência traumática para os familiares;
- dificuldade em interromper a RCP em situações fúteis devido a possíveis solicitações da família

Conclusões

A presença da família no processo de reanimação cardiopulmonar

- ❖ Temática não consensual

- ❖ Enfermeiros e Familiares vêem Benefícios e Desvantagens na presença da família no processo de reanimação cardiopulmonar

Dificuldades e Limitações

- Número reduzido de artigos;
- Estudos que restringissem apenas ao pré-hospitalar;
- Temática não consensual;
- A equipa no pré-hospitalar em outros países serem compostos por outros elementos, os paramédicos;
- Necessidade de mais estudos que permitam acrescentar maior níveis de evidencia.

Referências Bibliográficas

- Abdar, M., Rafiei, H., Amiri,M., Tajadini,M., Tavan, A., Rayani, F., Ebrahimi, F., & Farokhzadian, J. (2016). Iranian nurse attitudes towards the presence of family members during CPR. *British Journal of Cardiac Nursing*, 11(9).
- Charrière,Q., Gagné,S., Bernard,L. (2021). Perceptions of healthcare professionals about the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: An integrative literature review. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 44, 1.
- González,V., Gastaldob,D., Casbasc,M., Peterb,E., Molinuevoa,A., & Sánchezd,M. (2019). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*, 51(5), 269-277.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tudor, K., Berger,J., Polivka,B., Chlebowy,R., & Thomas,B. (2014). Nurses's Perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 23(6).
- Zali,M., Hassankhani,H., Powers,K., Dadashzadeh,A., & Ghafouri,R. (2017). Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International Emergency Nursing*, 34, 11–16.

Apêndice III- Revisão da literatura sobre: O envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC – Estágio Final e Relatório

O envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade
de cuidados intensivos.

Elaborado: Silvia Fernanda Machado Alves

Porto, dezembro de 2023



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC – Estágio Final e Relatório

O envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade
de cuidados intensivos.

Elaborado: Silvia Fernanda Machado Alves

Orientação: Professor Doutor Vasco Neves

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado Em Enfermagem / A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e
decisão clínica

Porto, dezembro de 2023

LISTA DE SIGLAS

CAM-ICU- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

ICDSC- Intensive Care Delirium Screening Checklist

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

Introdução-----	153
1. Enquadramento teórico.....	155
2. Metodologia	159
2.1. Resultados e Discussão.....	161
Conclusão	165
Referências Bibliográficas	167
Apêndices	170

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular: “Estágio Final e Relatório”, com a duração de 180 horas de contacto numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de um hospital da zona Norte, durante o período de 25/10/2023 a 16/12/2023 surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura sobre: O envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.

Nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem um dos enunciados descritivos é a prevenção de complicações para a saúde dos clientes. Neste sentido, torna-se importante face à prevenção de complicações, entre outros, que o enfermeiro identifique os problemas potenciais do cliente de forma rápida seja na prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar os efeitos (OE,2002),

Com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) o foco não é apenas a pessoa em situação crítica, mas também a família. O cuidado à família da pessoa em situação crítica é enfatizado nestas competências, salientando-se que o EEEMC “*cuida da pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica* (Diário da República, 2018 p.19359).

Num estudo de Mitchell *et al* (2017) os familiares eram vistos como importantes parceiros no cuidado e o seu envolvimento proporcionou resultados positivos para o paciente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

De forma a deixar o meu contributo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada surge a elaboração desta revisão da literatura relacionada com o envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.

O objetivo desta revisão é determinar o benefício do envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.

Esta tema surge pelo facto de ter presenciado durante o estágio pacientes que desenvolveram *delirium*. Este é um estado de confusão agudo e está entre as doenças mentais mais prevalentes nos doentes hospitalizados por patologia aguda, e está associado a um mau

prognóstico. Neste sentido, os enfermeiros acabam por ter responsabilidade no desenvolvimento e manutenção de um ambiente seguro que contribua para diminuir a ocorrência de *delirium* (Pereira *et al.*, 2016).

Também no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026 uma das ações que pretendem implementar no sentido de promover a segurança na prestação de cuidados é a promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador. A família parece assumir um papel de parceira nos cuidados de enfermagem. Assim, como futura enfermeira mestre e especialista propus-me realizar esta revisão da literatura no sentido de perceber se de facto a família contribuiu ou não para a prevenção do delírio e se está relacionada à menor ocorrência de *delirium* numa unidade de cuidados intensivos. Pretendo encontrar na evidencia científica mais recente, dados que nos permitam afirmar que de facto a família assume importância para a prevenção do *delirium* ou se pelo contrário a sua presença é irrelevante.

Para a realização da revisão da literatura optou-se por uma pesquisa em bases de dados científicas bem como, procedeu-se à pesquisa no âmbito das teses académicas e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal para complemento do enquadramento teórico.

Esta revisão da literatura apresenta-se como uma metodologia descritiva. Para a realização desta revisão, adotou-se como norma de referência bibliográfica, APA 7^a edição bem como a norma de formatação gráfica da UCP.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Medicina Intensiva, as questões relacionadas com a qualidade e a segurança parecem ser mais evidentes, isto porque algumas das dimensões da qualidade no doente crítico parecem assumir um maior significado pois, entre outras condições, são doentes mais vulneráveis com uma dependência de suporte vital orgânico e uma margem terapêutica estreita (Paiva *et al.*, 2016).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde. Relativamente à cultura de segurança, um dos objetivos estratégicos é promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente e importa realçar uma das suas ações. Esta prende-se como o domínio da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador. Outro dos objetivos estratégicos preconizados são o aumento da literacia e a participação do doente, família e cuidador na segurança da prestação de cuidados (Diário da República, 2021).

Os familiares dos pacientes críticos podem ser parceiros no reconhecimento precoce e prevenção do *delirium*, desde que estejam despertos para os sinais e sintomas e saibam as estratégias não farmacológicas adequadas que possam ser adotadas (Krewulak *et al.*, 2020).

O *delirium* é uma forma de disfunção cerebral aguda em pacientes críticos e existem ferramentas para que possa ser detetado em unidades de cuidados intensivos. O Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) e o Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) são as ferramentas mais usadas para o diagnóstico.

Num estudo levado a cabo por Flores *et al* (2012) concluiu-se que o CAM-ICU é uma excelente ferramenta diagnóstica em pacientes críticos em cuidados intensivos, enquanto o ICDSC apresentou uma sensibilidade moderada. Assim, considera-se que o diagnóstico adequado do *delirium* por meio do CAM-ICU é importante para que se consiga adequar intervenções adequadas.

O *delirium* é um estado de confusão agudo e está entre as doenças mentais mais prevalentes nos doentes hospitalizados por patologia aguda, e está associado a um mau prognóstico (Pereira *et al.*, 2016).

Estão associados a um alto risco de desenvolver *delirium* as seguintes características aos quais se deve estar atento: a idade avançada; delírio em internamentos anteriores; a presença de cateteres venosos centrais, dispositivos de suporte circulatório, ventilação mecânica invasiva; utentes que sofreram uma paragem cardíaca sendo esta a causa da hospitalização; história de insuficiência cardíaca; polimedicados e história de abuso de drogas ou álcool (Beringola *et al.*, 2020).

Os sintomas do *delirium* podem ser cognitivos e comportamentais. Alguns doentes manifestam lentificação psicomotora e outros ficam mais ansiosos e combativos (Faria&Moreno, 2013). Existem cuidados que são desenvolvidos pela equipa para prevenir e tratar o *delirium* no doente crítico. Destacam-se exemplos como a realização de uma pausa na sedação, mobilizações precoces, controlo da dor, cuidados de orientação cognitiva, promoção do sono e a participação da família (Souza *et al.*, 2018).

A bundle ABCDEF é uma abordagem integrada que otimiza o desempenho da equipa numa unidade de cuidados intensivos bem como resultados centrados no paciente e na família. Esta bundle é composta pelos seguintes elementos: (A) avaliar, prevenir e controlar a dor; (B) testes de despertar espontâneo; (C) escolha da analgesia e sedação; (D) *delirium*: avaliar, prevenir e controlar; (E) mobilidade precoce e exercício; e (F) envolvimento e empoderamento familiar (Balas *et al.*, 2022).

Também Kotfis *et al* (2018) refere que se deve monitorizar de forma rotineira os pacientes quanto ao *delirium* e implementar estratégias preventivas, como a bundle de cuidados ABCDEF para prevenir e controlar o *delirium*.

O *delirium* na maioria dos casos é uma complicação evitável. Nesse sentido, a sua incidência nas unidades de cuidados intensivos e a abordagem correta devem ser encarados como uma oportunidade para melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

As intervenções não farmacológicas são importantes para a sua prevenção e devem concentrar-se em evitar fatores de risco que são modificáveis (Beringola *et al.*, 2020).

A visita familiar também é um fator de risco modificável pelos enfermeiros. Num estudo levado a cabo por Pereira *et al* (2016), uma percentagem significativa dos pacientes observados que não receberam visitas apresentou presença de *delirium* (44%).

O cuidado centrado na família é um cuidado que reconhece o papel central da família na vida do paciente e na prestação de cuidados, neste sentido, devem por exemplo ser adotadas visitas flexíveis quando são estabelecidas políticas de visita nas unidades de cuidados intensivos (Bozkurt *et al.*, 2021). Também a estratégia de reorientação adequada está relacionada à menor ocorrência de *delirium* na unidade de cuidados intensivos (Souza *et al.*, 2018).

Ainda sobre intervenções não farmacológicas, o enfermeiro desempenha um papel importante e, parece ser responsável pela prevenção da confusão aguda, através de um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem. Destacam-se sete intervenções: a promoção da estimulação sensorial; gestão da dor; promoção do sono; gestão ambiental; mobilização precoce e posicionamento; promoção da orientação e o envolvimento da família (Souza *et al.*, 2019).

Observou-se que investir na intervenção com os familiares e paciente proporcionou benefícios de longo prazo ao paciente, uma vez que a família conseguiu realizar a manutenção dos cuidados após a fase aguda (Souza *et al.*, 2018).

A inserção da família nos cuidados, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), precisa de ser aperfeiçoada para que se preste e desenvolva um cuidado mais humano e com qualidade. Assim, os protocolos devem ser estruturados e devem ter em consideração a presença dos familiares nos cuidados, com o objetivo de prevenir e tratar o *delirium* (Souza *et al.*, 2018).

O envolvimento da família nos cuidados aos doentes internados em UCI parece ser um fator protetor no desenvolvimento de confusão aguda. Neste sentido, envolver a família no ambiente da UCI, através de por exemplo o alargamento do horário de visitas e no incentivo da interação verbal e física com o doente parece ser benéfico quando se fala na prevenção do *delirium* (Souza *et al.*, 2019).

2. METODOLOGIA

Para a realização da questão de investigação, utilizou-se a metodologia PICO. Esta representa a população, intervenção, comparação ou controle e outcomes.

Assim:

P (população) - doente adulto em unidade de cuidados intensivos

I (intervenção) – o envolvimento da família nos cuidados

O (outcomes) – tem benefício na prevenção do delírio

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação: Existe benefício do envolvimento familiar na prevenção do *delirium* de um adulto internado numa unidade de cuidados intensivos?

De forma a responder à questão supracitada formulou-se como objetivo: determinar o benefício do envolvimento da família na prevenção do delírio numa unidade de cuidados intensivos. Desta forma, propus-me realizar uma revisão da literatura para obter conhecimentos científicos sobre esta temática.

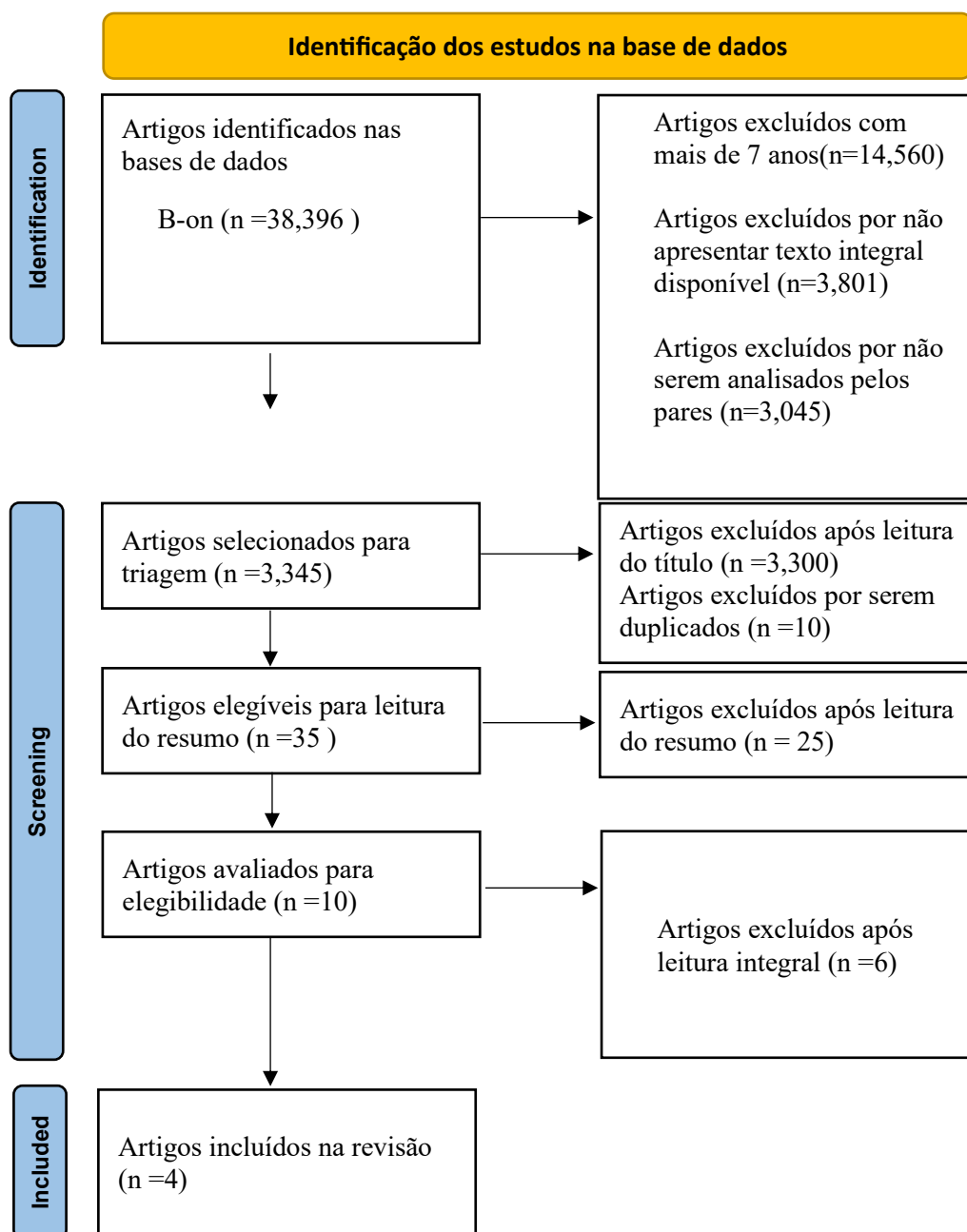
Relativamente à pesquisa, recorreu-se à B-ON (é um motor de busca que aglomera várias bases).

Para a seleção dos artigos definiu-se os seguintes descritores que foram validados pela DECS/MESH e utilizou-se o operador booleano “AND”: Delirium AND Family AND Intensive Care Units AND Primary Prevention

Antes de efetuar a pesquisa, utilizei delimitadores de pesquisa como: texto integral, artigos dos últimos 7 anos (do ano 2017 a 2023) por considerar evidência recente, e artigos analisados pelos pares. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados.

A Figura 1 demonstra o processo de identificação e seleção realizada através do Diagrama Prisma na base de dados selecionada.

Diagrama Prisma



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

2.1. Resultados e Discussão

Neste capítulo irei apresentar os resultados obtidos e a sua discussão. Após a seleção dos artigos, obtive uma amostra final de quatro artigos. Foram selecionados aqueles que considerei dar resposta à minha questão de investigação. As respetivas tabelas de evidências podem ser consultadas no Apêndice I. Foram obtidos os seguintes resultados abaixo nas tabelas:

Tabela 1- Resumo dos resultados obtidos

Autor e Ano	Resultados
Smithburger <i>et al.</i> , 2017 País: Pittsburgh, Estados Unidos	Os enfermeiros e médicos acreditam que o envolvimento da família na prevenção do <i>delirium</i> é benéfico, o benefício mais comum identificado é uma incidência reduzida de <i>delirium</i> na UCI devido ao aumento do tempo dedicado à prevenção do <i>delirium</i> . -A maioria dos prestadores de cuidados de saúde acredita que o envolvimento da família na prevenção do <i>delirium</i> seria benéfico e que eles estariam dispostos a conversar com os familiares; - Os prestadores de cuidados de saúde e também os familiares referem que as famílias dos pacientes podem ser um recurso valioso para o envolvimento na implementação de atividades de prevenção do <i>delirium</i> na UCI.
Munro <i>et al.</i> , 2017 País: Estados Unidos	- A média de dias de <i>delirium</i> foi menor no grupo de voz familiar, em comparação

	<p>com o grupo de voz desconhecida e com o grupo de controle.</p> <p>-Fornecer reorientação por meio de mensagens gravadas, automatizadas e com script pode reduzir a ocorrência de <i>delirium</i>. Neste estudo, as mensagens gravadas na voz de um familiar ao paciente foram particularmente eficazes.</p> <p>- A voz da família foi mais eficaz na redução do delírio do que uma voz desconhecida.</p>
<p>Liang <i>et al.</i>, 2022</p> <p>País: China continental.</p>	<p>- Muitos participantes acreditam que os familiares poderiam desempenhar um papel fundamental na estimulação sensorial, conversando com os pacientes ou fornecendo aparelhos visuais ou auditivos essenciais;</p> <p>- Os mesmos referiram que este programas de estimulação sensorial pode reduzir a incidência e a gravidade do <i>delirium</i> entre os pacientes.</p>
<p>Lin <i>et al.</i>, 2022</p> <p>País: China; Northern Ireland; Australia; Iran</p>	<p>- A prevalência de <i>delirium</i> no grupo de intervenção de cuidados centrados na família foi estatisticamente menor do que no grupo controle;</p> <p>- Em comparação com os cuidados habituais, a intervenção de cuidados centrados na família tem efeitos positivos na redução da prevalência de <i>delirium</i>;</p> <p>- Os pacientes da UCI sem visitas familiares têm um risco três vezes maior de <i>delirium</i>;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - O treino direcionado, a indução da memória e a prevenção da privação sensorial fornecidos pelos membros da família podem melhorar a percepção dos pacientes sobre o ambiente, aliviar o medo e aliviar a tensão e ansiedade; - Os cuidados centrados na família como intervenção não farmacológica tem efeitos positivos na redução da prevalência de <i>delirium</i> na UCI.
--	--

Importa ressaltar que, dos quatro artigos selecionados para análise um deles é uma revisão sistemática da literatura, no entanto os artigos que estavam a ser analisados nessa revisão não incluíam os artigos encontrados por mim nesta revisão da literatura.

De uma forma geral, todos os artigos apresentam benefícios do envolvimento da família na prevenção do *delirium* e complicações decorrentes.

A literatura diz-nos que o *delirium* é uma complicação frequente em pacientes internados em cuidados intensivos que pode ter consequências graves, incluindo alto risco mortalidade, comprometimento cognitivo, maior dependência e, tempos de internamento longos (Beringola *et al.*, 2020).

Nesta revisão, no estudo de Smithburger *et al.*, (2017) os enfermeiros e médicos acreditam que o envolvimento da família na prevenção do *delirium* é benéfico e reduz a incidência de *delirium* na UCI devido ao aumento do tempo dedicado à prevenção do *delirium*. Os familiares relataram elevados níveis de conforto na participação em atividades de prevenção do *delirium* e acreditam que a educação com um prestador de cuidados de saúde é a forma mais eficaz de aprenderem.

Estes dados vão de encontro aos encontrados na literatura. Proporcionar à família a participação em multicomponentes não farmacológicos para prevenir o *delirium* e adicioná-lo às práticas de cuidados de rotina na UCI pode reduzir significativamente a incidência de *delirium* (Kasapoglu & Enç, 2022).

O envolvimento familiar pode desempenhar um papel fundamental na estimulação sensorial do doente. Os familiares podem ajudar a preparar aparelhos visuais ou auditivos e reorientar os pacientes com gravações ou fotos de família. Este programa pode reduzir a incidência e a gravidade do *delirium* entre os pacientes (Liang *et al.*, 2022).

Também no estudo de Munro *et al.*, 2017 a média de dias de *delirium* foi menor no grupo de voz familiar, em comparação com o grupo de voz desconhecida e com o grupo de controle. Referem que os pacientes necessitam de reorientação consistente e frequente em todos os aspectos do seu cuidado. Esta reorientação pode aumentar a sensação de segurança e conforto dos pacientes, e permite-lhes interpretar esses estímulos com mais precisão e reduzir o *delirium*. Fornecer reorientação por meio de mensagens gravadas, automatizadas e com script pode reduzir a ocorrência de *delirium*. Neste estudo, a voz da família foi mais eficaz na redução do delírio do que uma voz desconhecida.

Estes dados vão ao encontro a dados encontrados na literatura, numa revisão da literatura levada a cabo por Souza *et al* (2018) os resultados mostraram que a estratégia de reorientação adequada estava relacionada à menor ocorrência de *delirium* na unidade de cuidados intensivos.

Por fim, nesta revisão, no estudo de Lin *et al.*, (2022) em comparação com os cuidados habituais, a intervenção de cuidados centrados na família teve efeitos positivos na redução da prevalência de *delirium*. A prevalência de *delirium* no grupo de intervenção de cuidados centrados na família foi estatisticamente menor do que no grupo controle. A maioria dos estudos incluídos aumentou o tempo de visita familiar ou controlou os horários de visita de forma flexível pois referem que pacientes da UCI sem visitas familiares têm um risco três vezes maior de *delirium*.

Estes resultados vão ao encontro a um estudo levado a cabo por Pereira *et al* (2016), uma percentagem significativa dos pacientes observados que não receberam visitas apresentou presença de *delirium* (44%).

CONCLUSÃO

Os artigos selecionados para análise são unânimes quanto aos seus resultados. O envolvimento dos familiares provou ser uma intervenção promissora para reduzir a incidência de *delirium*. Quando existia um tempo maior de interação do paciente com os seus familiares, os pacientes tiveram uma redução na duração do *delirium*.

A intervenção de reorientação do doente parece ser uma estratégia simples, mas útil, para fornecer informações estruturadas aos pacientes, e torna-se eficaz quando a mensagem é transmitida pela voz de um membro da família. Proporcionar à família a participação em multicomponentes não farmacológicos para prevenir o *delirium* e adicioná-lo às práticas de cuidados de rotina na UCI pode reduzir significativamente a sua incidência. Ressalva-se a importância dos cuidados centrados na família, na participação em atividades de prevenção do *delirium* como intervenção não farmacológica tem efeitos positivos na sua redução e prevalência na UCI.

Como proposta para futuros estudos sugere-se a realização de um estudo nacional sobre o envolvimento da família na prevenção do *delirium* nas unidades de cuidados intensivos.

Uma das dificuldades identificadas foi o facto de ter selecionado palavras-chave que me deram um número grande de artigos para análise e o tempo escasso para o fazer e, pelo facto de a grande maioria dos estudos referirem quais as intervenções dos familiares que levam à diminuição do *delirium* e não propriamente se essas intervenções reduzem ou não o *delirium* o que levou a excluir mais estudos.

A constatação de que esta revisão apresenta um número limitado de resultados reconhece as suas limitações e sugere a necessidade de novos estudos que possam consolidar os dados identificados.

Considero que esta temática será útil e pertinente na UCI onde realizei estágio, os resultados desta revisão serão entregues à Enfermeira Gestora do serviço para que numa formação em serviço possa usar estes dados para sensibilizar a equipa da enfermagem quanto à importância da família na prevenção do *delirium* e futuramente por exemplo alargar o horário das visitas uma vez que foi verificado que o envolvimento dos familiares com os pacientes apresenta benefício para o doente crítico internado numa UCI e que está sujeito a desenvolver *delirium*.

Ainda assim, considero que os resultados que encontrei nesta revisão da literatura deram resposta ao objetivo proposto de determinar o benefício do envolvimento da família na prevenção do *delirium* numa unidade de cuidados intensivos.

A construção desta revisão da literatura foi realizada com algumas dificuldades, considerando a minha inexperiência na realização de trabalhos científicos, o tempo reduzido para a construção da mesma bem como a fase de seleção e análise de artigos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balas,M.,Tan,A.,Pun,B.,Ely,W.,Carson,S.,Mion,L.,Daly,M & Vasilevskis,E. (2022). Effects of a National Quality Improvement Collaborative on ABCDEF Bundle Implementation. American Journal Of Critical Care,31.

Beringola, A., Vicent, L., Asenjo,R., Puerto, E., Pérez, L., Maruri, R., Moreno,G., Vidán,M., Arribas, F & Bueno,H. (2020).Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. American Heart Journal, 232.

Bozkurt,G., Duzkaya,D., & Oren,B. (2021). Opinions of Intensive Care Nurses about Family-Centered Care in Turkey. International Journal of Caring Sciences, 14(1).

Munro,C., Cairns,P., Ji,M., Calero,K., Anderson,W.,& Liang,Z. (2017). Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention. A pilot randomized controlled trial. Heart & Lung, 46, 234-238.

Diário da República (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, nº429 2ª série- nº135.

Diário da República (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Despacho n.º 9390/2021, 96-103.

Faria,E., Moreno,R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. Revista Brasileira Terapia Intensiva, 25(2),137-147.

Flores, D., Salluh, J.,Chalhub,R & Quarantini,L. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist

(ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*.

Liang,S., Chau,J.,Lo,S., Zhao,J.,& Liu, W. (2022). Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*.

Lin, L., Peng, Y., Zhang,H., Huang,X.,Chen,L.,& Yanjuan Lin. (2022). Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 9,1933–1942.

Kasapoglu, E.,& Enc, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatric Nursing*, 44, 207 -214.

Krewulak,K., Bull,M.,Ely,E., Stelfox,H.,& Fiest,K. (2020). Psychometric evaluation of the family caregiver ICU delirium knowledge questionnaire. *BMC Health Services Research*,20.

Kotfis,K., Marra,A., & Ely,W. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 50 (2), 128–140.

Mitchell,M., Keane,S., Rattrayf,J.,Hull,A., Davis,C., Murfieldb,J., & Aitkena,L. (2017). A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 77–84.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paiva, J.A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J.,& Vaz, J. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Obtido em: [RRH-Medicina-Intensiva.pdf \(sns.gov.pt\)](#).

Pereira,J.,Barradas,F.,Sequeira,R.,Marques,M.,Batista,M.,Galhardas,M.,&Santos,M. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Journal of Nursing Referência*,9, 29-36.

Smithburger,P., Korenoski,A.,Gills.,&Alexander,S. (2017).Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6).

Sousa, L., Simões,C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da Confusão Aguda em Doentes Adultos Internados em Cuidados Intensivos: intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22.

Souza, T., Azzolinb, K., & Fernandes,V. (2018). Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 39.

APÊNDICES

APÊNDICE I- Tabela de Evidências

<p>Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study</p>
<p>Autores: Surui Liang; Janita Pak Chun Chau; Suzanne Hoi Shan Lo; Jie Zhao; Wenhui Liu.</p>
<p>Fonte: BMC Nursing 2022</p>
<p>Palavras-chave: Delirium; Intensive care units; Non-pharmacological delirium prevention practice; Registered nurses.</p>
<p>Tipo de Estudo: Qualitativo adotando abordagem de análise temática.</p>
<p>Instrumento de colheita de dados: Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e análise de dados através do NVivo.</p>
<p>Participantes: 20 enfermeiros de cuidados intensivos em dez hospitais de agudos na China continental.</p>
<p>Objetivo geral: Explorar as percepções dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre as atuais práticas não farmacológicas de prevenção do <i>delirium</i> em ambientes de terapia intensiva para adultos, incluindo triagem de <i>delirium</i>, mobilização precoce, promoção do sono, envolvimento familiar e estimulação sensorial.</p>
<p>Resultados/Conclusões:</p> <p>Com os resultados deste estudo surgiram três temas, sendo eles: a importância do envolvimento da família, a influência dos fatores organizacionais e sugestões sobre a implementação.</p> <p>No tema da importância do envolvimento familiar, muitos participantes acreditavam que os familiares poderiam desempenhar um papel fundamental na estimulação sensorial, conversando com os pacientes ou fornecendo aparelhos visuais ou auditivos essenciais. Em comparação com outras intervenções, os participantes consideraram um programa de estimulação sensorial o mais fácil de implementar no serviço. Os mesmos referiram que este programa pode reduzir a incidência e a gravidade do <i>delirium</i> entre os pacientes.</p> <p>A estimulação sensorial foi uma das estratégias propostas por vários participantes. Além disso, os familiares também podem ajudar a preparar aparelhos visuais ou auditivos e reorientar os pacientes com gravações ou fotos de família. Portanto, programas de estimulação sensorial com envolvimento familiar poderiam contribuir para a prevenção do <i>delirium</i>.</p>

<p>Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention</p>
<p>Autores: Pamela L. Smithburger; Amanda S. Korenoski; Sandra L. Kane-Gill; Sheila A. Alexander</p>
<p>Fonte: Critical Care Nurse Vol 37, No. 6, December 2017.</p>
<p>Palavras-chave: Não descrevem</p>
<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p>
<p>Instrumento de colheita de dados: Dois inquéritos, um para enfermeiros e médicos de unidades de cuidados intensivos e outro para familiares de doentes.</p>
<p>Participantes: 60 enfermeiras, 58 médicos e 60 familiares.</p>
<p>Objetivo geral: Determinar as opiniões e a disposição dos prestadores de cuidados de saúde para envolver as famílias dos pacientes em atividades não farmacológicas de prevenção do <i>delirium</i> na unidade de terapia intensiva, e das famílias dos pacientes para serem envolvidas.</p>
<p>Resultados/Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros e médicos acreditam que o envolvimento da família na prevenção do <i>delirium</i> é benéfico, o benefício mais comum identificado é uma incidência reduzida de <i>delirium</i> na UCI devido ao aumento do tempo dedicado à prevenção do <i>delirium</i>. -A maioria dos prestadores de cuidados de saúde acredita que o envolvimento da família na prevenção do <i>delirium</i> seria benéfico e que eles estariam dispostos a conversar com os familiares; - Os prestadores de cuidados de saúde e também dos familiares referem que as famílias dos pacientes podem ser um recurso valioso para o envolvimento na implementação de atividades de prevenção do <i>delirium</i> na UCI; - Os familiares relataram elevados níveis de conforto na participação em atividades de prevenção do <i>delirium</i>; -As famílias acreditam e referem que a educação com um prestador de cuidados de saúde é a forma mais eficaz de aprender como participar nas atividades de prevenção do <i>delirium</i>.

Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention e A pilot randomized controlled trial

Autores: Cindy L. Munro; Paula Cairns; Ming Ji; Karel Calero; W. McDowell Anderson; Zhan Liang.

Fonte: Heart & Lung 46 (2017) 234e238

Palavras-chave: Delirium; Intensive care unit; Family; Delirium prevention; Nursing care; Critical illness; Delirium intervention.

Tipo de Estudo: Prospectivo randomizado e controlado.

Instrumento de colheita de dados: Trinta pacientes de UTI foram randomizados em 3 grupos. Dez receberam mensagens gravadas de hora em hora na voz de um membro da família durante as horas de vigília durante 3 dias de UTI, 10 receberam as mesmas mensagens em voz não familiar e 10 (controle) não receberam nenhuma mensagem automática de reorientação. Os grupos foram comparados pelo Teste Exato de Fisher.

Participantes: Trinta pacientes de UTI foram randomizados em 3 grupos.

Objetivo geral: Explorar o efeito de uma intervenção de reorientação automatizada no *delirium* da UCI.

Resultados/Conclusões:

- O *delirium* foi avaliado duas vezes ao dia pelo CAM-ICU;
- Durante o período de intervenção de três dias, a média de dias livres de *delirium* foi de 1,9 no grupo de voz familiar, 1,6 no grupo de voz desconhecida e 1,6 no grupo de controle. A média de dias de *delirium* foi de 0,3 no grupo de voz familiar, 0,6 no grupo de voz desconhecida e 0,9 no grupo de controle.
- Os pacientes do grupo de voz familiar tiveram significativamente mais dias livres de *delirium* do que o grupo controle.
- A média de dias de *delirium* foi menor no grupo de voz familiar do que no grupo de voz desconhecida ou no grupo de controle.
- A maioria dos pacientes está consciente do ambiente da UTI e necessita de reorientação consistente e frequente em todos os aspectos do seu cuidado. A reorientação pode aumentar a sensação de segurança e conforto dos pacientes, permitir-lhes interpretar esses estímulos com mais precisão e, em última análise, reduzir o *delirium*.

	<p>-Fornecer reorientação por meio de mensagens gravadas, automatizadas e com script pode mitigar a redução da orientação para o ambiente, que é uma característica central do <i>delirium</i>, e reduzir a ocorrência de <i>delirium</i>.</p> <p>-Neste estudo, as mensagens gravadas na voz de um familiar ao sujeito gravemente doente foram particularmente eficazes.</p> <p>- A reorientação através de mensagens automatizadas e escritas reduziu a incidência de <i>delirium</i> em adultos gravemente doentes. Usando mensagens escritas idênticas, a voz da família foi mais eficaz na redução do delírio do que uma voz desconhecida.</p> <p>-A facilidade de implementação desta intervenção aliada ao seu baixo custo tornam-na uma estratégia atrativa para reduzir o risco de <i>delirium</i> em adultos.</p>
	<p>Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis</p> <p>Autores: Lingyu Lin; Yanchun Peng; Haoruo Zhang; Xizhen Huang;Liangwan Chen; Yanjuan Lin².</p> <p>Fonte: Nursing Open. 2022;9:1933–1942</p> <p>Palavras-chave: Delirium; family-centred care; intensive care unit; meta-analysis.</p> <p>Tipo de Estudo: Uma revisão sistemática e meta-análise</p> <p>Instrumento de colheita de dados: As bases de dados incluídas foram: PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science, CINAHL Complete, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), China Biology Medicine disc (CBMdisc).</p> <p>Participantes: Não aplicável</p> <p>Objetivo geral: Determinar se a intervenção de cuidados centrados na família reduz a prevalência de <i>delirium</i> na UCI.</p> <p>Resultados/Conclusões:</p> <p>-A prevalência de delirium no grupo de intervenção de cuidados centrados na família foi estatisticamente significativamente menor do que no grupo controle;</p> <p>- Em comparação com os cuidados habituais, a intervenção de cuidados centrados na família tem efeitos positivos na redução da prevalência de <i>delirium</i>;</p>

- Os pacientes da UCI sem visitas familiares têm um risco três vezes maior de *delirium*;
- Os pacientes são altamente vulneráveis à ansiedade de separação devido ao menor apoio fornecido pelos familiares, o que pode contribuir para o *delirium*;
- A maioria dos estudos incluídos aumentou o tempo de visita familiar ou controlou os horários de visita de forma flexível, o que pode envolver os pacientes da UCI com seus membros da família por mais tempo, permitem-lhes sentir plenamente o apoio de parentes e amigos e facilitam a adaptação às mudanças ambientais;
- O treino direcionado, a indução da memória e a prevenção da privação sensorial fornecidos pelos membros da família podem melhorar a percepção dos pacientes sobre o ambiente, aliviar o medo e aliviar a tensão e ansiedade;
- Os cuidados entrados na família como intervenção não farmacológica tem efeitos positivos na redução da prevalência de *delirium* na UTI.