



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Por:**

Joana Isabel Santos Gomes, N° 192020033

**Lisboa, 2022**





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

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

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Por:** Joana Isabel Santos Gomes, N° 192020033

**Sob orientação de:** Professor Doutor Sérgio Deodato

**Lisboa, 2022**



*“Age de modo a que consideres a humanidade tanto na tua pessoa quanto na de qualquer outro, e sempre como objetivo, nunca como simples meio”*

Immanuel Kant



## AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial ao meu marido, ao Vicente e ao Gabriel, pelos momentos em que lhes faltei, na esperança de que desde pequeninos percebam que o cuidado em favor do outro é, também ele, uma forma de amor.

Ao Professor Sérgio Deodato, pela orientação, compreensão, incentivo e pelo enorme estímulo ao pensamento e reflexão.

À Enfermeira Filipa de Barros e Enfermeiro Sérgio Nunes, pelo apoio, disponibilidade e empenho na consecução dos meus objetivos, mais do que isso, pelo exemplo que me transmitiram enquanto cuidadores de excelência.

À Tatiana, “companheira de luta”, cuja relação assente no lema de “ninguém fica para trás” nos permitiu chegar aqui.

Obrigada.



## RESUMO

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e tem por objetivo dar visibilidade de forma crítica e reflexiva às atividades desenvolvidas durante os vários estágios que me proporcionaram um crescimento pessoal e profissional pelo adquirir e aprimorar das competências Especializadas de Enfermagem, na área do Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Este percurso desenvolveu-se em dois contextos de estágio, na Viatura Médica de Emergência e Resgate e na Unidade de Cuidados Intensivos num total de 360h. Nos contextos, foi objetivo transversal a expansão de conhecimento e desenvolvimento de melhores competências profissionais, técnicas, científicas, éticas e relacionais, sempre com correlação entre a formação teórica e prática, tendo por base uma análise reflexiva que promotora de consolidação de competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, com foco no desenvolvimento de uma prática profissional responsável e esclarecida, com vista à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assente numa cultura de pensamento crítico e reflexivo que promova uma ação baseada na evidência e caminhando no sentido do enfase das respostas humanas, ancorada no Referencial Teórico: Teoria das Transições de Melleis, surge a temática sobre a qual realizei uma revisão sistemática da literatura: o significado da experiência da família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos. Os resultados desta revisão foram contributivos no sentido do conhecimento profundo da experiência dos intervenientes, subsidiando o desenvolvimento de orientações práticas contributivas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família e à pessoa em situação crítica.

**Palavras-Chave:** Pessoa em Situação Crítica; Família; Significado da experiência; Cuidados Intensivos; Emergência pré-hospitalar.



## ABSTRACT

The current report falls within the scope of the Master's Degree Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing. The purpose of this report is to provide a critical and reflective view of the activities developed during several internships that provided me with a personal and professional growth through the acquisition and improvement of specialized nursing skills in the area of care to the person in critical condition.

This course was developed in two internship contexts, the Emergency and Rescue Medical Vehicle and the Intensive Care Unit, for a total of 360h. In the contexts, the transversal objective was the expansion of knowledge and development of better professional, technical, scientific, ethical and relational skills, always with a correlation between theoretical and practical training, based on a reflective analysis that promotes the consolidation of skills in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Condition, focusing on the development of a responsible and enlightened professional practice, with a view to quality nursing care.

Based on a culture of critical and reflective thinking that promotes evidence-based action and moves towards a focus on human responses, anchored in the Theoretical Framework: Melleis' Theory of Transitions, the theme on which I conducted a systematic literature review emerged: the meaning of the experience of the family of the critically ill person in intensive care. The results of this review contributed to the in-depth knowledge of the experience of those involved, supporting the development of practical guidelines to improve the quality of care provided to the family and to the critically ill patient.

**Keywords:** Critically Ill; Family; Meaning of Experience; Intensive Care; Pre-hospital emergency.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APA** – American Psychological Association

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica

**JBI** - Joanna Briggs Institute

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PCR** – Paragem Cardio-Respiratória

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SIEM** – Sistema Integrado de Emergência Médica

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCINT**- Unidade de Cuidados Intermédios

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva

**VNI** – Ventilação Não Invasiva



## INDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: “O Significado da experiência da família da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos” .....	21
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	36
2.1 Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e seus familiares em contexto de emergência pré-hospitalar .....	39
2.2 Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e seus familiares em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos .....	61
CONCLUSÃO .....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
APÊNDICES .....	87



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se na Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório, do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo sintetizar a revisão de literatura e analisar as competências desenvolvidas em estágio através de numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas subsidiárias ao desenvolvimento dessas competências, cuja discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A formação encontra-se diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados. Assistimos a uma mudança no paradigma do cuidar, impregnado de uma visão holística, no envolvimento da família em relação de parceria, na promoção da saúde, do autocuidado e do ambiente seguro. A formação contínua, pela atualização de conhecimento e reflexão sobre as práticas. As políticas de saúde, pela reorganização dos cuidados primários e hospitalares, e a formação pós-graduada na aquisição de competências, técnicas, sociais, relacionais e científicas. Tudo isto, no seu conjunto e articulação ambiciona o cuidado de excelência. (Lopes, 2012)

A formação e a atualização contínua dos conhecimentos, constitui um dever dos enfermeiros, assim como, a análise regular do trabalho efetuado, e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No sentido de enriquecer o meu conhecimento e de alargar o âmbito das minhas competências com vista ao cuidado de excelência surge o ingresso neste curso, tendo a minha experiência profissional previa em equipa de urgência de bloco operatório contribuído para a escolha da área de especialização. Pois, *“é na medida que o Enfermeiro assume a responsabilidade pelo cumprimento dos seus deveres, que está a procurar a excelência. Não há excelência sem responsabilidade (...) mais importante que o reconhecimento externo do nosso trabalho, será a nossa própria autoavaliação sobre o desempenho profissional realizado e a recompensa individual de concluirmos que seguimos o caminho certo: o da excelência. Simplesmente porque a isso nos propusemos, porque este foi o caminho que escolhemos”*. (Deodato, 2004, p30)

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista a Ordem dos Enfermeiros, define Enfermeiro Especialista como “*aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído* “. Deste modo, ambiciono que este relatório espelhe o percurso assente no desenvolvimento das competências adquiridas, fundamentadas numa prática baseada na evidência subsidiária à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas competências “*envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Nesse sentido, por forma a dar evidência ao desenvolvimento de competências de investigação, no primeiro capítulo deste relatório será apresentada uma Revisão Sistemática de Literatura proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI). (Aromataris E, Munn Z, 2020)

A unidade curricular de estágio final e relatório do curso supramencionado preconiza um total de 360h de contacto em contextos promotores do desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de doente crítico, nesse sentido optei por realizar 180h de contacto em contexto de emergência pré-hospitalar, numa Viatura de Emergência Médica e Reanimação e 180h em Unidade de Cuidados Intensivos.

No segundo capítulo deste relatório farei a descrição dos locais de estágio e a descrição e análise das atividades desenvolvidas com vista à aquisição as “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” de acordo com o Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, e as “*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*”, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório surge ancorado num quadro conceptual de enfermagem composto por um vasto referencial que sustentou a minha prática tendo em conta a pessoa, os seus familiares, e o contexto, no entanto, baseio-me principalmente no Modelo de Enfermagem: A Teoria das Transições de Afaf Melleis. A escolha desta teoria baseia-se na sua clareza,

coerência e utilidade prática. Na congruência com os valores profissionais e sociais e na sua utilidade na investigação, ensino na orientação para a prática.

A doença crítica constituiu um processo transicional de instabilidade complexo para a pessoa e seus familiares. De acordo com Melleis et al. (2000), as transições são desencadeadas por eventos críticos e por mudanças no indivíduo ou no ambiente. Cada processo de transição é único, complexo e gerador de significados que caracterizam e condicionam a vivência da experiência. Para Melleis et al. (2000), compreender o significado atribuído pelos intervenientes nessa experiência, as respostas e as consequências dessa transição no bem-estar da pessoa e dos seus familiares constitui uma área de estudo que tem vindo a assumir-se como central na disciplina de enfermagem. Esta premissa serviu de enquadramento para a problemática de estudo sobre a qual sintetizei a evidência, mas também sustentou a minha prática ao longo do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto.

Por último apresentarei as conclusões, seguidas das referências bibliográficas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA<sup>6th</sup>) e apêndices.

O presente relatório é redigido em consonância com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Será tornado público pelo que, foram asseguradas as questões de confidencialidade e anonimato.

## 1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: “O Significado da experiência da família da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos”

No paradigma atual da enfermagem, o da Transformação, verificamos a abertura das ciências de enfermagem para o Mundo. Há uma mudança de mentalidades, que perspectiva os fenómenos como únicos em constante interação com o ambiente que o rodeia. Na complexidade das situações, a enfermagem recorre à investigação científica para conhecer os fenómenos em benefício da pessoa. Kérouac *et al.* (1996).

De acordo com Silva (2007), o exercício profissional de Enfermagem tendo vindo a evoluir de uma lógica executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, com um “*conhecimento criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem*”, assumindo como objeto de estudo “*as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos de vida que exigem adaptação*”. Assim, e de acordo com o mesmo autor, “*importa evoluir no âmbito do exercício profissional em uso muito circunscrito ao paradigma biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença -, para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições, ou seja, no sentido de uma enfermagem avançada.*

De acordo com a teoria de médio alcance proposta por Melleis et al (2000), a Teoria das Transições, as mudanças na saúde e na doença da pessoa criam um processo de transição, que lhes confere uma vulnerabilidade ao risco.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo transicional, pela capacidade de reformulação da identidade, domínio de aquisição de novas habilidades e alteração de comportamentos. Meleis et al. (2000)

Na sua estrutura, a Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e intervenções terapêuticas de enfermagem. Meleis et al. (2000)

As transições decorrem de um evento exigente de mudanças que, dependendo da sua natureza, podem estar relacionadas com eventos críticos (eventos marcantes, como o diagnóstico de doença e a morte), ou desequilíbrios que conduzem a alterações nas percepções, identidades, relações e rotinas. A compreensão do processo transicional implica a identificação dos seus efeitos, mas também dos seus significados, promotora de uma intervenção decorrente da análise de todas as suas vertentes. Estes eventos são frequentemente originários de um período de incerteza promotora do aumento consciência da mudança, tradutora de maior envolvimento em lidar com a experiência de transição, mas marcada por flutuação, instabilidade e rutura com a realidade. Meleis et al. (2000)

Esta autora considera haver condições facilitadoras e inibidoras da vivência do processo transicional, podendo elas estar relacionadas com os condicionantes pessoais, mas também condicionada pelo meio, pela comunidade e pela sociedade, sendo que, quanto aos condicionantes pessoais, considera que os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição são um fator a ter em conta o processo transicional e influenciador da vivencia do processo. Meleis et al. (2000)

O foco nos padrões de resposta da pessoa permite identificar o seu percurso evolutivo, ou seja, se este ocorre na direção do bem-estar, recuperação de capacidades ou adaptabilidade, ou se evolui para um estado de vulnerabilidade. Os indicadores de resultado indicam-nos o ajuste comportamental necessário ao coping. O domínio de novas competências e de uma identidade mais fluida e dinâmica capaz de se ajustar à mudança definem uma transição saudável. Meleis et al. (2000)

De acordo com Melleis et al. (2000), *“o enfermeiro enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas saúde dos clientes e a experiência da doença”*, tendo a oportunidade de promover uma ação interventiva continuada, capaz de proporcionar aquisição de conhecimentos e capacidades que desencadeiem respostas positivas às transições, englobando estas intervenções na vertente holística, na preparação para a transição e na promoção do papel do cuidador e suporte social. Meleis et al. (2000)

De acordo a autora desta teoria, a compreensão do significado experiências da pessoa implica uma ação no sentido do reconhecimento das suas respostas em tempos de transição, tendo em conta a sua vulnerabilidade, as experiências, interações e com o contexto, que

podem expor a pessoa a danos potenciais, recuperação prolongada e estratégias de coping ineficazes. Meleis et al. (2000)

A propósito da vulnerabilidade, Waldon (2013) refere que da experiência da doença decorrem efeitos na estrutura exterior (pelos sinais e sintomas físicos de doença), mas também tem efeitos sobre a estrutura interior que *“são principalmente invisíveis e pode ser caracterizada por expectativas, esperanças e medos diante de doença, à morte, à vida depois da doença ou mesmo após a morte. A doença altera mundo afetivo e relacional significativo.”* (Waldon, 2013)

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

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

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

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

A relação entre enfermeiros e familiares é central para a qualidade da prática clínica em enfermagem, e são hoje várias as investigações que procuram perceber a importância atribuída à família pelos enfermeiros e de que forma a valorização da família por parte destes profissionais, determina o sucesso dos cuidados de enfermagem prestados. (Hagedoorn et al., 2017; Østergaard et al., 2020) citados por Frade, Henriques & Maria (2021)

Para Frade, Henriques & Maria (2021) *“as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em enfermagem, e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar. Por outro lado, permitem ao enfermeiro conhecer as forças que a família detém, de modo que, em conjunto e num trabalho de parceria, consigam planear intervenções que vão ao encontro das necessidades da família”*

Segundo Andrade (2009), *“por parte dos enfermeiros, a facilitação do processo de adaptação a prestador de cuidados merece uma atenção particular já que têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador informal e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas”*.

Para o mesmo autor, *“se é um facto que a evidência científica produzida já permite um consenso estabilizado sobre o impacto produzido no processo de transição para cuidador informal, parece, no entanto, existir algum vazio ao nível do conhecimento das intervenções e respetivos resultados no contexto da facilitação do processo de transição para cuidador informal”*. (Andrade, 2009)

Refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, garantindo processos de transição mais saudáveis/seguros, baseado e fundamentado pelo referencial teórico de Afaf Melleis, revela-se uma oportunidade conducente ao exercício profissional de excelência, assumindo a família como alvo e parceiro do cuidado.

Desta forma, no sentido de sintetizar, da evidência disponível, o estado do conhecimento sobre o significado da experiência da família da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos, levou-se a efeito um trabalho ancorado nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações de Joanna Briggs Institute. (Aromataris & Munn, 2020)

Formulou-se uma questão de investigação, com base na metodologia de JBI (Aromataris & Munn, 2020) que constituiu o núcleo do desenvolvimento de toda a revisão, desde a organização da estratégia até à discussão dos resultados:

*“Qual o significado da experiência da família da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos?”*

Partindo da pergunta de investigação foram definidos os critérios de inclusão que seguiram a mnemónica PICO, proposta pela JBI para estudos de síntese qualitativa (Aromataris & Munn, 2020):

- P (população) – família da pessoa em situação crítica, incluindo os estudos que abordem qualquer tipo de família;
- I (fenómeno de interesse) – significado da experiência da família no decorrer do processo de saúde-doença da pessoa em situação crítica;
- Co (contexto) - cuidados intensivos.

Foram selecionados os seguintes descritores MeSH: family, families, caregiver, relatives, siblings, feeling\*, emotion\*, experience\*, attitude\*, perception\*, need\*, qualitative, ICU, intensive care, critical care, critical care unit, critical patient.

Através do motor de busca EBSCO seleccionaram-se as seguintes bases de dados: CINHALL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, LISTA (Library, Information Science Technology Abstracts) e MedicLatina.

No decorrer da seleção da amostra foram definidos como critério de inclusão quatro línguas: português, inglês, espanhol e francês assim como, e de acordo com a natureza do objetivo, serão incluídos apenas estudos qualitativos.

Os critérios de exclusão definidos foram estudos que abordem as experiências dos profissionais de saúde e outros ambientes de cuidados que não cuidados intensivos.

Não foi definido um limite temporal, uma vez que não existe muita evidência recente sobre a temática.

O único limitador de resultado foi a existência de texto completo e de acesso livre.

A estratégia de pesquisa booleana foi efetuada pelos cruzamentos dos descritores com os operadores booleanos OR e AND.

A pesquisa foi realizada a 30 de Outubro de 2021.

Um passo essencial no desenvolvimento inicial de uma revisão sistemática é o desenvolvimento de um protocolo de revisão. Este foi redigido e publicado no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. (Apêndice I)

A amostra inicial incluiu 403 artigos. Utilizou-se a metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse*), para sistematização do processo de inclusão, resultando num total de 14 artigos. (Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. 2020). (Apêndice II)

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi feita através da check-list para pesquisa qualitativa segundo a JBI. (Aromataris & Munn, 2020)

A apresentação dos resultados foi sistematizada em quadro de análise com os seguintes itens: título, autor e ano de publicação; objetivos do estudo; método; participantes; resultados (descrição do fenómeno de interesse). (Apêndice III)

A síntese dos dados efetuou-se sob uma abordagem meta-agregativa de acordo com o Manual da JBI (Aromataris & Munn, 2020), onde as unidades de análise se construíram pelos achados (*findings*) apresentados como temas e conceitos identificados pelos pesquisadores dos estudos, tendo por base os relatos dos participantes, extraindo-se assim a sua perspetiva sob forma indutiva e isenta de re-interpretação. (Aromataris & Munn, 2020)

Através da reunião dos achados (*findings*), procedeu-se à sua agregação/síntese, em seis categorias de análise, com base nas semelhanças de significado, com o objetivo de produção de um único conjunto abrangente de achados sintetizados (*sintetized findings*), que proporcionam resposta à pergunta de investigação e orientações para a prática.

**Impacto Emocional:** Lidar com o internamento súbito de um familiar na unidade de cuidados intensivos pode gerar múltiplas emoções, nomeadamente stress, medo do inesperado, angústia, ansiedade, frustração e preocupação com o futuro, estes sentimentos

muitas vezes persistem após a alta hospitalar e em alguns casos provocam nos familiares depressão e ansiedade.

Muitos familiares manifestaram que foram "apanhados desprevenidos" e que tinham vivido um choque, pois estavam psicologicamente despreparados para doença crítica súbita e o internamento na UCI. Não foram capazes de compreender o que se estava a passar e sentiram-se sobrecarregados, confusos e vulneráveis. (Beer & Brysiewicz, 2017).

Verificaram-se alterações nos padrões de alimentação, beber, dormir e assistir ao trabalho. A necessidade constante de estar perto do paciente resultou numa sensação de imobilização de muitos familiares, incerteza de não saber qual seria o resultado para o doente, o que os levaria a viver num estado de suspensão, alternando entre a esperança e o desespero. (Beer & Brysiewicz, 2017) Alguns participantes recorreram ao termo "desintegração" para descrever o seu tumulto, que significou graves danos para a família em todos os aspetos. (Bahman, et al., 2019) Sintomas psicológicos tais como distração, confusão, nervosismo, inquietação persistente e impaciência fez com que as famílias experimentassem uma diminuição da função cognitiva. (Bahman, et al., 2019) *A preocupação e medo eram dominantes; incerteza decorrente de uma falta de clareza expresso como ansiedade, raiva e frustração.* (Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen, & Padkin, 2016).

Os membros da família revelaram ter experienciado sintomas psicológicos como nervosismo, impaciência, impulsividade, distração e confusão durante o internamento do seu familiar na UCI. (Aghaie, Anoosheh, Foroughan, Mohmmadi, & Kazemnejad, 2021).

De acordo com Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018), apesar de compreenderem que a pessoa internada é a principal recetora dos cuidados, o sofrimento que experienciam faz com também esperem atenção por parte dos enfermeiros. K, Torres R,

Silva S, *et al.* (2020), considera que, os familiares têm expectativas de que os profissionais de saúde compreendam o período difícil pelo qual estão a passar, sejam empáticos e desenvolvam uma relação de ajuda. Contudo, nem sempre acontece e sentem que são negligenciados.

Os familiares mais próximos experienciam um conflito interno, pois sentem-se assoberbados entre dar resposta às responsabilidades familiares em casa e a necessidade de apoiar o familiar internado na UCI, o que pode criar uma crise emocional e afetar todos os membros da família. (Freitas K, Torres R, Silva S, *et al.* 2020)

**Desafios na dinâmica familiar:** A vivência da hospitalização de um familiar está inerente a um processo de crise, inesperada e abrupta, que confere vulnerabilidade a este sistema o que exige todo um processo de adaptação. Existe uma interrupção da vida social e profissional dos membros do sistema familiar e até negligência de si mesmos, transpondo a barreira das consequências emocionais e físicas surgem as consequências económicas.

O momento em que a família passa durante a hospitalização de um familiar em cuidados intensivos exige que esta se adapte às mudanças na sua rotina diária e constitui uma ameaça à integridade psicossocial da família, que muitas vezes interfere com a capacidade de se relacionar com o mundo. Da Silva, S. et al, (2016). Verificam-se todo um conjunto de interações que se entrelaçam nos assuntos quotidianos, mas que influenciam também a relação dos indivíduos consigo mesmos (Freitas K, Torres R, Silva S, *et al.* 2020), privando-os do cuidado de si próprio (Mendes, A. P. 2018), com uma consequente negligência de si mesmos, pois sentiram que as necessidades do doente prevaleciam sobre as suas. (De Beer & Brysiewicz, 2017).

De acordo com Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018), “*a crise gerada pela descoberta de uma doença causa uma perturbação da homeostase, levando á necessidade de uma reorganização inter-relacional na procura de uma nova identidade.*”

De Beer & Brysiewicz (2017), revela que, na perspetiva dos familiares que participaram no seu estudo, se verifica uma mudança na personalidade do familiar doente, relativamente ao que era anteriormente conhecido, sedado, inconsciente e incapaz de comunicar. O desmoronamento da antiga imagem do doente era, na maioria dos casos, imprevisto, chocante e emocionalmente desafiante.

Para além disso, de acordo com Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen, & Padkin (2016), os padrões de interação familiar foram interrompidos pela admissão na UCI e substituídos por novos padrões de apoio organizados. Para De Beer & Brysiewicz (2017),

é evidente que, o papel social da pessoa doente, como confortador, organizador, mediador, amante, amigo ou disciplinador torna-se ausente no seio da família e, em alguns casos, os familiares têm de assumir um ou mais destes papéis dentro da unidade familiar.

Aghaie, Anoosheh, Foroughan, Mohammadi, & Kazemnejad (2021), corrobora, afirmando que *“para além de se preocuparem com o futuro do doente, alguns membros da família estavam preocupados com as reações de outros membros da família e como geri-los em caso da morte ou incapacidade do doente”*.

Da Silva, S. et al, (2016) afirma que, *“a ocorrência de mudanças e/ou interrupção na vida social e profissional é dada pela necessidade de satisfazer as exigências da hospitalização da família, afetando assim, mesmo que temporariamente, as suas rotinas de trabalho.”* De Beer & Brysiewicz (2017), acrescenta que, a não comparência ao trabalho constituiu um fardo financeiro para algumas das famílias. Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018), no seu estudo, relata que, uma grande proporção de familiares revelam estar financeiramente sobrecarregados, devido à abdicação de vida a favor de prestar cuidados exclusivos ao doente. Para além disso, a hospitalização pode implicar algumas despesas que não eram anteriormente previstas.

**Condicionantes do ambiente em UCI:** Verifica-se um estigma social em relação à UCI que a associa a um pronuncio de morte, elevando todo um conjunto de sentimentos negativos em torno dela. O ambiente da UCI revela-se altamente stressante e gerador de sentimentos negativos para os familiares, quer pela presença de inúmeros ruídos quer pela própria complexidade tecnológica que afeta a imagem do familiar doente.

De acordo com Freitas K, Torres R, Silva S, *et al.* (2020) nos testemunhos dos familiares, foi possível observar um certo estigma negativo em relação às hospitalizações na UCI, uma vez que para muitos indivíduos, as características deste sector tendem a proporcionar sentimentos contrários à recuperação do paciente que está lá, sendo a UCI facilmente interpretada como “corredor de morte”.

Da Silva, S. et al, (2016) corrobora este achado, afirmando que a pessoa internada em UCI é encarada pela família como estando entre a vida e a morte, com grande possibilidade de uma viagem sem retorno.

Também para De Beer & Brysiewicz (2017), o meio técnico da UCI revela-se inesperado e assustador para os familiares, referindo que não compreendiam completamente a seriedade de a situação até observarem o seu familiar em suporte de vida, rodeado de tubos, máquinas e alarmes.

Da Silva, S. et al, (2016) revela que, 77,5% dos entrevistados relatou ter tido um choque ao encontrar tantos dispositivos ligados à sua família, e 22,5% relataram choque emocional a testemunhar as mudanças corporais durante o processo de internamento do seu familiar na UCI. De acordo com Bahman, et al., (2019) “ *o equipamento avançado, procedimentos invasivos, ruídos de alarmes, e horários de visita restritos revelaram-se assustadores para os familiares e motivadores de preocupação e ansiedade*”, facto corroborado por Mendes, A. P. (2018), que identifica nos relatos dos participantes sentimentos negativos relacionados com as restrições no acesso às visitas e com o facto de o ambiente em UCI ser altamente instrumentado e desconhecido para os familiares. Bahman, et al., (2019), acrescenta que, no que concerne ao ambiente da UCI, “*as famílias revelaram medo das consequências nefastas das intervenções invasivas para os seus familiares*”.

**A necessidade de Informação:** Existe relatada a necessidade permanente dos familiares no que concerne à informação acerca do estado de saúde do seu familiar. O ambiente fechado da UCI condiciona a satisfação desta necessidade. Reconhecem as visitas e as chamadas diárias como fatores chave na satisfação desta necessidade e supressão destes sentimentos. Associam ainda a forma como vêm esta necessidade satisfeita como estando diretamente relacionada com a competência e grau de expertise da equipa de cuidados. Identificam a comunicação como uma excelente ferramenta de trabalho neste contexto, promotora de interação, confiança e conforto da unidade familiar.

Mendes, A. P. (2018), afirma que os familiares encontram na perceção da instabilidade e da ameaça à vida do seu familiar uma necessidade extrema de informação imediata, promovendo a procura insistente de informação e refere a importância de ser incluída na discussão sobre as intervenções diagnósticas e terapêuticas nos cuidados dos seus familiares. De acordo com o mesmo autor, os familiares revelam que, as necessidades que encontram e as expectativas que colocam na interação com os profissionais, dependerá substancialmente, do acesso a informação atualizada e compreensível.

De acordo com Batista V., Monteschio L., Godoy F., *et al.* (2019), a falta de informação é uma fonte de preocupação e desconforto para as famílias, identificando as restrições às visitas como um fator gerador de stress e sofrimento, na medida em que condicionam o acesso à informação. Perão O., Nascimento E., Padilha M., Lazzari D., Hermida P. & Kersten M. (2021) corrobora este autor, referindo que a falta de informação sobre o estado clínico do paciente, a rotina e os curtos tempos de visita na UCI, interferem no conforto e satisfação dos membros da família.

Aghaie, Anoosheh, Foroughan, Mohmmadi, & Kazemnejad (2021), acrescentam que o ambiente fechado da UCI e a dificuldade de obter detalhes informação sobre as intervenções e tratamentos que estão a ser prestados ao doente eleva duvidas nos familiares sobre o empenho e a competência da equipa de cuidados de saúde.

Batista V, Monteschio L, Godoy F, *et al.* (2019), tendo por base os relatos dos participantes no seu estudo, afirma que o envolvimento da família nos cuidados requer que os profissionais de saúde adotem uma postura aberta para o diálogo e troca de conhecimentos. O membro da família não deve ser tratado apenas como um recetor de informação, uma vez que quando a família participa ativamente no processo de cuidados, os fatores negativos que permeiam este momento são minimizados.

De acordo com Klop et al. (2021). para alguns participantes, as chamadas diarias foram sentidas como um alívio, sabendo que eles não foram deixados sozinhos na incerteza, fazendo os participantes sentirem-se apoiados, bem informados e compreendidos nas suas necessidades.

**Perceção em relação ao cuidado:** Ao descrever a sua experiência, os familiares enfatizam a necessidade de que se encontre equilíbrio entre o cuidado técnico e humano. Os estudos revelam alguma fragilidade nas relações humanas neste contexto, identificando a humanização do cuidado como o caminho para o fortalecimento desta relação, ancorado na comunicação como ferramenta capaz de reduzir os danos causados por este processo.

Para Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018) os entrevistados consideram os médicos e enfermeiros atenciosos, dignos de confiança e sentiram-se confortáveis em relação aos cuidados prestados

Da Silva, S. et al, (2016) acrescenta que foi possível ver, por parte dos prestadores de cuidados, a necessidade e a importância de procurar formas de compreender e responder de forma mais humanizada e calorosa às famílias, tornando o doente e os seus familiares numa única unidade.

Já Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018), identificam uma fragilidade das relações humanas no seio das unidades de cuidados intensivos, uma vez que a prática dos cuidados é centrada na lógica do trabalho técnico, defendendo também que, o cuidado humanizado é o melhor instrumento que a enfermagem deve adotar no alívio do sofrimento dos familiares.

Para Aghaie, Anoosheh, Foroughan, Mohammadi, & Kazemnejad (2021) a confiança é uma ponte importante entre a família e os prestadores de cuidados de saúde e desempenha um papel fundamental na aceitação de decisões e satisfação com os cuidados de saúde.

Luiz F., Caregnato R. & Costa M. (2017, de acordo com os relatos dos participantes no seu estudo, enaltece a comunicação como o principal fator promotor de humanização do cuidado. Segundo eles, não há forma de proporcionar um bom acolhimento sem uma comunicação eficaz e clara. Acrescenta ainda que, os familiares revelam a necessidade da existência de um profissionalismo ético e sensato que transcende o conhecimento teórico, permitindo aplicar ações e procedimentos que não violam a moral e os princípios da ciência, resultando em cuidados mais "humanos", capazes de criar laços e co-responsabilidade

**Suporte emocional e estratégias de *coping*:** Há o reconhecimento dos familiares da equipa de enfermagem, amigos e de famílias de outras pessoas internadas, como grupos com efeito positivo no suporte emocional. No entanto, a estratégia que ficou mais evidente está relacionada com a espiritualidade. A crença numa força superior revela-se capaz de promover sentimentos de esperança, autoconfiança o que os capacitou para suportar as consequências da doença e alívio do sofrimento.

De acordo com Bazzan J., Milbrath V., Gabatz R., Soares M., Schwartz E. & Soares D. (2019) e Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen, & Padkin, (2016) os familiares de doentes internados em cuidados intensivos, revelam o reconhecimento da equipa de saúde como fator de suporte, no entanto a Fé na melhoria e cura, e a crença de que no final tudo

ficaria bem, revelaram-se essenciais para a família. Os membros da família utilizavam a religião, as energias positivas e, especialmente, Deus como suporte.

Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018) afirma também que a estratégia que era mais evidente está relacionada com a espiritualidade. Na maioria das entrevistas, os participantes indicam apego e esperança na convicção de uma força superior para superar o processo de hospitalização.

Da Silva, S. et al, (2016) revela que 52,5% dos entrevistados encontrou na fé e na esperança em Deus sentimentos positivos tais como esperança de melhoria e aceitação. A crença num ser superior, como Deus, capaz de promover milagres e cura, proporciona sentimentos de auto-confiança e segurança, tanto para o doente como para o prestador de cuidados, capacitando-os para suportar as consequências da doença e acreditar na regeneração da própria saúde e do alívio do sofrimento.

Para Neves L., Gondim A., Soares S., Coelho D. & Pinheiro J. (2018), a religiosidade é percebida como uma forma de confrontação, alívio do sofrimento e conforto. Da Silva, S. et al, (2016) corrobora estes achados, identificando o apego à espiritualidade como intimamente associado à necessidade de não perder a esperança e de se manter à espera de um milagre.

Perão O., Nascimento E., Padilha M., Lazzari D., Hermida P. & Kersten M. (2021), reforçam esta ideia, afirmando que o sentimento de fé, na sua subjetividade, pode fortalecer membros da família, encontrando na espiritualidade força para melhor compreender a hospitalização do seu ente querido e o seu estado de saúde.

Segundo Luiz F., Caregnato R. & Costa M. (2017), a abordagem à fé, reza, ou mesmo o recurso a objetos, constitui uma forma de esperança para um tratamento ou recuperação de uma condição de doença, assumindo a prestação de cuidados, tendo em conta a espiritualidade, como requisito para a humanização dos cuidados.

É possível concluir através dos artigos analisados, que a experiência da família da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos está inerente a um processo de crise, muitas vezes imprevisível cujo significado se traduz num **impacto emocional**, caracterizados por sentimentos de angústia, frustração e medo. O reconhecimento destes sentimentos proporciona a oportunidade de levantamento de diagnósticos de enfermagem,

que beneficiam o cuidado à pessoa e seus familiares, e que devem ser incorporados em plano de cuidados, cujas intervenções proporcionarão *outcomes* tradutores da evidência do papel do enfermeiro como pilar da relação na tríade família, pessoa e cuidador.

O reconhecimento dos **desafios na dinâmica familiar**, através das alterações em função das necessidades familiares e responsabilidades profissionais, poderá ser conducente a uma implementação de um plano de cuidados integrados, através do envolvimento multidisciplinar, quer a nível de referenciação para rede de apoio social, quer até no envolvimento da rede de cuidados de saúde primários, proporcionando um continuidade de cuidados através da avaliação e implementação de modelos de intervenção familiar capazes de ajudar estas famílias a vivenciar este processo de transição de forma mais saudável, quer durante o período de internamento quer após este período, proporcionando um diminuição da sensação de abandono por parte dos profissionais.

A categoria relativa às **condicionantes em ambiente de UCI**, em que muitas vezes os familiares são confrontados com um choque tecnológico e o estigma do pronuncio de morte, é reveladora da importância de uma intervenção mais afinçada por parte da enfermagem no conjunto de intervenções que devem caracterizar o acolhimento da família à UCI, sendo que o reconhecimento destes fatores através da evidencia disponível deve motivar o enfermeiro a intervir no sentido da preparação para este choque sentimental e visual, e na desmistificação da conotação à morte, assumindo o seu papel neste momento, como fulcral para a forma como o familiar vivência este processo transicional.

A **necessidade de informação** clara, atualizada, acessível a par do reconhecimento dos familiares como parceiros processo de tomada de decisão, vem reforçar a necessidade de que a enfermagem assuma de forma comprometedor o seu papel no que respeita ao dever ético e legal de informar, devendo cada enfermeiro, a título individual, não só consciencializar-se desse mesmo dever, mas também ser capaz de se dotar, quer de estratégias comunicacionais eficazes no que respeita à transmissão de informação, mas também da componente ética e legal inerente ao que informar, contributiva para amenização de sentimentos negativos que para os familiares, quer para o próprio enfermeiro.

Da análise da categoria da **perceção em relação ao cuidado** por parte dos familiares dos doentes internados em UCI, torna-se explícita a necessidade de traçar um caminho no qual o cuidado humanizado se sobreponha à praticidade tecnológica. Os resultados são

reveladores que a humanização do cuidado, ancorado na comunicação, é fulcral para o fortalecimento da relação. No que respeita a esta categoria e a título sugestivo, seria fortemente contributivo explorar qual a perceção dos enfermeiros acerca do cuidado humanizado e comparar os resultados com a perceção dos familiares, por forma a proporcionar uma clarificação e um encontro de ambas as partes acerca deste conceito, impulsionador de um ajuste de práticas conducentes à melhoria continua e excelência de cuidado.

Por fim, o reconhecimento da espiritualidade como **estratégias de suporte emocional e de *coping*** mais evidente e eficaz por parte dos familiares, proporciona a oportunidade, não só do reconhecimento do recurso a esta estratégia em termos de intervenção, mas mais do que isso, reforça a importância de enfermagem desenvolver capacidade e sensibilidade para ir ao encontro do outro, assente no respeito pelo outro, pela sua crença, pela sua história e pelos seus valores, facto que poderá não só ser subsidiário às estratégias de *coping*, mas também ao fortalecimento da relação, capaz de proporcionar um processo transicional mais eficaz no processo de saúde/doença..

Em suma, enfermeiro especialista assume uma responsabilidade acrescida no que diz respeito à compreensão profunda deste fenómeno de estudo, assim como à implementação de cuidados capazes apoiar e capacitar os familiares para uma vivência menos traumática desta experiência. Aprimorar o conhecimento dos profissionais e a aquisição de competências inerentes ao cuidado humanizado torna-se essencial à promoção de cuidados de excelência, sustentando o cuidado confortador da pessoa e da família.

Esta revisão teve como limitação a exclusão de artigos indisponíveis integralmente e sem acesso livre assim como a barreira linguística, uma vez que foram rejeitados alguns artigos pertinentes em mandarim, uma vez que nenhum dos revisores dominava este idioma.

Com este capítulo, considero demonstrar a aquisição da competência comum do enfermeiro especialista: *“baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica”*, bem como a aquisição das competências de mestre em Enfermagem: *“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”*, *“Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas*

*subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” e “ (...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autoorientado ou autónomo” presentes no Decreto-Lei n.º 65/2018, “Regime Jurídico Dos Graus E Diplomas Do Ensino Superior”.*

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O percurso de aquisição de competências espelhado neste relatório consagra todo o processo formativo que engloba este Mestrado, subjacente às aprendizagens construídas ao longo dos três semestres que compõem o curso, mas também subjacente às experiências prévias vivenciadas.

Fleury & Fleury (2001), definem competência com o *“saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica”*. Le Boterf (1995) citado por Fleury & Fleury (2001), considera que o desenvolvimento de competências engloba *“três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional”*.

No que concerne à evolução do conceito, Ceitil (2007) refere que este *“modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto”*, assentes em comportamentos específicos, com constância e regularidade e com resultados específicos, operacionalizadas segundo indicadores observáveis e que determinam a performance do indivíduo, refere ainda que, *“variam consoante o contexto e a sua atualização garante a adequabilidade e elevados níveis de performance profissional”*.

Benner (2001), aplica à enfermagem o Modelo de Dreyfus para a aquisição e desenvolvimento de competências, assume a aquisição de competências de enfermeiro especialista como um processo multidimensional com foco na conjugação da experiência prática que se consolida de forma progressiva dinâmica e evolutiva (iniciado, avançado, competente, proficiente e perito). Phaneuf (2005), corrobora esta teoria na medida em que considera que o processo de aquisição de competências é dinâmico e carece de continuidade no tempo e um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio-afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas do enfermeiro, aplicadas ao contexto da prestação de cuidados, traduzindo-se em cuidados ao nível da excelência.

Segundo Zarifian (1999) citado por Fleury & Fleury (2001), *“a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações”*.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a par da complexidade tecnológica subjacente à prestação de cuidados neste contexto, implica a aquisição de um

conjunto de competências específicas que habilitem o enfermeiro para a prestação de cuidados em contextos complexos e uma adaptação e evolução contínua onde a excelência se assume como um compromisso.

Importa ressaltar que, de acordo com Deodato (2004), *“a excelência do exercício está consagrada como um princípio orientador da atividade do enfermeiro, na alínea c) no nº3 do Artigo 78 do Código Deontológico, e como dever específico, no Artigo 88”*, considerando que *“no plano Deontológico o enfermeiro tem o dever de caminhar para a excelência”*.

Com o intuito de certificar competências e ambicionado a excelência do cuidar, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses criou o atual regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº429/2018, 2018). Onde, de acordo com o mesmo, os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica referem-se a *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*. (Regulamento nº429/2018, 2018).

Para Lopes (2012) *“apenas o contexto de trabalho pode constituir m autentico fator de promoção e desenvolvimento de competências”...”mediado por ação tutorial de um indivíduo mais experiente”*, nesse sentido, o estágio revela-se um contexto privilegiado de observação, intervenção e aprendizagem sob a orientação, conhecimento e experiência de um orientador, um mar de experiências onde se partilham crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conducente a uma intervenção refletida. Dias (2011)

Indo ao encontro desta perspetiva, também Benner (2004) considera que a aprendizagem teórica só por si não é suficiente para gerar a perícia, pelo que a formação em enfermagem detém uma componente clínica fundamental para um bom juízo clínico.

Por forma atingir o supramencionado e de acordo com o o Decreto-Lei n.º 65/2018, intitulado *“Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior”*, no sentido do desenvolvimento das *“Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”*, descritas no Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE), e também as

*“Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”* descritas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da ordem dos Enfermeiros, foram realizados dois estágios num total de 360h, em locais escolhidos por gosto pessoal na área e por pertinência, sendo potenciadores do desenvolvimento das competências acima referidas.

Neste capítulo procedo à descrição dos dois contextos de estágio e das atividades desenvolvidas promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

O cuidado de enfermagem prestado baseou-se sempre na aplicação do processo de enfermagem, operacionalizado desde a avaliação inicial até à avaliação dos resultados das minhas intervenções. O processo de enfermagem não é mais do que “uma variedade do raciocínio científico, que lhe permite organizar os cuidados aos seus utentes, sejam eles um indivíduo, uma família, uma comunidade” (Potter & Perry, 2009, p. 86). Este raciocínio foi ancorado nos padrões de conhecimento estruturantes do conhecimento em enfermagem: o padrão empírico, caracterizador da enfermagem enquanto ciência, com ênfase na competência técnica, na virtude e no dever ético; o conhecimento estético, na visão da enfermagem como uma arte onde o conhecimento, as habilidades e o julgamento são aplicados à área do cuidado; o padrão ético, operacionalizado pelos processos de tomada de decisão ética e o padrão pessoal: pelo uso terapêutico do self, na aceitação da liberdade do outro, enquadrado na relação interpessoal e na dimensão da espiritualidade. (Carper, 1978)

Este processo pratico-reflexivo foi desenvolvido com base num vasto conjunto de referenciais teóricos, de destacar teoria de médio alcance de Afaf Melleis, a Teoria das Transições.

## **2.1 Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e seus familiares em contexto de emergência pré-hospitalar**

A emergência pré-hospitalar deriva de *“uma condição imprevisível ou inesperada que requer ação imediata. Alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados”* (Rey, 1999, como referido em Mateus, 2007, p.19), traduzindo-se numa necessidade de intervenção imediata uma cadeia de cuidados de emergência médica eficaz, tornando-se essencial, tal como refere o Despacho n.º 10109/2014, *“a sua articulação, integração e continuidade de cuidados, envolvendo técnicos de saúde com vários níveis de diferenciação e formação adequadas na área da emergência médica, aliadas a um significativo conjunto de conhecimentos, capacidades e competências comuns”* (Ministério da Saúde, 2014, p. 20233).

Desta forma, está criado o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), com o propósito de que ajuda diferenciada chegue o mais rápido possível à vítima. De acordo com o Manual de Socorrismo S.R.P.C.B.A. -Divisão de Prevenção, Formação e Sensibilização na página 3 do 1º capítulo define-se SIEM como *“um conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referência do doente urgente/emergente”*. O SIEM é representado pela estrela da vida. Cada uma das suas seis pontas representa uma das fases deste sistema. São elas a Deteção, o Alerta, o Pré -Socorro, o Socorro, o Transporte e por fim o Tratamento na Unidade de Saúde. O organismo do Ministério da Saúde que tem como principal missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), de forma a garantir uma pronta e correta prestação de cuidados à população (Decreto-Lei n.º 34/2012).

O INEM dispõe, entre outros meios, da viatura médica de emergência e reanimação, que atua na total dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

A VMER é o meio mais diferenciado de emergência pré-hospitalar e corresponde a

uma viatura ligeira que é acionada em simultâneo com uma ambulância. Esta integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para a “*prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência*” (Decreto-Lei n.º 34/2012, p. 749). Todas as VMER dispõem de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV).

A VMER onde realizo este estágio pertence a um Hospital Central da região de Lisboa, é constituída por enfermeiros das áreas funcionais do Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Urgência Pediátrico, Unidade de Urgência Médica e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos. Destes cerca de 2/3 são especialistas e/ou mestres.

É exigida ao médico e ao enfermeiro uma formação específica em emergência médica, nomeadamente em SAV e SAV em trauma. O enfermeiro tem a função acrescida de condução, para a qual detém as necessárias e obrigatórias competências em condução defensiva para veículos em marcha de emergência (Circular Normativa n.º 1/2014.) Possui formação humana, técnica e científica adequada, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, em articulação com o CODU e no respeito orientações aceites.

Em 2007 a OE publicou uma lista de orientações relativas às atribuições do enfermeiro no Pré-hospitalar, além das funções próprias de cada enfermeiro de cuidados gerais, direcionadas para cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família, nesta base o INEM emitiu a Deliberação n.º 20/2013 que definindo como orientações para os enfermeiros do pré-hospitalar:

- Atuar de forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão e as recomendações provindas superiormente;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização, no local da ocorrência, quer durante o transporte até à unidade hospitalar de referência (seja primário ou secundário);
- Assegurar a transmissão de informação pertinente, sustentada em registos adequadas, no momento da receção da vítima na unidade hospitalar de referência;
- Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;

- Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, de forma a minimizar o seu sofrimento;
- Exercer função de chefe de equipa;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de emergência e/ou catástrofe.

Na procura de aprendizagens e desenvolvimento de atividades subjacentes às competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e seus familiares, seguindo uma metodologia de projeto, foram definidos os objetivos de estágio.

**Objetivo geral:** Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e seus familiares em contexto de emergência extra-hospitalar;

**Objetivos específicos:** Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e seus familiares em contexto de emergência extra-hospitalar, em particular na vítima de trauma; Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e seus familiares em contexto de emergência extra-hospitalar, em particular na vítima de paragem cardiorrespiratória;

Foram enumeradas as situações que me suscitaram reflexão ao longo deste ensino-clínico, e considero que o campo de aquisição de competências correspondeu às minhas expectativas em larga escala.

No que respeita à consecução do primeiro objetivo, de desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e seus familiares em contexto de emergência extra-hospitalar, em particular na vítima de trauma, e pela sua riqueza em termos de desenvolvimento de competências neste contexto, decido incorporar neste capítulo a descrição de uma situação assente numa cultura reflexiva e tradutora da aquisição de competências através da prática.

A VMER foi ativada pelo CODU no contexto de acidente de viação ocasionado por despiste, ao Km x da A1, segundo informação do CODU envolvia várias viaturas, alguns feridos ligeiros, com enfoque numa das vítimas que se encontrava encarcerada e noutra, que à chegada ao local tinha sido projetada a 30 metros do local onde se encontrava a viatura.

Durante o percurso confesso que me senti envolvida por um “nervoso miúdo”, motivada pelo entusiasmo da experiência que se aproximava, mas também algum receio para com o cenário que poderia encontrar, como estratégia de gestão desses sentimentos por forma a conseguir atuar eficazmente sob pressão, optei por aproveitar o percurso para ir refletindo junto do Enfermeiro acerca das informações que tínhamos sobre o contexto afim de planear a nossa atuação com vista à gestão do risco e do ambiente, na adequação da resposta na salvaguarda da segurança das pessoas que seriam alvos na nossa intervenção.

À chegada ao local, encontrava-se já a VMER de outro hospital e uma Bombeiros Sapadores que procediam ao desencarceramento da vítima, no sentido do planeamento e gestão de uma resposta sistematizada com a máxima eficácia e eficiência, dirigimo-nos ao Sr. Comandante das operações no sentido de nos proporcionar orientações relativamente ao status da situação. A VMER de outro hospital prestava cuidados a uma das vítimas, a que revelou condições de segurança, acessibilidade e mais emergente na sua chegada ao local, vítima de sexo feminino, 21 anos.

A nossa equipa ocupou-se da prestação de cuidados á vítima encarcerada, sexo masculino, 28 anos, nome fictício Romeu.

Encontrava-se posicionado em decúbito ventral, com os destroços da viatura sobre si, entre os lugares dos passageiros da frente e de trás, com laceração visível e sangrante a nível da cabeça, o que nos remeteu logo para provável TCE, consciente e com discurso coerente à nossa avaliação, sendo a principal queixa a dor.

Após intervenção extremamente coordenada por parte da equipa de bombeiros e a equipa de emergência extra-hospitalar o desencarceramento da vítima com a máxima segurança e foco na minimização de complicações foi um sucesso.

Reconhecida a situação de especial complexidade, foram priorizadas e implementadas intervenções com foco na prevenção de complicações decorrentes da situação de doença aguda, na gestão do risco e na promoção do ambiente seguro para pessoa

e para a equipa, havendo mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa em situação crítica.

Após alternância de decúbito para dorsal e posicionamento em plano duro, procedeu-se à abordagem à vítima de acordo com algoritmo ABCDE. Verificadas condições em termos de via aérea e feita estabilização da cervical com recurso a colar, avaliada a qualidade da respiração, monitorizados sinais vitais, SPO2 98%, movimentos respiratórios simétricos e sem presença de ruídos, sem sinais de qualquer dificuldade respiratória, normocárdico e normotenso. No que respeita ao risco de hemorragia e infeção procedeu-se à lavagem das feridas (cabeça, braços e mãos) com foco na máxima técnica asséptica que o contexto permitia.

Avaliado estado de consciência, abertura ocular espontânea com pupilas isocóricas e reativas, orientado, e com boa resposta motora obedecendo a ordens, score de Glasgow 15, sem sinais de compromisso neurológico ou motor. Foram inspecionadas outras possíveis lesões cutâneas avaliando a exposição.

Na abordagem à pessoa a sua principal queixa era a dor, especificando os membros superiores como localização, e á observação apresentava alteração do alinhamento do membro superior esquerdo, em termos de intervenção procedeu-se a cateterismo periférico e, após questionado acerca de possíveis alergias medicamentosas, procedeu-se à administração de opioide para controlo da mesma que surtiu efeito, verificados sinais de compromisso neuro-vascular e aplicada tala de redução também no sentido da minimização da dor e preservação da integridade do membro.

Por risco de compromisso vascular procedeu-se também á remoção de adornos, intervenção que provocou algum desconforto no Romeu, que prontamente pediu que não lhe fosse retirada aliança que trazia no dedo anelar da mão direita, depois de lhe termos proporcionado informação acerca dos motivos que sustentavam esta intervenção o Romeu consentiu que lhe fosse retirada a aliança.

Depois disto, com prevenção de hipotermia assegurada, o Romeu estava estabilizado e foi assegurado o meio de evacuação e transporte.

Pelas suas valências de centro de trauma, também a outra vítima iria, depois de estabilizada no local, seria transportada para o mesmo hospital, sendo que, para uma

coordenação da resposta mais eficaz foi contactado o hospital no sentido de proporcionar o status da situação na sua globalidade.

Na outra ambulância o desafio era notoriamente bem maior, score 3, vítima entubada e ventilada, choque hipovolémico, motivado por provável hemorragia interna originada pelo trauma que se tentou controlar com aplicação de contenção da bacia e drenagem de hemopneumotorax no local, com toda uma instabilidade do ponto de vista hemodinâmico que se traduzia num prognóstico extremamente reservado, não havia qualquer indicação da sua identidade, haviam mais três ocupantes da viatura, feridos ligeiros, que foram transportados para outro hospital, e não havia chegado ainda qualquer informação acerca da identidade desta jovem e que lugar ocupava na viatura, no entanto, pelas características do cenário tudo indicava que seria a condutora ou segundo ocupante da frente da viatura.

Depois da discussão da situação entre as duas equipas no que respeita à coordenação do transporte, decidiu-se que a nossa equipa sairia primeiro, e assim que, e se estivessem reunidas as condições para o transporte da outra vítima, sairia a equipa da VMER do outro hospital, proporcionando tempo para que no serviço de urgência estivessem reunidas as melhores condições em termos físicos e humanos para a prestação de cuidados mais eficaz aos dois, uma vez que, tudo indicava, que se houvesse sucesso nas manobras de estabilização no local, a vítima que necessita de uma intervenção mais complexa seria a vítima do sexo feminino.

Sáímos do local, o Romeu continuava consciente, estável do ponto de vista hemodinâmico, com sinais vitais dentro dos parâmetros normais, continuava com queixas álgicas que localizava nos membros inferiores e uma sensação de “picada no pescoço, abaixo da nuca”, foi sendo feita a gestão da terapêutica analgésica durante o transporte e promovidas medidas de conforto. Havendo condições aproveitou-se o momento para colheita de informação inicial relativa ao doente. Do ponto de vista anímico o Romeu encontrava-se bem, provavelmente até motivado pela adrenalina do choque e pelo facto de perceber que embora todo o aparato, estava bem, vivo. Mas antes de nos proporcionar qualquer informação acerca de si e do contexto do acidente o Romeu fez uma pergunta: “Como está a minha namorada?”

Explicámos ao Romeu que ainda não tínhamos informação acerca da identificação de todas as vítimas envolvidas no acidente, no entanto tentámos explorar a situação com vista satisfazer a sua angústia e aliviar a ansiedade. Até que, após juntarmos algumas peças

do puzzle, tudo indicava que, a vítima, provável condutora, projetada por 30mt, em estado crítico por quem os nossos colegas lutavam incansavelmente na ambulância que tinha ficado no local, com prognóstico reservado, era na verdade, a sua Julieta.

Romeu e Julieta tinham assumido a sua relação perante os amigos há três dias, havia sido uma história que guardavam só para os dois já há algum tempo, naquele dia seguiam a caminho de um fim-de-semana, acompanhados pelos amigos mais próximos, com o objetivo de comemorar o início da relação.

No que respeita à definição de família OMS (1994) coloca a tónica no eixo relacional sublinhando que o conceito de família ultrapassa a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família, *“o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”*. Sendo que por familiar deve considerar-se toda e qualquer pessoa que assume significado para a pessoa como tal.

O Romeu tinha perdido o pai há cerca de duas semanas, vítima de cancro, e esta viagem era também uma demonstração de apoio para com ele. Trabalha nos armazéns de uma loja, dizia-se cansado física e psicologicamente por tudo o que as últimas semanas tinham representado para ele, sendo que a sua Julieta assumiu o volante para que o Romeu pudesse descansar durante a viagem, ia a dormir num dos lugares traseiros, até que foram ultrapassados por um camião, que provavelmente motivado pelo piso escorregadio das chuvas e fraca visibilidade lhes deu um toque na frente enquanto regressava a sua faixa de rodagem. O camião seguiu tranquilamente a sua viagem...Romeu, Julieta e seus companheiros, ficaram ali.

Ao mesmo tempo que procedíamos à colheita de informação inicial, apoiei-me no processo de escuta ativa cuja iniciativa objetivava o conhecimento do contexto da pessoa, fortemente condicionador da forma como iria vivência o seu processo transicional que este evento inesperado constituía.

No seu discurso era envolto em preocupações, com a namorada e com a sua mãe, pois não sabia o seu contacto telefónico e receava o efeito que a notícia poderia ter sobre ela: *” Eu só queria que ela soubesse que eu estou bem!”*, o seu desespero era tal em tranquilizar a mãe que chegou a pedir-me que a encontrasse nas redes sociais e lhe enviasse uma mensagem a informar que estava bem. Como estratégia tranquilizadora, expliquei que

quando chegássemos ao serviço de urgência já haveria montada toda uma coordenação na qual o contacto com a mãe seria possível. Surtiu algum efeito, mas não saber da sua Julieta era para ele extremamente perturbador. Chegou ao ponto, em que olhava para mim e para a médica que fazia parte da equipa e pedia que nos aproximássemos dizendo “Engraçado, é muito parecida com ela!”, como se no seu inconsciente, a visse em todas as personagens.

O Romeu claramente percebeu que havia outra vítima no local, nos minutos que esteve encarcerado conseguiu ouvir todas as conversas paralelas existentes naquele cenário. A procura de respostas era incessante, mas as nossas certezas de que a sua Julieta era efetivamente a vítima que havia ficado no local eram ténues, a esperança que ela conseguisse sair do local com vida era escassa e as limitações que envolvem a comunicação deste tipo de informação eram algumas.

O conceito “má notícia” tem alguma abrangência, não devendo ser apenas direcionado para o contexto de fim de vida, mas para todo e qualquer evento que possa ser gerador de stress, angustia e agente que dificulte uma transição de papéis e implementação de estratégias de coping eficazes por parte da pessoa e seus familiares.

O termo “má notícia”, *“designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes. É importante que seja definido do ponto de vista do paciente: a notícia recebida por este é considerada desagradável em seu contexto”*, de acordo com o mesmo autor, *“embora normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode tratar de patologias menos dramáticas, mas também traumatizantes para o paciente”*. (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2010).

Existem protocolos definidos no sentido de facilitar o sucesso da comunicação de más notícias, ferramentas que servem de guia orientador, pois descrevem considerações importantes, no sentido de aliviar os sentimentos negativos resultantes desta informação, tanto para a pessoa e familiares que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a transmitem. Nomeadamente o Protocolo SPIKES, em vigor no serviço de urgência do hospital onde realizo este estágio.

O protocolo Spikes descreve seis passos para comunicar más notícias. O “*Setting up*” se refere à preparação do profissional e do espaço físico para o evento. O segundo, “*Perception*”) averigua a percepção da pessoa ao seu estado atual. O terceiro

“*Invitation*” na procura de perceber até que ponto o doente quer saber a informação. O quarto “*Knowledge*”, na transmissão da informação, havendo recomendações neste ponto, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; averiguar a compreensão do paciente. O quinto passo “*Emotions*” é reservado para responderem paticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto “*Strategy and Summary*” com vista a diminuição da ansiedade da pessoa é revelado o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer. (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2010).

Pereira et al. (2013) citado por Campos (2020), afirma ainda que “os principais componentes deste protocolo incluem a demonstração da empatia, reconhecendo e avaliando os sentimentos do paciente, explorando a sua compreensão e aceitação das más notícias e fornecer informação sobre possíveis intervenções”.

Campos (2020) refere que *“no que se refere à relação entre enfermeiro-pessoa cuidada/família, a comunicação de más notícias é uma das situações mais difíceis e complexas, quer devido à gravidade das situações, quer também pela polémica que existe em torno de quem, como, quando, onde e o que comunicar à pessoa e à sua família”*, constituindo por isso, um dilema ético.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), no artigo 105º o enfermeiro *“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”* No Artigo 106.º do mesmo documento, ao Enfermeiro cabe também o dever de sigilo *“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;”*

De acordo com Deodato (2010), *“a construção da decisão adequada implica a ponderação de diversos fundamentos que a podem suportar. São equacionadas diversas*

*razões para agir, havendo necessidade de escolher aquela que se mostra apta a justificar a intervenção escolhida.”, afirma ainda que, “aos fundamentos éticos que mais facilmente legitimam uma decisão ética, juntam-se fundamentos deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e sócio-culturais que completam a necessária fundamentação para a escolha do cuidado a prestar”.*

No contexto da transmissão de más notícias, Deodato (2010) afirma que, *“é esperado que um profissional de saúde e particularmente o enfermeiro que exerce no seio de uma relação cuidativa, aja de modo a não provocar danos ou pelo menos que atue no sentido de um lidar gradativo com as más notícias. É aqui que conflitua o valor verdade com o princípio da justiça, na transmissão de informação de enfermagem.”*

Importa referir que, no contexto da transmissão de informação aos familiares, o mesmo autor afirma que *“a decisão resultará da conciliação entre o respeito pela guarda do segredo da informação da pessoa-cliente e as necessidades que os seus familiares apresentam. Agir com fundamentos de equidade neste domínio implica assim o estabelecimento de limites à transmissão da informação aos familiares, de modo a proteger a intimidade da pessoa”.* Deodato (2010)

De acordo com Ribeiro (2016) *“a maior expectativa dos doentes reside no facto de entenderem que os profissionais de saúde não os abandonam e estabelecem com eles e com as suas famílias um diálogo baseado na verdade, confiança e honestidade”.*

Enquanto ponte de relacionamento com os outros, o ato de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde *“uma aprendizagem e treino constantes, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os nossos cuidados são dirigidos)”* (Rebelo,2009) citado por Ribeiro (2016).

Num jogo de colaboração multidisciplinar, e numa atitude congruente com o que foi teoricamente exposto anteriormente, fomos transmitindo alguma informação ao Romeu, tendo sempre como foco as limitações éticas da transmissão da informação, pois a vítima que se encontrava no local e muito embora soubéssemos que, havia à partidas laços entre eles, não detínhamos informação validada nem consentimento para a transmissão da mesma. E ainda, o efeito promotor de ansiedade que estas poderiam ter sobre ele, pois, deve haver salvaguarda em transmitir à pessoa apenas aquilo que ela nos parece preparada para ouvir a fim de não provocar dano ao recetor da mensagem.

Assim, numa tentativa de proporcionar uma esperança realista, tendo por base o protocolo SPIKES supramencionado, e consciente das limitações éticas e legais relativas ao que informa, transmitimos-lhe que haviam três feridos ligeiros que tinham sido transferidos para outro hospital, dos quais não tínhamos identificação e que havia outra vítima, que ainda se encontrava no local, cuja identidade desconhecíamos, e que, numa perspetiva de “tiro de aviso”, estava a exigir mais cuidados, o Romeu percebeu a mensagem, continuou notoriamente preocupado, mas pudemos perceber que ter-lhe proporcionado informação o deixou mais tranquilo, no entanto, havia bastante ansiedade no seu discurso, motivada por toda a incerteza que o processo de doença crítica imprevisível acarreta.

Segundo a “*Teoria da Incerteza na Doença*” de Merle Mishel, a incerteza caracteriza-se por um estado de incapacidade de interpretação dos eventos relacionados com a doença. Este estado antecede o coping e a adaptação e desafia a estabilidade da pessoa. Intervir tendo em conta estes pressupostos constitui uma oportunidade, pois a incerteza pode ser um catalisador capaz de mudar a perspetiva da pessoa em relação à vida e à doença. Esta flutuação no seu equilíbrio torna-a mais recetiva e permeável á mudança, mais recetivo a esforços de coping e adaptação. Tomey & Alligood (2002)

Intervir na incerteza constitui uma estratégia de gestão de sentimentos da pessoa, sob forma de um conjunto de intervenções capazes de promover um processo transicional mais seguro para a pessoa e seus familiares que experienciam um processo de doença crítica.

No que respeita ao meu modo de atuação perante a situação específica que relato, julgo ter desenvolvido uma intervenção eficaz, pois permitiu tranquilizar a pessoa, não indo para além das limitações éticas que proporcionar informação relativa a outra pessoa da qual não detenho consentimento implica, dizendo apenas o que revelou estar preparado para ouvir, inculcando ao mesmo tempo, uma esperança realista, correspondendo a uma transmissão na forma adequada da informação à pessoa em situação crítica e familiares na esfera de competência do enfermeiro assegurando o respeito pelo doente.

Pelo exposto considero que esta atividade espelhou o desenvolvimento de **competências do domínio de responsabilidade ética e legal**, uma vez que evidenciei o desenvolvimento de uma prática profissional com base éticos e legais, agindo de acordo com as normas e princípios éticos e a deontologia profissional que a situação exigia, e na garantia de práticas de cuidados assentes no respeito pelos direitos humanos e pelas minhas responsabilidades profissionais. (Regulamento n.º140/2019, 2019 p.4745)

Minutos depois recebemos notificação através do comando dos bombeiros que outra VMER saía do local a caminho do hospital para onde seguíamos, optámos por transmitir essa informação ao Romeu, que respirou de alívio, revelando perceber que um pequeno, mas talvez grande passo na possível recuperação da sua companheira de viagem, fosse ela quem fosse, estava dado.

À chegada ao serviço de urgência havia já toda uma equipa multidisciplinar, e das mais diversas especialidades, pronta para receber os dois jovens. O Romeu foi encaminhado para a Sala de Trauma I onde foi feita a transferência de cuidados, momento no qual foi feita toda uma adaptação do espaço físico tendo em conta o possível laço emocional entre os dois, de forma a evitar constrangimentos e um aumento da ansiedade e angústia que ele já sentia.

Cumprida a nossa missão extra-hospitalar, seguimos para a base, o turno acabou, no entanto, para mim, o episódio não acabava aqui. Pois nas três semanas seguintes pude acompanhar, por vezes à distância, e por vezes até de perto, os desenvolvimentos desta história.

No dia seguinte, recebemos no Bloco Operatório a Julieta. Sedada e ventilada sob volume controlado. TCE com focos hemorrágicos difusos. Contusão cardíaca e abdominal. Dreno torácico (que havia sido colocado no local) funcionando. Choque misto (hemorrágico e cardiogénico) com vasoplegia marcada, sem resposta à impregnação de azul metileno e sem resposta vasopressora eficaz. Fratura da bacia, que motivou a ida ao bloco operatório, por se tratar foco de instabilidade hemodinâmica com necessidade de intervenção prioritária, foi submetida a estabilização da fratura com recurso a fixador externo e conseguiu proceder-se a “*packing*” minimamente invasivo que permitiu controlar hemorragia. No entanto, do ponto de vista hemodinâmico, continuava instalada uma grande instabilidade. Até que, após exploração detalhada sobre o caso, um Sr. Dr. Anestésista com uma vasta experiência entra na sala de operações com uma informação. Após discussão do caso com a medicina intensiva e tentativa de exploração de mais informação sobre a doente junto da mãe, descobriu-se que a Julieta era alérgica ao ovo, facto que, vem sendo identificado, muito embora ainda sem grande evidencia científica, como fator que poderá interferir na ação do propofol. A suspensão do propofol e o efeito da intervenção cirúrgica permitiram à Julieta estabilizar do ponto de vista hemodinâmico.

Sendo a qualidade na prestação dos cuidados de saúde alvo de uma atenção privilegiada por parte dos profissionais de saúde, trabalhando na melhoria da qualidade e procura da

excelência, foi implementado neste hospital o circuito do doente crítico, tema acerca do qual senti necessidade de pesquisa.

Atendendo às dimensões que a qualidade e a gestão de risco acarretam no doente crítico: doentes mais vulneráveis, dependência de suporte vital orgânico, margem terapêutica estreita, acessibilidade limitada, equidade na distribuição dos recursos, evidência científica escassa e eficiência limitada, os SMI assumem-se como gestores do caso, detendo a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação da equipa multidisciplinar, doente e família na definição da estratégia terapêutica. Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva (2018)

Este facto, em colaboração multidisciplinar e, atendendo o enfermeiro à importância da colheita e transmissão da informação relativa ao doente de forma eficaz, poderá contribuir em muito para a promoção de ganhos em saúde, em termos de gestão, mas também na prestação de cuidados de forma mais coordenada que permita a redução de eventos adversos.

Entretanto, a dor tipo pontada na cervical que o Romeu referiu aquando do transporte, era na verdade, uma luxação a nível cervical, também ele veio ao bloco para ser submetido a redução da luxação cervical com instrumentação posterior e anterior. Mantinha um Glasgow 15, fratura com indicação conservadora a nível do rádio direito. Mas o Romeu que encontrei já não era o rapaz que havia conhecido antes. Visivelmente debilitado a nível anímico, respondia a perguntas simples com respostas curtas, muito embora não estivesse distribuída na sala onde iria decorrer a cirurgia decidi aproximar-me e falar com ele a fim de perceber o que motivava aquele estado anímico. Reconheceu-me a voz, e quase que automaticamente pediu-me a mão, em respeito, todos os colegas acalmaram o aparato que o ambiente para a execução o procedimento cirúrgico envolvia e foi-lhe proporcionado um momento para que se exprimisse, senti-o completamente desesperado, chorou, e durante os primeiros segundos não falou.

O Romeu, desde o dia em que deu entrada (quase uma semana), encontrava-se posicionado em maca *Stryker*, indicada para estabilização de fraturas a nível vertebro-medular, onde, com recurso a uns pinos de fixação a nível temporal e maleolar que estão conectados a pesos, se faz um efeito de tração de toda a coluna vertebral, posicionamento

que implica imobilidade da pessoa, condicionando fortemente o seu conforto e até, após algum tempo, a própria estimulação sensorial necessária à regulação neural da pessoa.

Correia et al. (2009) citado por Bule (2010) afirma que as mobilizações “*manter a mobilidade articular; prevenir contracturas muscularto-articulares; prevenir deformidades que limitem a função; estimular a circulação e as terminações nervosas sensoriais; restaurar a perda da função articular; aumentar a resistência; promover conforto e bem-estar; diminuir ou prevenir limitações articulares; manter o trefismo muscular e vascular; preservar a noção de movimento e a propriocepção; diminuir a espasticidade; e, prevenir alterações cutâneas*”, facto fortemente condicionado neste contexto.

De acordo com Silva (2011), num estudo relativo à neurofenomenologia, identidade e imagem corporal, refere que “*a propriocepção pode ser compreendida como sendo um “sexto sentido”, ou seja, um sentido inconsciente ou não de que nos movemos no espaço ... é inerente às partes móveis do nosso corpo (músculos, ossos, tendões, articulações, pele etc.), por meio da qual tomamos conhecimento do nosso corpo no mundo e é indispensável para o senso de “nós mesmos”.*

Romeu dizia-se dilacerado pela dor que tinha vivido últimos dias, cansado, contactava com a mãe todos os dias e já o tinha ido visitar, mas esse contacto era para ele notoriamente escasso, “só estou com ela aos bocadinhos e às vezes, agora não há grandes visitas”.

Gottlieb, J. (2003), considera que a política de visita aberta diminui níveis de ansiedade e *stress* no doente crítico. Posto isto, contexto pandémico agravou o isolamento social da pessoa em situação crítica, tendo a restrição e suspensão de visitas traduzido um agravamento do *stress* agudo; ansiedade e depressão no doente crítico. (Rose et al, 2020)

O procedimento cirúrgico foi demorado e complexo, mas um sucesso, hoje o Romeu está a recuperar em casa.

Quanto à Julieta, os focos hemorrágicos a nível cerebral não tiveram grande evolução favorável, à data desta reflexão com Glasgow 13. Foi planeada a ida da Julieta para casa, estando a ser feita toda uma intervenção junto da família para que se adaptem a esta nova realidade, esta “nova filha” como referia a mãe, segundo as colegas que participaram na prestação de cuidados, que irá receber em casa com o mesmo carinho e cuidado que tinha antes. Revelando aqui, uma adaptação a esta nova realidade, o que me traduziu um processo transicional eficaz por parte deste familiar.

A situação que acima exponho com base numa prática reflexiva e mobilizadora de evidência, revela o desenvolvimento das competências de **cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, pela prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; na administração de protocolos terapêuticos complexos; ao nível da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; no estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. E ainda na **dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação**. (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

A casuística deste percurso revelou-se promotora de oportunidades que foram também de encontro à execução do segundo a que me propus, ou seja, no desenvolvimento das competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e seus familiares em contexto de emergência extra-hospitalar, em particular na vítima de paragem cardiorrespiratória.

Adquiri, através da prática, competências na abordagem e tratamento da pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória, através da aplicação do algoritmo American Heart Association, no entanto, estes constituíram momentos nos quais senti alguma dificuldade de dissociação das minhas práticas diárias, nomeadamente relativa à administração de medicação, uma vez que a emergência da situação e a necessidade de não haver perdas de tempo compromete a identificação do fármaco e a utilização de uso único do material de preparação por administração, facto que nas primeiras ocorrências me provocou algum desconforto, que foi sendo ultrapassado ao longo do período de estágio com a ajuda da equipa que se preocupou em me proporcionar maior segurança na execução desta prática. Para além disto, julgo ter sido capaz de relação de ajuda com a pessoa e família, intervindo no impacto emocional imediato decorrente da situação crítica, de forma a minimizar o seu sofrimento quer através de intervenções confortadoras, como o toque, a comunicação verbal e não verbal, dar espaço para o choro, na gestão do ambiente físico para o momento

despedida... mas também pela reflexão com o equipa sobre a abordagem à família da pessoa vítima de PCR na qual as manobras foram sem sucesso.

No quadro das equipas de emergência, a presença da família durante a reanimação do doente em situação crítica constitui ainda um tema controverso.

A presença dos familiares na reanimação vem sendo estudada há alguns anos, já em 1996 o European Resuscitation Council, através de um grupo cujo fenómeno de estudo era presença dos familiares durante a ressuscitação, emitiu um documento que concluiu que vários familiares e amigos de vítimas de paragem cardiorrespiratória, referem que a sua presença diminuiu a ansiedade e o medo, e auxiliou o seu processo de luto.

De acordo com o INEM (2020 p.225), em muitos casos, a paragem cardiorrespiratória é presenciada por familiares ou amigos podendo mesmo ser estes os primeiros a iniciar manobras de reanimação. Considera que *“se uma pessoa próxima da vítima expressar o desejo de estar presente durante a tentativa de reanimação, afastá-lo pode ser muito prejudicial”*, defendendo que, a sua presença durante a reanimação de um familiar pode ser benéfica, referindo um conjunto de vantagens: *“Facilita o processo de luto, em caso de morte, ajudando a enfrentar a realidade e evitando a tendência para a negação; Evita a sensação de abandono, permitindo-lhes estar presente num momento complicado ou mesmo nos últimos momentos; Permite constatar os esforços de reanimação, evitando a dúvida “será que foi feito tudo o que era possível”;* Possibilita uma despedida, falando e tocando o corpo quando ainda está quente”. Malta, Alves , Graça, Conde, & Costa (2015), acrescenta ainda como vantagem da presença dos familiares o facto de os profissionais terem a possibilidade de, *“a todo o momento, interrogarem os familiares acerca da história prévia ou antecedentes de doença, permitindo uma correta recolha de informação junto da família, ou mesmo saber se existe alguma declaração antecipada de vontade, por parte da pessoa em questão, no sentido de não quer ser reanimada ou reanimado. Simultaneamente, os profissionais poderão sentir-se realizados, por corresponderem aos desígnios éticos e deontológicos da profissão”*. (Malta, Alves , Graça, Conde, & Costa, 2015 p.91)

Apesar disto, os mesmo autores identificam uma lacuna na valorização dos aspetos sociopsicológicos que envolvem os profissionais e os familiares das pessoas em reanimação.

Frequentemente, as equipas de emergência extra-hospitalar optam por pedir aos presentes para saírem do local da ocorrência. Esta escolha prende-se com o que a literatura aponta como as desvantagens da presença dos familiares na reanimação, pois considera-se que a sua presença pode *“causar inibição ou interferir emocionalmente com a equipa de reanimação; pôr em causa a segurança no local da reanimação; ser uma memória perturbadora, muitas vezes pela presença de “tubos” e outro equipamento.”* INEM (2020 p.225). De acordo com esta orientação, o autor acrescenta ainda que em caso de insucesso deve pedir-se ao familiar que saia momentaneamente a fim de serem retirados os equipamentos utilizados, no entanto, deve ser oferecida aos familiares a oportunidade de estar junto ao seu familiar, *“permitindo-lhe posteriormente regressar e estar a sós com o falecido, se assim o desejar”* INEM (2020 p.225).

Malta, Alves , Graça, Conde, & Costa (2015 p.91) no seu estudo acerca desta temática concluiu que, *“de modo a garantir o êxito da implementação desta medida, a instrução da equipa de emergência deverá ser o primeiro passo para o desenvolvimento destas mudanças. O enfermeiro, como membro da equipa, assume um papel crucial na sensibilização dos restantes profissionais, bem como no acompanhamento e apoio emocional da família durante a reanimação. Neste contexto, cabe à equipa de emergência posicionar-se como defensora dos direitos da pessoa em reanimação e da sua família, efetuando esforços no intuito de minimizar, ou evitar atitudes que possam provocar dano na família, mas compreendendo também, por outro lado, se é vontade do doente que a família esteja presente naquele momento.”*

O contexto da ocorrência da perda de um familiar neste contexto, revelou-se também desafiador no que concerne à transmissão de más notícias.

De forma prática, pude verificar através da experiência dessas situações, que existe uma certa uniformização da prática por parte de todos. No entanto, muito embora todos dotados de competências técnicas eficazes, no que respeita à comunicação de más notícias, estes são episódios que suscitam nos enfermeiros vários sentimentos, onde muitas vezes as suas emoções primárias vêm ao de cima, constituindo um processo mútuo, onde um processo comunicacional eficaz se revela de extrema importância.

De acordo com Clampitt, 2010, citado por Ribeiro (2016), o contexto onde é desenvolvido o processo comunicacional é extremamente importante porque tanto pode ser

benéfico como destruir completamente a capacidade de comunicar quer de quem transmite quer de quem recebe a informação.

No que respeita aos sentimentos vivenciados pela equipa, de forma informal, tentei perceber o significado atribuído por eles a esta experiência, aplicando uma pergunta aberta após cada ocorrência onde existisse comunicação de má notícia que envolvesse perda de familiar, onde fosse exclusivamente o Enfermeiro o emissor da notícia. Verifiquei bastante riqueza nos seus relatos, partilha que, de acordo com o seu consentimento verbal, opto por espelhar de forma anónima neste relatório.

De acordo com o Enfermeiro A, estas *“são sempre situações que difíceis para nós, no momento, sinto que dou a notícia da melhor forma possível, mas depois fico sempre a pensar que, muito embora este seja o curso normal da vida, aquelas pessoas devem ter estado casadas mais de 50 anos, e é toda uma vida que se vai”* ... *“Tento sempre dar a notícia de forma a que a pessoa possa viver o processo de luto da melhor forma possível”* evidenciando o respeito pelo percurso de vida do casal, e sensibilidade para a influencia desse percurso no processo de luto da pessoa e na forma como percebe e reage à informação dada.

Ao falar sobre má notícia em situação de perda de familiar está inerente a reflexão sobre o luto, acerca do qual o Enfermeiro B, afirmou que, *“estes anos de experiência mostram-me que para se viver o luto de forma mais saudável as famílias precisam de duas coisas, uma causa e um corpo, e no que respeita à causa é logo uma das perguntas que procuram resposta, e neste contexto, falar em possíveis causas, para eles nem sempre é suficiente”,* *“o momento que mais me custa é quando lhes entregam o papel e já não temos mais nada a dizer”,* assumindo a falta da causa como um fator limitativo para uma transmissão de má notícia neste contexto mais eficaz.

Apesar destes sentimentos, pude também perceber, que a segurança nas suas competências técnicas lhes permite uma melhor vivência destas experiências, e que acreditam que esse facto pode proporcionar aos familiares algum conforto no sentido em que *“eles estavam lá e viram que fizemos tudo o que era possível, da melhor forma possível”,* afirmações congruentes com o que foi teoricamente exposto anteriormente, revelando uma prática congruente com a evidência.

Considero que a consecução de este objetivo foi favorecedora da aquisição de **competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**

**na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, uma vez que considerando a complexidade da situação e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, fui capaz de mobilizar habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

De um modo geral, relativamente a atuação do Enfermeiro no contexto extra-hospitalar, a meu ver, existe ainda um algum caminho a percorrer no sentido da sua afirmação profissional e da evidência do verdadeiro papel que desempenham. Pude colocar em prática todo um conjunto de intervenções diferenciadas tendo em conta a visão holística da pessoa, nomeadamente a avaliação do contexto em que o doente se insere e de todas as suas necessidades, indo muito para além das necessidades emergentes da pessoa, sendo que tive oportunidade de desenvolver intervenções no sentido da referenciação para os cuidados de saúde primários de situações passíveis de intervenção no sentido da melhoria da qualidade de vida do doente, nomeadamente necessidade de vigilância de saúde e de apoio social

O sistema informático de registo disponibilizado pelo INEM já permite log in por parte da equipa de Enfermagem e recentemente o INEM criou um grupo de investigação em enfermagem, facto que revela uma grande evolução na afirmação do papel do Enfermeiro no extra-hospitalar. Apesar disso, verifiquei, que a necessidade de atualização de status para disponível por parte da VMER para dar resposta célere às necessidades da população e o facto de ser o enfermeiro a conduzir a viatura no regresso à base o condiciona na efetivação de registo de enfermagem. Sendo a minha orientadora auditora dos registos da VMER tive oportunidade de realizar essa atividade, que revelou escassez na ocorrência de registos específicos de enfermagem, bem como da dor como 5º sinal vital.

A Enfermagem tem-se adaptado às mudanças, tendo sido sujeita a uma grande evolução ao nível dos sistemas de informação, fator decisivo para o seu desenvolvimento, proporcionando a evidência do trabalho realizado pelos enfermeiros junto da sociedade, aumentando a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados e permite mensurar e transladar dados essenciais para a gestão, formação e investigação. Contudo, a implementação deste sistema implica uma redefinição das atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados ao utente. (Pinto, 2009) citado por Vieira (2018).

De modo informal, foi sendo feita uma sensibilização da equipa para a construção desse registo quando das passagens de turno, intervenção que já estava a ser implementada pela enfermeira orientadora na qual tive oportunidade de colaborar, alertando para a importância dos registos de enfermagem de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro de cuidado gerais emitido pela ordem dos enfermeiros, dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade na gestão da segurança dos cuidados, na sua influência na tomada de decisão.

Através desta atividade pude desenvolver **competências no domínio da melhoria contínua da qualidade**, no desenvolvimento de práticas de qualidade através da colaboração com programas de melhoria contínua e na garantia do ambiente seguro.

Por tudo o que referi nesta reflexão, posso afirmar que este estágio foi extremamente enriquecedor quer em termos profissionais, quer em termos pessoais. Confesso que, o ambiente extra-hospitalar implicou alguma adequação das minhas práticas. Entrar em casa da pessoa, apesar de uma oportunidade privilegiada de ação no sentido da promoção de cuidados de forma holística, foi inicialmente desafiador para mim. A “invasão” do seu espaço de intimidade fez-me sentir uma maior necessidade de ir ao encontro de si, num sentido do estabelecimento de uma relação terapêutica com o outro. Como estratégia, os indicadores de família (fotos, presença de familiares...) e a conotação à espiritualidade me serviram de suporte ao estabelecimento de uma relação promotora de intimidade e identificação com o outro. Identificando nestas intervenções uma estratégia confortadora aquando da sua implementação, assegurando o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, a proteção dos direitos humanos e gerindo a minha prática no fomento da dignidade da pessoa.

Reportando às **competências do domínio da gestão dos cuidados**, as oportunidades de partilha de conhecimentos promotoras de reflexão conjunta com o enfermeiro orientador e a restante equipa de cuidados orientadoras da tomada de decisão e ao nível da referenciação para outros profissionais de saúde, foram extremamente promotoras de enriquecimento pessoal e profissional, contribuindo para que tenha evoluído no sentido de maior segurança no que concerne à tomada de decisão. (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O autoconhecimento e a assertividade, tradutores do desenvolvimento de **competências no domínio das aprendizagens profissionais**, foram potenciadas pelos momentos de partilha de conhecimentos com o enfermeiro orientador e com a restante equipa de cuidados e por uma experiência de trabalho em equipa extremamente coordenada e em real suporte uns dos outros, que em associação com todas as experiências vividas, me permitiram deter maior capacidade de autoconhecimento e regulação na relação com o outro enquanto equipa, facto que atualmente tento transpor para a minha prática de cuidados. Através do que descrevo neste capítulo, de um modo geral, julgo ter sido capaz de evidenciar processos de tomada de decisão ancorado em conhecimento válido e na mais recente evidencia, dando por concretizada a aquisição de competências neste domínio. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Em suma, no que respeita a este contexto de estágio, considero que “andar na rua”, nos proporciona todo um contacto com a pessoa na sua condição mais pura, quer seja em casa, sentado no seu sofá, em luta inglória com uma dor que se recusa a tratar por medo de perder o rim transplantado; quer seja na rua, rendido a um vício descontrolado a pontos de atingir overdose; quer seja a pessoa uma criança que no regresso as aulas, talvez por consequência de todo o pânico que vivemos nos últimos tempos, cede às suas emoções a ponto de lhe provocar alterações cardíacas; quer seja deitado na sua cama, nas últimas horas de vida, rodeado por uma família exausta que num grito de ajuda se revela incapaz de lidar com a morte que se aproxima, que, na havendo vontade expressa da pessoa de morrer em casa, motiva o seu encaminhamento para uma unidade de cuidados paliativos para que todos possam fazer esta transição da melhor forma possível; quer seja deitado no chão do seu quarto, porque decidiu que era a hora da sua vida chegar ao fim; muitas vezes acompanhados, mas também, na sua grande maioria sozinhos, sejam eles idosos ou até, e muitas vezes, jovens.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, em que se prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com 80 ou mais anos, constituem o grupo etário de maior crescimento e que 75% desta população vive nos países desenvolvidos.

O Enfermeiro “*tem então um papel fundamental e privilegiado junto desta população, através da interação e da consecução de objetivos conjuntos contribuindo para*

*a promoção da saúde e qualidade de vida, encorajando os idosos a ter mais confiança nas capacidades de autocuidado para que possam gerir de forma eficaz a sua vida de interação social, para melhorar o estado psicológico e diminuir a solidão. Sem ligações sociais o indivíduo fica numa posição de fragilidade e vulnerabilidade perante si próprio e perante o meio onde está inserido”.* (Santos & Figueiredo, 2021)

Os sentimentos de solidão duplicaram em todos os grupos etários, motivados pelo isolamento que o contexto pandémico exigiu.

Segundo um relatório publicado pelo Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia, sobre solidão e isolamento social nos estados-membros, tendo por base inquéritos realizados entre Abril de 2020 e Março deste ano pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, num total de mais de 180 mil pessoas com mais de 18 anos ouvidas, os sentimentos de solidão duplicaram em todos os grupos etários, multiplicando-se por quatro no caso dos jovens entre 18 e 35 anos em comparação com um estudo similar efetuado em 2016, o que poderá ter traduzir um impacto negativo na sua saúde física e mental. Identificando-se, de acordo com estes dados, uma necessidade de maior abrangência na população em termos de faixa etária, a quem devemos prestar cuidados no sentido do tratamento e da prevenção de complicações e de todo um processo de transição, seja ele de que natureza for.

À nossa chegada era logo evidente toda uma expressão de alívio por parte da pessoa e dos seus familiares, na nossa saída, a gratidão era fortemente expressada, dando um sentido enorme de missão cumprida, gratidão que também eu exprimo a esta equipa, pelo empenho na execução dos meus objetivos, na integração, em proporcionar-me oportunidades para que o estágio fosse o mais enriquecedor possível, passando até pela disponibilidade para momentos de reflexão relativos às suas práticas e na transmissão do conhecimento empírico e técnico que detêm enquanto peritos da área.

## **2.2 Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e seus familiares em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos**

A Unidade de Cuidados Intensivos na qual desenvolvo o percurso relatado pertence a um hospital público integrado do Serviço Nacional de Saúde e gerido em regime de parceria público-privada. De forma a dar uma resposta célere e adequada face aos cuidados necessários dos utentes, situa-se no 1º piso, no mesmo edifício do Bloco Operatório facilitando, desta forma, o rápido acesso dos doentes ao mesmo. Para além das ótimas condições estruturais, esta Unidade apresenta ainda um enorme leque de dispositivos à disposição, proporcionando um cuidado de excelência.

A Unidade de Cuidados Intensivos acolhe doentes de todas as especialidades do foro médico e cirúrgico, com exceção de Pediatria, Neurocirurgia e Cirurgia Cardíaca, cuja transferência de cuidados é feita para o Hospital Central de apoio, pela especificidade de cuidados que exige. A admissão de doentes, ocorre de forma permanente, 24h/dia. Os doentes admitidos nesta unidade têm várias origens possíveis: Bloco Operatório, serviço de Urgência Geral, transferência Intra-Hospitalar (proveniência de outros internamentos) e transferência Inter-Hospitalar.

Esta Unidade encontra-se organizada entre duas valências: A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com capacidade para 10 doentes, existindo ainda 2 quartos de pressão negativa, que permitem um isolamento, vulgarmente mais utilizado para doentes que necessitem de isolamento. Engloba a prestação de cuidados a doentes com maior instabilidade, a maioria deles a necessitar de VMI, bem como de outras técnicas associadas a alterações multiorgânicas motivadas pelo seu processo de doença súbita ou crónica, em período pós-operatório ou não; A Unidade de Cuidados Intermédios com capacidade para prestação de cuidados a 12 doentes, também com duas unidades de pressão negativa. Presta cuidados a doentes com necessidade de vigilância intermédia, sem necessidade de VMI. Quer seja esta necessidade pelo próprio processo de doença da pessoa que seja ela em contexto de período transicional entre a Unidade de Cuidados Intensivos e Internamento, por forma a proporcionar ao doente uma transição de cuidados mais segura. Encontram-se também doentes em período pós-operatório que necessitem não só de maior vigilância, mas também implementação de programas que englobam todo um conjunto de intervenções diferenciadas com vista ao melhor outcome, isto é, à mais rápida recuperação das suas capacidades com reflexo na diminuição dos dias de internamento.

A Unidade de Cuidados Intensivos, possui um grande número de profissionais que formam a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 60 elementos, distribuídos equitativamente, por quatro equipas que nos últimos dois anos período sofreu um grande reforço de elementos, pelo que se encontram múltiplos elementos em fase de integração.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2003), uma Unidade de Cuidados intensivos constitui uma *“área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis”*, é caracterizada por *“um contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia”*, da análise da *“natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorrentes da missão atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos”* e de acordo com o objetivos são definidos os recursos necessários para cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, bem como a avaliação o seu desempenho. É também caracterizada pela investigação, pela *“monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais”*

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros *“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. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*. Estes cuidados de enfermagem *“exigem observação, colheita e procura contínua, de modo sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, correta,*

*eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas.”*

Para este estágio, defini:

**Objetivo geral:** Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e seus familiares em Unidade de Cuidados Intensivos;

**Objetivos específicos:** Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI); contribuir para a melhoria do cuidado à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos.

O enfermeiro deve assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, recorrendo à formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. (Sackett, 2003) Para tal, senti a necessidade de fazer ao longo do estágio várias pesquisas e recorrer à prática baseada na evidência para poder prestar cuidados baseados em padrões de conhecimento válidos, ou seja, tive necessidade de procurar e utilizar na prática a melhor evidencia científica disponível para a tomada de decisão sobre o cuidado.

De acordo com o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Assembleia Geral das Nações Unidas (1948), todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Penso ter conseguido em todas as atividades que desenvolvi e na relação profissional que estabeleci que me acompanhassem sempre os valores universais de igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aperfeiçoamento profissional.

O ambiente inerente aos cuidados intensivos, pela articulação imperativa entre o avanço tecnológico e a problemática da dignidade em fim de vida, constituí um desafio para o enfermeiro, tradutor de um contexto propício à incidência de dilemas éticos, sendo fundamental que o enfermeiro seja detentor de competências ao nível da tomada de decisão.

No que respeita ao desenvolvimento de **competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, este foi um contexto que motivou bastante reflexão, nomeadamente no que concerne à garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais inerentes a uma prática de cuidados humanizados.

A utilização de todo um arsenal tecnológico disponível pode traduzir-se em obstinação terapêutica, que ao negar o processo de morte, submete a pessoa a uma morte dolorosa. Santana, Rigueira, & Dutra (2010)

A distanásia é vista como o prolongar artificial da vida associada ao sofrimento e a uma morte lenta e cruel, onde é feito um investimento excessivo para promover uma vida sem benefício para o doente e/ou para a sua qualidade de vida no uso de recursos e meios terapêuticos de forma excessiva para promover a vida do doente quando a mesma já não tem hipótese de prolongamento, estando-se sim a promover o adiamento da morte. Fernandes & Coelho (2014)

O enfermeiro deve ser capaz de ancorar as suas ações na tomada de decisão ética, constituindo-se frequentemente num ambiente revestido de dilemas éticos. A lacuna de uma participação ativa do enfermeiro na tomada de decisão leva a que sinta comprometida a humanização dos cuidados que presta, propício à ocorrência de sofrimento moral por parte destes profissionais. A propósito do sofrimento moral afirma que *“este é considerado um sofrimento psicológico, emocional e fisiológico, que os enfermeiros podem experienciar quando, limitados pelas circunstâncias, participam de ações percebidas como incorretas, seja por ação ou omissão”*. (Schaefer, Zoboli, & Vieira, 2018)

Fernandes & Coelho (2014), num estudo cujo objetivo era compreender qual a perceção do enfermeiro de uma unidade de cuidados intensivos face à distanásia, concluí que, estes *“deveriam estar presentes nas conferências familiares, pois sendo eles os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente, são igualmente aqueles que possuem conhecimentos mais pertinentes. Logo, para evitar problemas na comunicação e para benefício do doente, seria pertinente o enfermeiro estar presente na tomada de decisão e discussão com a família sobre o plano de cuidados do doente”*.

Ainda no que concerne aos desafios de tomada de decisão ético legal neste contexto emerge o direito à informação, ancorado no respeito pela autonomia da pessoa e no princípio

da beneficência, tradutores do dever de informar, previsto no artigo 105.º da Deontologia Profissional inscrita no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O contexto de cuidados que as UCI atravessam nos últimos anos levou a enormes desafios, nomeadamente na componente comunicacional com os familiares, uma vez que, as situações de distanciamento e isolamento dos familiares levou as equipas se assumissem ainda mais como uma ponte de comunicação entre as famílias e doente.

De acordo com Correia (2020), este desafio insere-se *“na esfera da individualidade da pessoa cuidada, que exige do enfermeiro a operacionalização de fundamentos éticos na sua tomada de decisão, como os valores da competência, justiça e, por vezes, do princípio da não-maleficência”*, acrescido pelo contexto em específico, na medida em que *“as condições em que a transmissão de informação é feita está alterada, por motivos de distanciamento social ou utilização de equipamentos de proteção individual que condicionam a perceção do outro e podem condicionar a transmissão de informação e capacidade de cuidado e acompanhamento à pessoa na receção da informação”*.

Ainda de acordo com a mesma autora *“a competência e experiência do enfermeiro são fatores que interferem nesta narrativa e que, por vezes, constituem uma variável que contribui para a situação desafiante que se apresenta”* (Correia, 2020)

Neste ensino clínico, foram vários os episódios em que o enfermeiro revelava uma enorme segurança na transmissão de informação aos familiares, cientes não só do tipo de informação a proporcionar, mas também da forma como a proporcionar, quer fosse ela telefónica ou presencialmente, revelando um forte empenho nesta tarefa. Revelando serem detentores de consciência do seu dever, especificamente o de *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”*, mas ainda, *“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Passado o período em que existia a restrição de visitas, tive oportunidade de implementar , todo o conjunto de intervenções de enfermagem com o propósito de que esse momento fosse o mais confortador possível para o doente e para a família, indo desde a gestão do ambiente físico (o horário do levante do doente era planeado tendo em conta o seu potencial, mas também tendo em conta o horário da visita), pelo planeamento de intervenções aos doentes de forma a poder estar mais disponível para a família naquele

momento. Assumindo aqui, a minha responsabilidade ética e legal no que respeita à transmissão da informação, mas também desenvolver intervenções no sentido de uma transição mais segura para a família no seu processo de saúde-doença e consequentemente para o doente.

Ainda no que refere a este contexto da interação familiar, ressalvo que, no sentido *“da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”*, foi também meu foco a intervenção no sentido dos ensinamentos aos familiares, promotores da integração da importância da higienização das mãos, prévia e após o contacto com a pessoa doente, através da lavagem com água e sabão ou da utilização de SABA, assim como o uso de equipamento de proteção individual de forma segura, agindo como promotor da segurança dos intervenientes.

De realçar que, no que respeita ao princípio ético do respeito pela autonomia, tendo em conta no contexto da pessoa inconsciente, em qualquer procedimento era presumido o seu consentimento, uma vez que não estavam reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existiam dados objetivos e seguros de que o paciente se oporia a uma determinada intervenção.

No que respeita à aquisição de competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade** este revelou-se um estágio bastante enriquecedor nesse domínio. O Hospital encontra-se gerido, na fase em que realizo este estágio, em modelo de parceria público-privada, cuja missão tem por base a prestação de cuidados tendo em conta as necessidades dos doentes baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência, e é um hospital acreditado pela Joint Commission International, cumprindo rigorosos padrões internacionais de qualidade e segurança do paciente.

Este modelo de gestão permite não só à liderança da instituição, mas também à gestão de cada serviço selecionar medidas bem definidas e baseadas em evidências que são aplicáveis às populações a quem presta cuidados tendo em conta o melhor outcome, sempre ancorados nos princípios de eficácia, qualidade e eficiência pelos quais a instituição se rege, dando oportunidade para a prestação de cuidados de seguros e de qualidade. Cada serviço, avalia quais os recursos disponíveis, o que a evidência diz sobre eles, estuda a sua aplicabilidade na população e pode adquiri-los autonomamente.

Este não era um modelo de gestão com o qual estava familiarizada na minha prática de cuidados, sendo que foi extremamente enriquecedor poder verificar a oportunidade que é dada a quem está mais próximo do doente de poder participar na tomada de decisão daquilo que o saber empírico e teórico nos revelam como sendo o melhor a proporcionar ao doente o impacto que esse facto tem a motivação dos profissionais para a implementação das melhores práticas.

Um outro facto que este modelo de gestão preconiza é o trabalho por objetivos. Objetivos estes também eles direcionados para a qualidade, eficácia e eficiência, nomeadamente separação de lixos, taxa de infeção, lavagem das mãos e gestão de fardamento, objetivos estes que percebi serem agentes motivadores das equipas, não só pelo valor monetário atribuído, mas também pelo valor que a evidencia dos resultados assume para a equipa.

A prática de cuidados neste contexto revelou-se uma novidade, mas também bastante enriquecedor para mim, mostrando-me outra realidade e o impacto que essa realidade pode ter nas nossas práticas

Outro fator extremamente diferenciador foi a política de gestão dos resíduos hospitalares vigente nesta instituição, verificando uma padronização de atitudes da equipa multidisciplinar desta unidade no que respeita à separação de lixo orientado para a reciclagem. Assente numa cultura organizacional de compromisso com a sustentabilidade, com o ambiente, pelo risco de contaminação da atmosfera com substâncias altamente nocivas, mas também numa vertente económica pois o armazenamento, transporte e os processos de tratamento dos resíduos de risco biológico constituem uma elevada fonte de despesa para as instituições de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1996) no Despacho 242/96 de 13 de Agosto, “*a existência de resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde a seres humanos constitui um importante problema de saúde pública e ambiental e determina uma atenção crescente na salvaguarda dos efeitos negativos que podem afetar as populações*” (Ministério da Saúde, 1996). Perante este cenário, torna-se imperioso sermos eco eficientes, isto é, sermos capazes de gerar mais produtos e serviços, com o menor uso de recursos e diminuir a produção de resíduos e poluentes.

A implementação desta prática padronizada insere-se nos eixos estratégicos do Plano estratégico dos resíduos hospitalares que visa “assegurar que a estratégia nacional em matéria de resíduos hospitalares promova a prevenção da produção de resíduos (...), num referencial de eficiência e segurança das operações de gestão de resíduos, impulsionando a utilização das melhores técnicas disponíveis e fomentando o conhecimento e a inovação, na assunção da salvaguarda da proteção do ambiente e da saúde humana”. (Agência Portuguesa do Ambiente, 2011)

No campo da enfermagem, esta intervenção revela também o cumprimento dos princípios bioéticos da beneficência (o dever de fazer o bem a ajudar o outro a obter o que é para seu benefício) e não maleficência (não fazer o mal, não causar dano), inerentes ao seu compromisso para com a pessoa transpondo-o para toda a sociedade.

Uma outra experiência enriquecedora para mim foi a oportunidade do contacto com o programa ERAS, o “*Enhanced Recovery After Surgery*”. Este programa, maioritariamente aplicado a doentes submetidos a cirurgia do foro colorretal, envolve um conjunto de intervenções desenvolvidas numa cultura de uniformização e multidisciplinaridade, que vão desde o pré-operatório: avaliação educação e otimização pré-operatória, evicção de jejum prolongado, gestão de fluídos e hidratos, de evitar/selecionar a preparação intestinal, a profilaxia antibiótica, a tromboprofilaxia e evicção de sedação e no intra-operatório : opção de anestésicos de curta ação, anestesia / analgesia epidural torácica, sem sobrecarga de fluídos, evitar drenos e normotermia. Até ao pós-operatório: Analgesia epidural torácica, sem sondas nasogástricas, prevenção de náuseas/vómitos, evitar sobrecarga hidrossalina, remoção precoce de cateteres, nutrição oral precoce, analgesia sem opióides, estimular mobilidade intestinal. Vaz et al. (2017).

De acordo com Gustafsson et al. (2012) o “*Enhanced Recovery After Surgery* representa uma mudança fundamental nos cuidados perioperatórios. As vias de tratamento ERAS reduzem o estresse cirúrgico, mantêm a função fisiológica pós-operatória e aumentam a mobilização após a cirurgia. Isso resultou em taxas reduzidas de morbidade, recuperação mais rápida e menor tempo de permanência no hospital.”, facto que é evidente aquando da análise destes indicadores do hospital em questão, após a implementação deste programa.

O facto de o Enfermeiro responsável pela minha orientação desempenhar funções de chefia de equipa foi favorecedor ao desenvolvimento das **competências domínio da gestão dos cuidados**.

Com o objetivo de desenvolver estas competências, tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro especialista do serviço na realização de algumas das atividades, nomeadamente a cada turno pude participar na passagem de turno entre as chefias de equipa e perceber quais eram os focos da sua atenção; na coordenação e supervisão das atividades desenvolvidas pela equipa de assistentes operacionais nas tarefas previamente delegadas e sob as quais assumia responsabilidade pelos resultados; na colaboração da tomada de decisão da equipa de saúde multidisciplinar, através da participação na visita médica a cada turno onde o enfermeiro revela um papel bastante ativo na tomada de decisão; na articulação com os outros serviços prestadores de cuidados, quer aquando da transferência de doentes entre serviços quer quando da melhor gestão de recursos materiais da instituição com foco na eficiência e qualidade; na distribuição de enfermeiros por doente, tendo em conta não só as necessidades da pessoa mas também o nível de competência do enfermeiro, otimizando o trabalho de equipa adequado aos recursos e às necessidades de cuidados.

No momento em que realizo o estágio a equipa atravessa um processo de reestruturação, motivado pela saída de diversos profissionais. O contexto atual obrigou as organizações a grandes desafios aos mais diversos níveis, cabendo-lhes a função de admitir e integrar colaboradores tendo em conta um contexto de crise com características onde impera a necessidade imediata e a longo prazo de profissionais habilitados.

O número de profissionais de enfermagem presente em cada turno é calculado com base no cumprimento do regulamento desta norma pressupondo um rácio enfermeiro / doente flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes assente nos mínimos de 1:2 ou 1:1, conforme aplicação da escala TISS-28, “*Therapeutic Intervention Scoring System 28*”, cuja pontuação obtida através deste instrumento, permite estimar as intervenções mediante a gravidade apresentada pelos doentes, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de enfermagem.

De acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nos termos do n.º 2 do artigo 3.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2016), “*o modelo de prestação de cuidados deve refletir a capacidade de*

*adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais”.*

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, constitui um aspeto fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, devendo este ser o objetivo primordial das organizações, na medida em que que *“devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população... sendo, internacionalmente, consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar”* Ordem dos Enfermeiros (2016).

O *“Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro Gestor (2015)*, afirma que este deverá coordenar o processo de integração dos colaboradores e elaborar um plano de integração dos mesmos garantindo o desenvolvimento de competências nos profissionais da equipa que lidera e a prática profissional baseada na evidência, no entanto, tendo em conta a especificidade do processo de integração neste contexto, uma vez que a necessidade de integração resulta de uma situação de crise não prevista e sem resolução a longo prazo, este papel assume uma maior complexidade, constituindo um desafio no exercício da gestão em Enfermagem.

Vários autores abordam as fases do processo de integração de novos elementos, assumindo que sendo que o Enfermeiro passa por várias fases de aquisição de conhecimentos. Benner (2005), defende que os conhecimentos são adquiridos e desenvolvidos mediante a prática e que existem cinco categorias sucessivas que traduzem o nível de competência em que se encontram para a prestação de cuidados de enfermagem, iniciado/principiante; iniciado avançado; competente; proficiente e perito. Em que o Enfermeiro evolui de Iniciado, onde não detém experiência alguma nas situações com que possa ser confrontado a Enfermeiro Perito o qual o seu desempenho é baseado numa vasta experiência, apreendendo de forma intuitiva diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções.

A chefia de equipa neste contexto traduz um desafio adicional, não só no que concerne à gestão do serviço, mas também no que respeita à exigência do domínio de competências na área de supervisão clínica e consultoria, promotoras de um processo de integração eficaz, atividade que foi transversal no decorrer deste estágio em parceria com o enfermeiro orientador. Foi evidente para mim o enorme impacto que o empenho neste papel assume no desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento que constitui a equipa, fundamental para promover a qualidade dos cuidados, através da orientação e partilha de conhecimentos. Para Macedo, M. (2012) este elemento deverá reunir determinadas características pessoais e profissionais, deve reconhecer a importância do papel que lhe é atribuído e estar motivado no sentido de facilitar o processo de integração do novo elemento nas suas diversas fases.

Deveras facilitador deste processo de integração e no sentido de favorecer a melhor resposta da equipa revela-se o estilo de liderança observado.

De acordo com Bass e Riggio (2005) citado por Duarte (2012 p29), *“a liderança transformacional caracteriza-se por ter uma forte componente pessoal, na medida em que este tipo de líder motiva os seus seguidores, introduzindo mudanças nas suas atitudes de modo a inspirá-los para a realização de objetivos suportados por valores e ideais”* ... *“é sobretudo uma prática de coordenação, integração e facilitação. Os líderes transformacionais e com características positivas de liderança transacional tendem a ser mais bem percebidos pelos colaboradores, além de serem objeto de admiração e de confiança”*.

Considero que este estilo de liderança, baseado no reconhecimento, no ambiente positivo, na motivação dos profissionais e na abertura, foram fatores facilitadores de todo o meu próprio processo transicional neste percurso de aquisição de competências.

No que concerne ao desenvolvimento de **competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** considero que esta aprendizagem foi transversal ao longo de todo este percurso espelhada pela demonstração de capacidade de autoconhecimento no estabelecimento da relação entre mim e o outro, com respeito pela sua singularidade, no reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais e nas estratégias de superação desses limites sempre ancoradas em referenciais teóricos orientadores da

disciplina de enfermagem e na mais recente evidência científica, espelhados no seu todo, ao longo da prática descritiva e reflexiva que desenvolvo ao longo deste capítulo.

No que respeita à concretização do objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI) foram enumeradas as oportunidades de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a estes doentes conducentes à concretização deste objetivo.

A prestação de cuidados ao doente submetido a VMI motivou a um processo de aprendizagem ativo, no qual através de uma estratégia de pesquisa e aprendizagem através da prática.

A ventilação medicamente invasiva constitui uma área de conhecimento fundamental em ambiente de cuidados intensivos, sendo as doenças respiratórias, as do foro cerebral e a sedação, as causas precipitantes da necessidade deste tipo de ventilação. (Mendes 2020 p.138)

No que respeita à ventilação medicamente invasiva, numa primeira abordagem foi fundamental o foco no conhecimento do ventilador, modo de funcionamento e parâmetros reguláveis, na interpretação de alarmes e na interpretação de sinais de instabilidade de modo a atuar na sua deteção precoce, modos ventilatórios e complicações associadas à ventilação, pois *“há que ter presente que o melhor ventilador que existe é o próprio ser humano, pois, por mais evoluída que a tecnologia esteja, não existe um aparelho que consiga “clonar” a série de mecanismos envolvidos na ventilação espontânea, tal é a complexidade do centro respiratório”*. (Miguel & Mendes, 2020, p.138)

No cuidado à pessoa em suporte ventilatório invasivo esteve assente o cumprimento do feixe de intervenções aplicáveis à pneumonia associada à intubação, recomendadas pela DGS, nomeadamente a manutenção da cabeceira elevada num ângulo superior a 30° e a higiene oral (com gluconato de clorhexidina a 0,2%) pelo menos uma vez/turno. Direção-Geral da Saúde (2017);

Ainda no campo da ventilação medicamente invasiva, tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, particularmente em contexto específico de desmame ventilatório. Ou seja, na sequenciação da passagem de uma ventilação controlada para uma

ventilação de suporte e posteriormente para uma oxigenação por “peça em T”, fator, também ele, altamente contributivo para a segurança do seu processo transicional, pela necessidade de evolução no sentido da adaptação e recuperação de capacidades, conducente ao sucesso do processo transicional saúde-doença. (Melleis, 2000)

Na esfera do cuidado neste contexto específico, há que ter em conta que, *“o estado clínico do doente é o principal fator que vai permitir progredir para a extubação, mas o equilíbrio entre os mecanismos fisiológicos e emocionais do doente são fundamentais para o sucesso”* (Miguel & Mendes, 2020, p.143).

Baseada no exposto, considero imprescindível que à prestação do cuidado de excelência à pessoa que inicia o processo de desmame ventilatório, esteja inerente, não só o conjunto de intervenções associadas a diagnósticos de enfermagem essenciais à remota progressiva de função dos músculos respiratórios e conseqüente sucesso do desmame ventilatório, mas também, intervenções no sentido da preparação e avaliação do estado emocional do doente.

Muito embora a evidência acerca desta temática ainda seja de escasso escopo. Há já alguns autores que desenvolvem investigação no sentido da implementação de intervenções não farmacológicas promotoras da redução dos níveis de ansiedade e stress na pessoa submetida a ventilação medicamente invasiva.

Lee C.H et al. (2017), com base em nossos achados no seu estudo, relativo aos efeitos da intervenção musical no de ansiedade em doentes submetidos à ventilação mecânica, aconselha o recurso à musicoterapia com efeito redutor nos níveis de ansiedade na pessoa, afirmando que uma única sessão de 30 minutos de musicoterapia tem efeito redutor imediato dos níveis de ansiedade na pessoa. Aghaie Bahman et al. (2013) num estudo experimental, evidencia também a musicoterapia como intervenção não farmacológica facilitadora do relaxamento e alívio da ansiedade na pessoa em desmame ventilatório, afirmando que, *“uma única sessão de musicoterapia é eficaz na diminuição da ansiedade e promovendo o relaxamento indicado pela diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, índice biespectral e frequência respiratória em doentes entubados durante o processo de desmame”*. (Aghaie, et al., 2013)

Estes estudos corroboram a prática que pude implementar em contexto. No qual, com recurso apenas a um pequeno rádio existente na unidade, é promovida uma intervenção

capaz de produzir imensos ganhos para a pessoa, tradutoras de conforto emocional, espiritual e físico, conducente ao sucesso desta adaptação e imperativos neste processo transicional. (Melleis 2000) ;(Kolcaba 2003).

Com o conjunto de atividades que acima descrevo julgo ter evoluído no sentido da aquisição da **competência do cuidado à pessoa família/cuidador a viver processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, através da gestão “*prestação de cuidados à pessoa na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*”, na garantia da “*administração de protocolos terapêuticos complexos*” e na assistência “*da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva (VNI) revelou-se para mim uma área de extremo interesse, quer pelo desafio de aprendizagem no que respeita a modos ventilatórios e diferentes tipos de ventiladores quer pela motivação na implementação de intervenções no sentido da melhor adaptação do doente a este tipo de tratamento, com vista não só à otimização do mesmo, mas mais do que isso à promoção do conforto do doente, muito assente numa relação de parceria e ajuda. Foi para mim extremamente enriquecedora a prestação e cuidados ao doente com necessidade deste tipo de terapia, tendo sempre por base esta premissa.

Nos últimos turnos houve a oportunidade de desenvolver a prestação de cuidados na unidade reservada a tratamento de doentes acometidos por pneumonia por coronavírus que por ajuste às necessidades da população foi reaberta nesse período.

Nesta unidade prestavam-se cuidados a doentes com necessidade de terapia invasiva e não invasiva de suporte ventilatório, facto que foi extremamente favorável á consecução deste objetivo neste contexto específico.

A destacar, uma situação que se revelou desafiante para mim enquanto profissional, mas também ela bastante enriquecedora.

A., 28 anos, grávida de 32 semanas. Com diagnóstico de pneumonia associada a coronavírus Consciente, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, adaptada a esta terapia do ponto de vista respiratório e com evidências de sucesso na adesão ao regime terapêutico. No entanto, à observação era evidente alguma agitação motora.

Aquando da transmissão de cuidados, feita tendo em conta o modelo comunicacional ISBAR, previsto em circular normativa, norma n.º 001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, da DGS da Direção Geral de Saúde, (*Identify*: identificação; *Situation*: situação atual; *Background*: antecedentes, *Assessment*: avaliação e *Recommendation*: recomendações), a A. havia sido referida como estando orientada nas suas referências. Aproximei-me no sentido de fazer a minha própria avaliação das necessidades e planear as minhas intervenções. Após esgotadas outras possibilidades, foi evidente que esta agitação era motivada pelo desconforto inerente ao facto de estar grávida em último trimestre, facto que associado à doença crítica lhe conferia um estado de vulnerabilidade acrescida. Direção Geral da Saúde (2017)

Tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica e seus familiares, intervir holisticamente, implica que o enfermeiro se assuma como facilitador neste processo de transição saúde-doença, devendo adotar estratégias simples que diminuam a vulnerabilidade psicológica e social decorrentes dessa limitação. Meleis et al.(2000) Tudo isto implica a promoção do cuidado confortador, numa abordagem multidimensional, em que a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas vai muito além da ausência de dor ou do desconforto físico. Kolcaba K. (2003)

Só o reconhecimento e valoração dos sentimentos caracterizadores de cada contexto específico vivido pela pessoa e seus familiares nos permitirá ir de encontro a ela, com um propósito de conhecimento e identificação com o outro, construtivo do pilar de uma relação de ajuda.

Neste caso que descrevo, à sua condição de doente, acresce a gravidez, a propósito do significado da experiência da mulher grávida em risco, no que concerne a sentimentos destaca “*a angústia, sofrimento, dúvida, o medo pela condição de prematuridade do conceito e culpa*”. (Amorim, Souza, Moura, Queiroz, & Salimena, 2017)

É sabido que, o estabelecimento da relação de ajuda surge ancorado num processo comunicacional eficaz. Tal como refere Phaneuf (2005), a “*comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela*

*maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p. 23)*

Confesso que, no campo comunicacional, esta experiência constituiu um desafio. Enquanto emissor, encontrava-me condicionada pelo equipamento de proteção pessoal. Enquanto recetor, a interface do VNI constituía também uma limitação enorme no sucesso da comunicação verbal entre nós.

Foi num todo, no reconhecimento das suas emoções, no meu conhecimento empírico com base na minha experiência pessoal, e no emprego da comunicação não verbal, com recurso a toque, gestos e olhar, que nos fomos encontrando naquele momento.

Tendo em conta vulnerabilidade da mulher grávida, revela-se para mim extremamente pertinente, a reflexão, numa transposição para este contexto, acerca dos três eixos estruturantes do cuidado confortador. De acordo com Sousa (2014), o conforto é promovido por meio de intervenções de enfermagem fortalecidas e empenhadas em comportamentos de saúde, constituindo um dever, carregado de intencionalidade e encarado como o principal resultado das intervenções de enfermagem. Por tudo isto, o enfermeiro deve desenvolver competências tendo em conta três eixos estruturantes, sendo que no primeiro eixo deverá estar assente na promoção da relação de ajuda, talhada por humanidade e valores, onde reconhece as vivências e expectativas da pessoa e familiares. Implica que o enfermeiro se descentre de si próprio e priorize o outro. No segundo eixo estruturante implica a construção do cuidado co-criado numa relação de parceria, resultante do encontro com o outro e em sintonia com a pessoa e os seus familiares, orientada para uma ação com base na relação de ajuda que contruiu à priori. Ou seja, há um compromisso, um agir intencional e parceria como construto que se coloca em ação. Para tudo isto, será necessário ter em conta o contexto, o terceiro eixo estruturante. Sendo que a pessoa é ela e a sua circunstância, carregada de imprevisibilidade e mutação do próprio contexto em que ela e os seus familiares se inserem. A consideração destes 3 eixos torna-se imprescindível para o desenvolvimento e implementação de cuidados eficazes na promoção do conforto, no planeamento de intervenções capazes de manter capacidades e reconquistar as que são passíveis de recuperação. Pautadas pela relação de ajuda, carinho, amor, bondade e empatia, assentes numa relação de parceria, com estratégias comunicacionais positivas, tendo sempre por base o respeito e autonomia da pessoa e da sua família. (Sousa, 2014)

No final o turno a A. dormia tranquilamente, facto que foi extremamente gratificante para mim.

Através do que descrevo dou evidência á aquisição da **competência do cuidado à pessoa família/cuidador a viver processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, através da gestão *“da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*, do *“estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* e na assistência *“da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363).

Um outro foco da minha atenção no desenvolvimento de competências neste contexto prendeu-se com a gestão diferenciada da dor. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, na sua publicação de resultados relativos ao plano nacional de avaliação da dor, refere que *“a dor em doentes críticos é comum e a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI”*, refere ainda *“que embora as recomendações de sociedades científicas, a adequada avaliação da dor em UCI não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente, sendo de realçar a tendência para a subvalorização da intensidade da dor dos doentes críticos.”* (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012)

No decorrer do estágio a implementação da dor como o 5º sinal vital foi transversal nos cuidados à pessoa, pois a sua gestão é um direito do doente e um dever profissional fundamental para a humanização dos cuidados.

Com vista à aquisição de competências de **cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, na unidade de competência de *“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”* (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363), a cada turno e sempre que necessário era aplicada a escala de avaliação da dor em vigor nesta unidade, a *“Behavioural Pain Scale “(BPS)*, baseada em indicadores comportamentais, desenvolvida para avaliar a dor em doentes críticos com um bom grau de

fiabilidade e validade. Inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória). A avaliação da dor foi sempre acompanhada da avaliação da resposta à terapêutica analgésica e das medidas não farmacológicas de controlo da dor implementadas (massagem e posicionamento). Houve também oportunidade do desenvolvimento de atividades no sentido da implementação e gestão de protocolos analgésicos pós-operatórios em vigor nesta unidade com recurso à preparação e manutenção de analgesia epidural controlada pelo paciente e perfusão contínua por balão, bem como da avaliação da resposta da pessoa à implementação do protocolo.

Ainda na esfera da implementação de protocolos, no que respeita às intervenções com vista às alterações metabólicas e endócrinas da pessoa, houve a possibilidade de implementação do protocolo de infusão de insulina de Yale em vigor nesta unidade.

Logo aquando da integração na unidade foi minha preocupação apropriar-me do plano de emergência e catástrofe vigente naquela instituição no sentido da aquisição da competência: **dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação** (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19363). Tendo em conta que o enfermeiro responsável pela minha orientação integra a equipa de emergência médica intra-hospitalar houve oportunidade do desenvolvimento de atividades condutoras a aquisição desta competência.

Por via da Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO da Direção Geral de Saúde (2010), as equipas de reanimação evoluíram para Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), tendo como critérios de ativação todas as situações de paragem cardiorrespiratória acontecidas ou eminentes, assim como, disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes. Muito embora a casuística do estágio não tenha sido favorável à atuação em contexto de ritmos de peri-paragem ou paragem cardiorrespiratório, esta atividade revelou-se enriquecedora no contexto do papel de consultoria desempenhado pelo enfermeiro da EEMI no que respeita à atuação nas disfunções agudas de potencial emergentes. Direção Geral da saúde (2010)

Também no que respeita ao controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, este assume um papel importante, sendo que, tendo por base a evidência que domina e avaliando diariamente, através dos resultados analíticos do doente, é responsável e autónomo no diagnóstico da necessidade, estabelecimento da estratégia e salvaguarda do cumprimento

de medidas de prevenção e controlo de infeção. Esta atividade permitiu-me o desenvolvimento da competência **“maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”**, nomeadamente no diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, estabelecer procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

Durante este estágio foram mantidas atividades de investigação acerca do fenómeno de estudo sobre o qual me propus evidenciar competências de investigação neste relatório. A oportunidade de publicar o Protocolo de Revisão em forma de Poster no IV Seminário Internacional de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa intitulado **“Experiência da família da Pessoa em Situação Crítica em cuidados intensivos: protocolo de RSL de evidência de Significado”**, foi ao encontro da consecução de um dos objetivos a que me propus para este estágio: Contribuir para a melhoria do cuidado à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos.

O facto de me ser proporcionada a oportunidade de desenvolver este estágio em turnos alternados entre a UCI e a UCINT proporcionou-me experiências na esfera da continuidade dos cuidados, podendo acompanhar o doente nas mais diversas fases da doença crítica, permitindo-me desenvolver intervenções direcionadas quer à pessoa e seus familiares todo o seu percurso desde a inconsciência à consciência de si, do ambiente e dos outros, auxiliando-os quer ao nível da recuperação de capacidades, ajuste e adaptação aos seus novos papéis, assumindo-me como vetor de uma transição mais segura tendo sempre em conta toda a vulnerabilidade que os caracteriza.

## CONCLUSÃO

Este relatório constituiu mais uma etapa de todo um percurso de enriquecimento pessoal e profissional concretizador do objetivo de desenvolvimento deste curso.

À aquisição do conhecimento teórico adquirido nos primeiros semestres deste ciclo e estudos, acresceram as experiências em campo, no seu conjunto, condutoras da prática reflexiva, mobilizadoras de evidencia científica e de conhecimento técnico, empírico, ético e relacional.

A busca do significado das experiências pessoais e coletivas foi transversal ao longo da prestação de cuidados em campo, fenómeno para o qual concorrerem todo um conjunto de referenciais teóricos orientadores das minhas práticas.

A transição de um estado de saúde para o de doença é sempre uma experiência de desequilíbrio para a pessoa e para quem lhe é significativo, que lhe confere vulnerabilidade, marcada pela angústia, pelo medo, ansiedade e sofrimento, tradutoras de todo um conjunto de necessidades, cenário no qual o enfermeiro ocupa um papel determinante na avaliação contínua destas necessidades, na implementação de intervenções e na avaliação dos resultados, com vista a uma prestação de cuidados assentes mais do que numa visão física, numa visão transcendente do ser humano.

Conhecer o outro, é ir de encontro ao conhecimento de si e do seu papel neste processo do cuidar.

Decorrente deste facto, verifico a ocorrência de todo um percurso de crescimento pessoal e profissional no sentido do encontro de mim mesma, potenciador de um reencontro com uma paixão e orgulho por esta ciência, a ciência do cuidado.

Hoje, igualmente empenhada no cuidado em favor do outro, revejo-me num profissional mais capaz, mais seguro e mais dotado, assente no compromisso da excelência do cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agência Portuguesa do Ambiente. (2011). *Plano estratégico dos Resíduos Hospitalares 2011-2016*.
- Aghaie, B., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, Ebadi, A., Moradian, S., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). *Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial*. Elsevier.
- American Heart Association. (2012). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para Profissionais de Saúde*. American Heart Association.
- Amorim, T., Souza, I., Moura, M., Queiroz, A., & Salimena, A. (2017). Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: Revisão Integrativa. *Enfermeria Global*.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem* Vol. 13 N.º 1
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. (U. d. Enfermagem, Ed.) Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Campos, D. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Aspen Publishers.
- Ceitel, M. (2007) - *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Circular Normativa n.º 1/2014. *Formação VMER e SIV – Enfermeiros*. Lisboa: INEM;
- Correia, S. (2020). Desafios ao dever de informar: protagonistas no presente a inovar o futuro. *Cadernos de Saúde*. vol12, pp.36-37. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10243>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. Diário da República n.º 32 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/15 – I Série A. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Deodato, S. (2004). A excelência do exercício, perspetiva ética e deontologia. (O. d. Enfermeiros, Ed.) *V seminário de ética*(15), pp. 26-30.

- Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Almedina
- Despacho n.º 10109/2014 de 6 de agosto. Diário da República n.º 150 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde;
- Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril. Diário da República n.º 79 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde;
- Direção Geral da saúde. (22 de Junho 2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência (EEMI)*;
- Direção-Geral da Saúde. (8 de fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;
- Fernandes, A., & Coelho, S. (2014). Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Cuidarte*, 813-819
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. pp. 183 - 196.
- Frade, J., Henriques, C., & Maria, F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia – Vol 5*.
- Goldernberg, Dalia Silberstein - La Familia, un Paciente Olvidado. *Revista rol de enfermaria*. Barcelona. ISSN: 0210-5020. N.º 223 (1997), p. 25-30.
- Gottlieb, J. (2003). Time to care: the evolution and meaning of family visiting policies in the Intensive Care Unit; *International Journal for Human Caring (INT J HUM CARING)*, 66-71. (6p).
- Gustaffson, U., Scott, M., Schwenk, W., Demartines, D., Roulin, D., Francis, N., . . . Macfie, J. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Elsevier*, 783-800.
- INEM, (2020). *Manual de Suporte Avançado de vida*, Versão 2.0 – 1ª Edição
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company
- Le Boterf, G. (1997). De la compétence à la navigation professionnelle. *Les Éditions d'Organisation*.
- Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L., & Caprara, A. (2010). O uso do protocolo spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista brasileira de educação médica* 35. pp.52-57.

- Lopes, M. d. (2012). *Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo*. Revista Lusófona de Educação pp. 141-158.
- Mateus, B. A., (2007). *Emergência médica pré-hospitalar - Que realidade*. Loures: Lusociência;
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: SPRINGER Publishing Company
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (Sep de 2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.*, 23 (1), pp. 12-28.
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., ... Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 138-150). Lisboa: Lidel.
- Oliveira, Fernandes, Vilar, Figueiredo, Santos, Andrade, ... Martins. (2009). *Atitudes dos enfermeiros face à família - Validação da Escala IFCEAE, Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, p.34-49.
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750*
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19359-19370*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros - agosto 2015.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer do Concelho Jurisdicional n.º 121/2012. *Avaliação do Enfermeiro em estágio e condução na VMER*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2016). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. (7ª edição) Elsevier Editora Ltda

- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2017). *Medicina Intensiva*. República Portuguesa - Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ribeiro, R. (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. pp. 43-49
- Rose, L.; Cook, A.; Casey J.; Meyer, J. (2020) Restricted family visiting in intensive care during COVID-19, *The Life Lines*
- Sackett, D. L. (2003). *Medicina Baseada em Evidências Prática e Ensino*. Porto, 2ª ed
- Santana, J., Rigueira, A., & Dutra, B. (2010). Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Revista Bioethikos*, 4, 402-210.
- Santos, A. & Figueiredo, M. C, (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos: uma scoping review. *Revista da UI\_IPSantarém*. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 82-93. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- Schaefer, R., Zoboli, E., & Vieira, M. (2018). Sofrimento moral em enfermeiros: Descrição do risco para profissionais. *Texto Contexto Enferm*. [http://dx.doi.org/10.1590/0104\\_07072018004020017](http://dx.doi.org/10.1590/0104_07072018004020017)
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *SERVIR*, pp. 11-20.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Universidade Católica Editora.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.ª Ed.). Lisboa: Lusociência
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem - 5ª edição*. Lusociência.
- Universidade Católica Portuguesa. (2019). Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório". Lisboa.
- Universidade Católica Portuguesa. (2020/2021). Instrumento de Avaliação do Estágio Final e Relatório. *Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica*.
- Vaz, A., Mota, F., Maio, R., Féria, L., Oliveira, J., Manso, M., . . . Barreira, S. (2017). Eras enhanced recovery after surgery. *Healthcare Excellence-Best Administration Practices for the Future*. Évora.
- Vieira, S. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem.
- Viseu F.; Negrão, M.; Oliveira, P. (2008) – A opinião dos familiares dos doentes sobre o acompanhamento dos enfermeiros durante a visita no SCI. *RCHC – Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. Coimbra. N.º 41. Separata Científica, Vol. 9, n.º2

Waldon, V. R. (2013). cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia.



## **APÊNDICES**



**Apêndice I** – Protocolo de Revisão Publicado no IV Seminário de Mestrado em Enfermagem – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE, a Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.



## A Experiência da Família da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos: Protocolo de RSL de Evidência de Significado

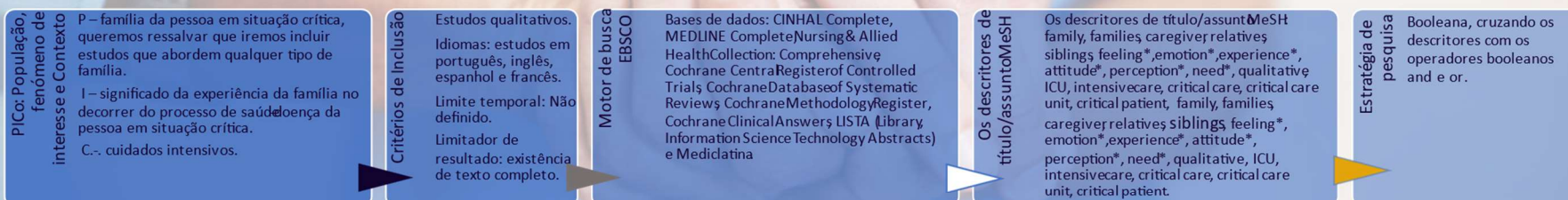
Autores: Gomes, Joand; Bernardes, Tatiand; Deodato, Sérgio; Veludo, Filipa

<sup>1</sup> Mestrandas do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médicocirúrgica: Área de Especialização: Pessoa em Situação Crítica. gnaaisgomes@hotmail.com; tatiana\_sofia\_94@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Tendo em conta a perspetiva holística do cuidado, assumimos a família, não só como estando intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e uma importante fonte de suporte à pessoa em situação crítica hospitalizada, mas também como sendo parte integrante no contexto do cuidado à pessoa que vivencia processos de doença crítica. (Silva, 2012) Achamos por isso pertinente, refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo processos de transição mais saudáveis/seguros, estando o Enfermeiro numa situação privilegiada no que respeita à oportunidade de assumir a família como um alvo e parceiro do cuidado, imprescindível ao exercício profissional de excelência. (Paiva, 2007) Surge-nos a seguinte questão de partida: **Qual o significado da experiência da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos?**

**OBJETIVOS:** Sintetizar, da evidência disponível, o significado da experiência da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

### MATERIAIS E MÉTODO:



**RESULTADOS:** Para realizar a síntese dos dados recorreremos a uma análise qualitativa dos mesmos, de acordo com o seu valor semântico. Depois de identificado o significado da experiência dos familiares da PSC, analisaremos as suas semelhanças de significado, esperando agrupá -los em categorias de análise.

**CONCLUSÃO:** O presente trabalho sistematiza as etapas metodológicas de uma revisão de literatura de evidência de significado, centrada no significado da experiência da família da Pessoa em Situação Crítica em cuidados intensivos. Com o desenvolvimento da investigação protocolada, aspira -se a saúde e bem-estar da família e da pessoa em situação crítica, assumindo -se uma prática centrada no cuidado humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:





## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Joana Isabel Santos Gomes, em coautoria com Enfermeira Tatiana Sofia Mendes Bernardes, Prof. Doutor Sérgio Deodato, Prof. Doutora Filipa Veludo, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster n.º 37 com o tema "*Experiência da família da Pessoa em Situação Crítica em cuidados intensivos: protocolo de RSL de evidência de Significado*", no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), TCS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



### PROGRAMA

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

Moderador: António Borges

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

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

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

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)  
"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of a ECMO specialist nurse"

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

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

Moderador: Amélia Alpoim

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

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

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

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

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

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

13:00 – Almoço

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

Moderador: Laurina Gomes

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

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

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

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracolli (Universidade de São Paulo)

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

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

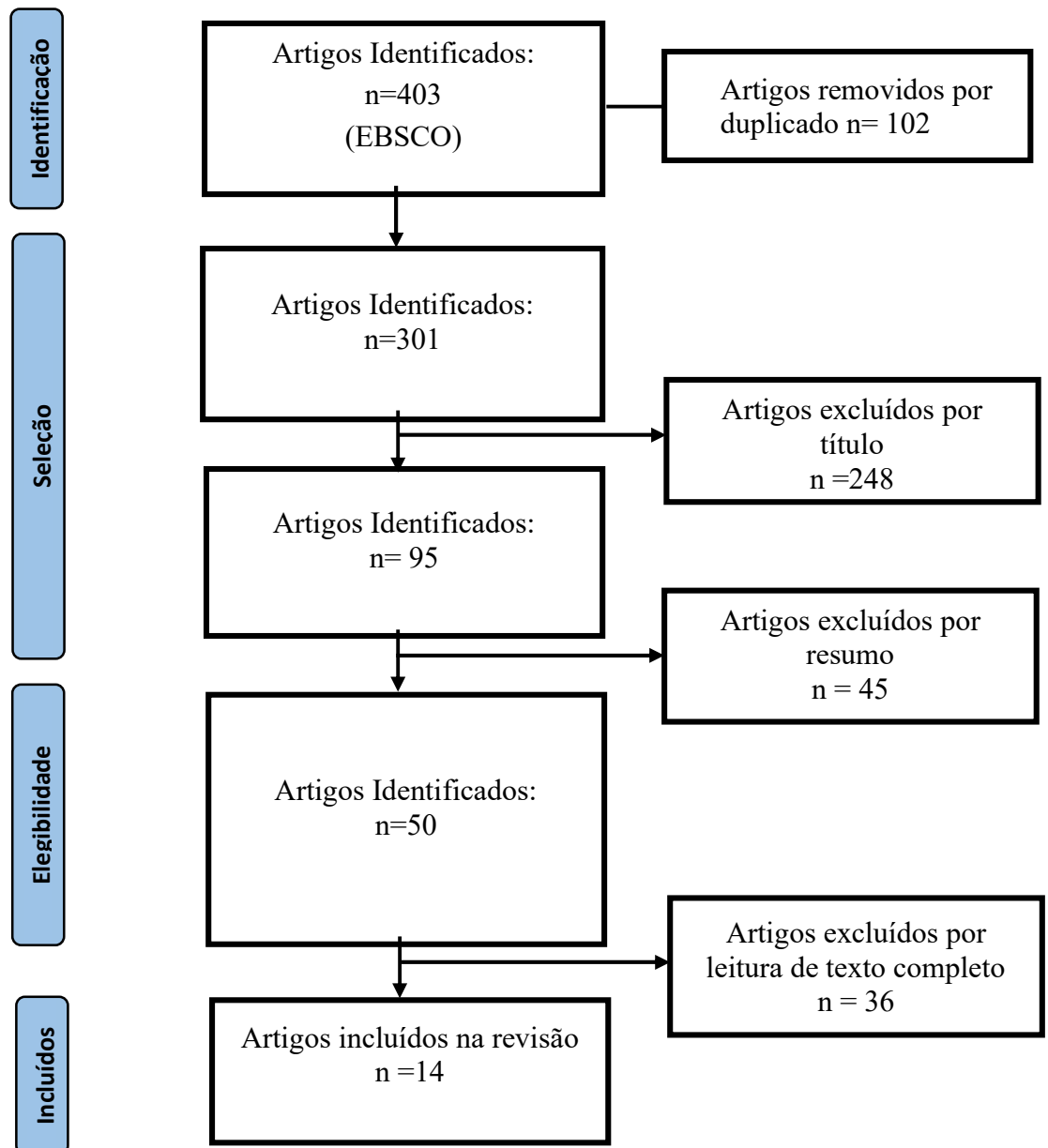
16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



**Apêndice II** – PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse*)

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



### **Apêndice III– Quadro de resultados**

ARTIGO	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	RESULTADOS
Artigo 1	<b>A Whirlpool of Stress in Families of Intensive Care Unit Patients: A Qualitative Multicenter Study</b>	Aghaie, B., Anoosheh, M., Foroughan, M., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2021).	Explorar o stresse percebido pelos familiares de doentes internados na unidade de cuidados intensivos	23 membros da família de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores identificam o ambiente fechado da UCI como fator gerador de desconfiança pela dificuldade em obter informação sobre os cuidados prestados ao seu familiar e reconhecem o efeito negativo direto na unidade familiar;</li> <li>- A falta de informação causou sentimentos de dúvida por parte dos familiares no que concerne à competência e comprometimento da equipa de saúde;</li> <li>- Os participantes citam várias vezes o medo do desconhecido e um comportamento pouco empático dos cuidadores;</li> <li>- A família refere sintomas negativos a nível psicológico e físico, refere medo em relação ao futuro e identificam a confiança como uma ponte entre os cuidadores e a família capaz de promover a aceitação das decisões tomadas com relação ao seu familiar e a satisfação com relação aos cuidados prestados;</li> </ul>
Artigo 2	Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit:	Rodriguez - Almagro, J., Quero Palomino, M. A., Aznar Sepulveda, E., Fernandez-	Explorar as perceções sobre as experiências de doentes em UCI, seus familiares e enfermeiros.	9 doentes hospitalizados, 9 enfermeiros e 9 familiares de doentes internados em unidade de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores identificam três temas que caracterizam a experiência da família: (Humanização; Esperas extremamente longas; Angústia) A espera tornam-se intermináveis para as famílias enquanto esperam por informações, esperam informações verdadeiras e não falsas expectativas.</li> </ul>

	a qualitative descriptive study	Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M., Ortiz Fernandez, F., Soto Barrera, V., & Hernandez-Martinez, A. (2019).		cuidados intensivos	- As famílias enfatizam a maior necessidade de comunicação entre equipe de saúde e famílias e o cuidado humanizado promotor de diminuição da sua angústia.
Artigo 3	<b>Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative evaluation study into experiences of relatives</b>	Klop, H. T., Nasori, M., Klinge, T. W., Hoopman, R., de Vos, M. A., du Perron, C., van Zuylen, L., Steegers, M., ten Tusscher, B. L., Abbink, F. C. H., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Pasman, H. R. W. (2021).	Examinar as experiências dos familiares com a equipa de suporte familiar em duas UCIs de um hospital universitário holandês e avaliar suas estratégias de trabalho.	21 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos durante a pandemia COVID-19	- Tendo em conta os dados provenientes das entrevistas aos familiares os autores identificam três pilares de suporte: a transparência sobre a situação do doente, a atenção ao bem-estar dos familiares - Referem o efeito positivo das chamadas diárias e das visitas - Referem que existe um laço criado com a equipa de suporte familiar que se quebra após a alta;
Artigo 4	<b>First days in intensive care units:</b>	Bahman, A., Monireh, A., Mahshid, F., Esa, M.,	Explorar as percepções das famílias nos primeiros dias de	26 familiares de doentes internados em unidade de cuidados	Segundo os autores a análise dos dados revelou três categorias: “Turbulência avassaladora”, no qual descreve os sentimentos avassaladores e preocupações

	<b>A tragedy for families</b>	Anoshirvan, K., Zahra, T. (2019).	internamento dos seus familiares em unidades cuidadas intensivos.	intensivos em dois hospitais públicos e dois privados no Irão	inexplicáveis nos primeiros dias de internamento; “Eventos assustadores” relacionado com o estigma negativo da UCI (sons, equipamento, procedimentos invasivos, horas de visitas restritas) e a imagem da deterioração física do familiar; “Tensões psicossomáticas agudas” stress físico e mental severo, pressão psicológica, ansiedade que os levou ao cansaço e à exaustão.
Artigo 5	<b>Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study</b>	Mendes, A. P. (2018).	Compreender o impacto da notícia de doença crítica na experiência vivida pelas pessoas da família numa Unidade de Cuidados Intensivos.	21 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	- O inesperado da notícia e a possibilidade de morte influenciam o bem-estar e autocuidado da família; -Evidencia a necessidade dos familiares de informação; - Foco no cuidado humanizado; -O autor faz referência ao impacto tecnológico inerente à doença crítica na experiência dos familiares; -O autor identifica a interação como fulcral na prestação de cuidados à família;
Artigo 6	<b>Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals.</b>	Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. da. (2017).	Compreender as perceções de familiares e profissionais de saúde sobre humanização na Unidade de Cuidados Intensivos	8 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos e 6 profissionais de saúde	-Aos autores enfatizam a importância de uma comunicação eficaz logo no acolhimento da família na UCI; -Identificam uma fragilidade no cuidado humanizado; - Identificam a comunicação verbal e não verbal como ferramenta para o cuidado humanizado;

			para direcionar a uma ação educativa.		-Foco na espiritualidade/religiosidade como estratégia;
Artigo 7	O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais	Da Silva, S. É. D., Vasconcelos, E. V., Freitas, K. de O., Baia, R. de S. M., Araújo, J. S., Tavares, R. dos S., & Da Costa, J. L. (2016).	identificar quais as representações sociais de familiares de pacientes internados na Unidade de cuidados intensivos, sobre a UCI e o processo de internamento, analisar as implicações destas para o seu quotidiano.	40 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	-Os autores identificam uma percepção negativa por parte da família em relação ao ambiente na UCI pelo choque tecnológico e pela imagem do familiar acamado em UCI; -Importância da visita como fator promotor de redução dos níveis de ansiedade e tristeza; -A família coloca as suas expectativas nos profissionais de saúde e espera que eles compreendam os tempos difíceis que ultrapassam, a informação surge como fator promotor de paz de espírito e controlo de emoções; -Identificam desconfortos na rotina familiar que compromete a vida social, pessoal e profissional; - Foco na religiosidade como esperança e salvação;
Artigo 8	<b>Needs of the Relatives of Patients Hospitalized in an Intensive Therapy Unit</b>	Batista, V. C., Coutinho Monteschio, L. V., de Godoy, F. J., de Freitas Goes, H. L., Matsuda, L. M., & Marcon, S. S. (2019).	Identificar as necessidades dos familiares de pessoas internadas em uma Unidade Cuidados Intensivos no interior do Estado do Paraná.	55 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	- Os autores referem que as necessidades mais valorizadas foram as relacionadas com informação, segurança em saber que o familiar está recebendo o melhor tratamento e de ter acesso/possibilidade de poder conversar com o médico no momento da visita. - A hospitalização do familiar surge como evento inesperado que provoca disrupção na função familiar;

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- A falta de informação é uma grande fonte de preocupação e desconforto na Família;</li> <li>- Foco no cuidado humanizado;</li> </ul>
Artigo 9	<p><b>The Social Representations of Patients' Relatives in Intensive Care Units: The Implications to Self-Caring</b></p>	<p>Perão, O. F., Nascimento, E. R. P. do, Padilha, M. I. C. de S., Lazzari, D. D., Hermida, P. M. V., &amp; Kersten, M. A. da C. (2021).</p>	<p>Analisar e descrever os significados associadas ao cuidado e a unidade de terapia intensiva, e suas implicações para o cuidado de si por familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.</p>	<p>30 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores sintetizam os resultados das entrevistas nas unidades temáticas; “unidade de terapia intensiva: morte versus cuidado”, “mudanças no cuidado de si: familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva” e “cuidado: ato de amor”.</li> <li>- A forma como a família vive esta experiência é afetada pelas suas experiências prévias;</li> <li>- Os familiares referem a necessidade de terem acesso a informação por parte da equipa;</li> <li>- Referem que quanto mais eficiente é a interação, menos falhas de informação se verificam;</li> <li>- O sistema de crenças, os valores socioculturais, história de vida, estilo de vínculo e vínculo afetivo está relacionados à forma de enfrentamento da perda, vivenciada pelo familiar do paciente em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.</li> <li>- É fundamental que os profissionais de saúde promovam ações no sentido de amenizar os sentimentos negativos dos familiares que facilitem o conforto, e consequentemente resultarão em um estado de calma e satisfação para os familiares.</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- As famílias enaltecem a importância do cuidado humanizado.</li> <li>- Segundo os autores os familiares reconhecem na espiritualidade a fonte de amenização dos seus sofrimentos como conforto, paz e tranquilidade. Como fator promotor de harmonia da equipa interdisciplinar, e um importante recurso terapêutico, pois proporciona conforto.</li> </ul>
Artigo 10	<b>Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective</b>	Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Soares, M. C., Schwartz, E., & Soares, D. C. (2019).	identificar e analisar os sistemas de apoio utilizados pelos familiares para o processo de adaptação à hospitalização da criança na unidade cuidados intensivos	13 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores agruparam os resultados as entrevistas em quatro temas: a família e amigos como sistema de apoio; os familiares de outras crianças hospitalizadas como sistema de apoio; a espiritualidade como sistema de apoio; equipe de saúde como um sistema de suporte.</li> <li>- Segundo os autores os entrevistados reconhecem o papel do enfermeiro na adaptação dos familiares;</li> <li>- A fé desempenha um papel importante no processo de coping dos familiares;</li> <li>- Concluem com a necessidade de os enfermeiros intensificam a escuta para fortalecer o sistema de apoio dos familiares;</li> </ul>
Artigo 11	<b>The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient</b>	Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. M. (2018).	Compreender o impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do doente	9 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores referem que o familiar vivencia um intenso processo de sofrimento e fragilidade emocional, havendo transformações na organização familiar, fica submetido a elevada carga de stresse;</li> <li>- A dinâmica familiar sofre transformações significativas;</li> </ul>

	<b>hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit</b>		internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificam a espiritualidade e as redes sociais como a estratégia de coping mais evidente;</li> <li>- Os resultados indicam a hospitalização do familiar acarreta sentimentos como dor, inutilidade e desespero associados ao medo do desconhecido e ao medo da morte;</li> <li>- Os autores referem que os relatos dos participantes levam a acreditar que o cuidado proporcionado gera gratidão nas famílias pelo desconhecimento de seus direitos e do papel do profissional como prestador de serviços de saúde, consideram haver uma fragilidade nas relações humanas;</li> <li>- Referem ser necessário melhorar a compreensão e a comunicação para tentar reduzir os danos causados pelo processo de hospitalização neste contexto.</li> </ul>
Artigo 12	<b>The experiences of family members during the critical illness of a loved one admitted to an intensive care unit</b>	De Beer, J., & Brysiewicz, P. (2017).	Explorar as experiências dos membros da família durante a doença crítica.	9 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores referem que a doença súbita e o internamento inesperado são vivenciados como um evento catastrófico, marcado pelo choque e desespero, confusão e vulnerabilidade.</li> <li>- A família refere um choque relacionado com o meio tecnológico da UCI;</li> <li>- A família refere sentir que mudou a personalidade do familiar do familiar previamente conhecida, sedado, inconsciente e incapaz de comunicar;</li> <li>- A família refere alteração no seu funcionamento físico: sono, apetite e trabalho,</li> </ul>

					stress e uma disrupção dos papéis que representam no seio familiar;
Artigo 13	<b>The Social Representations of Patients' Relatives in Intensive Care Units: The Implications to Self-Caring</b>	Freitas, K. de O., Costa Torres, R. S., Dias da Silva, S. É., Monteiro, G. O., & Vasconcelos, E. V. (2020).	Analisar e descrever os significados associadas ao cuidado e a unidade de cuidados intensivos, e suas implicações para o cuidado de si por familiares de doente internados em unidade de cuidados intensivos.	40 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores identificam um estigma negativo em relação à UCI, interpretando-a como um “<i>corredor da morte</i>”;</li> <li>- A família vive uma perda das suas atividades pessoais, profissionais e de lazer;</li> <li>- Destacam a importância de que os profissionais de saúde assumam a família como alvo de cuidados, que deve ser otimizado no campo da afetividade e linguagem;</li> </ul>
Artigo 14	<b>The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives</b>	Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M., & Padkin, A. (2016).	Analisar o impacto psicobiológico da experiência dos familiares em cuidados intensivos.	6 familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os autores identificaram 4 temas a partir das entrevistas: O ambiente da UCI, respostas emocionais, relações familiares, apoio e suporte.</li> <li>- Segundo os autores os questionários identificaram altos níveis de ansiedade, depressão e trauma; as técnicas de coping mais utilizadas foram a aceitação, através de aconselhamento e informação, e uso de substâncias. O apoio social surgiu como um fator chave com o apoio do círculo interno focado em relação à família e à equipe da UCI</li> <li>- A experiência da UCI tem impacto psicológico e fisiológico nos familiares, sugerindo a importância de identificar</li> </ul>

					intervenções custo-efetivas com avaliações de saúde, benefícios tanto para os familiares quanto para os doentes.
--	--	--	--	--	--

