



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

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

**Relatório de Estágio: As Necessidades de Conforto do Doente Crítico e
Família - Uma Abordagem Especializada**

**The Comfort Needs of Critically Ill Patients and Their Families - A
Specialized Approach**

Por

Cristina Amaro Ferreira da Rocha Monteiro

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Relatório de Estágio: As Necessidades de Conforto do Doente Crítico e
Família - Uma Abordagem Especializada**

**The Comfort Needs of Critically Ill Patients and Their Families - A
Specialized Approach**

Por

Cristina Amaro Ferreira da Rocha Monteiro

Sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, 2024

**“O importante é não parar de questionar;
A curiosidade tem a sua própria razão de existir”**

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o amor, carinho, ajuda e, acima de tudo por toda a paciência neste percurso desafiante...

Ao meu namorado, por todo o apoio, amor e motivação...

A todos os colegas que se cruzaram comigo neste percurso...

A todos os meus amigos, pelo apoio e pela compreensão da minha ausência...

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa por tantas vezes ter acalmado o meu coração preocupado e por me ter guiado nesta aventura...

... bem hajam

RESUMO

O presente relatório pertence à Unidade Curricular “Estágio e Relatório Final”, contemplada no 3º semestre do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório pretende explicar o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista.

Este relatório está composto por duas partes distintas. A primeira trata-se da exploração realizada por três alunas do mesmo curso sobre o tema de interesse: “As Necessidades de Conforto da Família Do Doente Crítico”. Foi então realizada uma pesquisa em bases de dados e posteriormente a análise dos resultados obtidos, de forma a explorar o tema.

A segunda parte deste relatório é composta por uma análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas nos dois estágios que foram realizados entre setembro e dezembro de 2023. O primeiro estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o segundo estágio num Serviço de Urgência Geral, ambos na zona de Lisboa. Para que os estágios fossem bem-sucedidos foi definido um objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Posteriormente, para cada um dos estágios foram definidos dois objetivos específicos.

Para a realização deste relatório foram mobilizados conhecimentos relacionados com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner. Para além disso, para a realização de todo este relatório as ideias presentes foram sempre sustentadas por evidência científica.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; família; conforto; necessidades.

ABSTRACT

This report is a part of the Curricular Unit "Estágio Final e Relatório", included in the 3rd semester of the 16th Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Ill Situation, at the Nursing School of the Portuguese Catholic University.

The purpose of this report is to explain the path taken to acquire and develop the skills of a master's degree and specialist nurse.

This report consists of two distinct parts. The first deals with the exploration carried out by three students from the same course on the topic of interest: "The Comfort Needs of the Family of the Critically Ill Patient". A database search was then carried out, followed by an analysis of the results obtained, in order to explore the topic.

The second part of this report consists of an analysis and reflection on the activities and skills developed during the two internships that took place between September and December 2023. The first internship took place in an Intensive Care Unit and the second in an Emergency Unit, both in the Lisbon area. In order for the internships to be successful, a general objective was defined: To develop technical, scientific, ethical and relational skills for providing specialized nursing care to people in critical situations. Subsequently, two specific objectives were defined for each of the internships.

This report draws on knowledge related to Afaf Meleis' Transitions Theory, Jean Watson's Theory of Human Caring and Patricia Benner's Beginner to Expert Model. In addition, the ideas in this report have always been supported by scientific evidence.

Keywords: nurse specialist; medical-surgical nursing; critically ill person; family; comfort; needs.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCFNI - “Critical Care Family Needs Inventory”

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

JBI - Joanna Briggs Institute

nº - Número

PSC - Pessoa em Situação Crítica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Sars-Cov2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SNS24 - Serviço Nacional de Saúde 24

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

ÍNDICE:

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1 AS NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO: SCOPING REVIEW..... | 12 |
| 2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS..... | 34 |
| 2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE | 36 |
| 2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE..... | 42 |
| CONCLUSÃO..... | 49 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| APÊNDICES | 58 |
| Apêndice I - Instrução de Trabalho “Colocação de Cateter venoso central de Hemodiálise” | 59 |
| Apêndice II - <i>Scoping Review</i> | 65 |
| Apêndice III - Plano de Sessão de Formação | 86 |
| Apêndice IV - PowerPoint da Sessão de Formação | 88 |
| Apêndice V - Tabela de Avaliação da Sessão de Formação | 98 |
| Apêndice VI - Tabela de Avaliação da Sessão de Formação com Respostas | 100 |
| Apêndice VII – Póster “As Necessidades de Conforto da Família da Pessoa em Situação Crítica: <i>Scoping Review</i> ” | 102 |
| ANEXOS | 104 |
| Anexo I - Certificado de Participação no “Workshop de Ventilação Não Invasiva” | 105 |
| Anexo II - Certificado de Participação no “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa” | 107 |

Apêndice III - Certificado de Apresentação de Poster no “VI Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa” 109

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Termos Livres e respectivos descritores MeSH e DeCS | 13 |
| Quadro 2 - Equações de pesquisa e respectivos resultados obtidos | 14 |
| Quadro 3 - Critérios de Inclusão..... | 16 |
| Quadro 4 - Características dos artigos incluídos e respectivos resultados | 18 |
| Quadro 5 - Necessidades da Família Agrupadas por Dimensões | 27 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Processo de identificação e inclusão de artigos - Prisma..... | 17 |
|--|----|

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi proposto no âmbito do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Este relatório tem o objetivo de descrever e analisar todo o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, pertencente ao terceiro semestre do curso, e de que forma foram desenvolvidas as competências de enfermeiro especialista.

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, 2019), neste caso, na área da pessoa em situação crítica. E esta 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”, segundo o Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. É ainda importante referir que o alvo dos cuidados de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica não é apenas o doente, mas também a sua família ou cuidador, tal como é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015).

Importa ainda referir que esta pessoa e família alvos dos nossos cuidados de enfermagem se encontram por si só mais necessitadas uma vez que se encontram a experienciar uma ou mais transições, segundo Afaf Meleis (2010). Desta forma é imprescindível que a nossa ação tenha a finalidade de ajudar estas pessoas a alcançarem a harmonia descrita por Jean Watson (2002).

O meu percurso profissional começou em agosto de 2019, altura em que integrei a equipa de um serviço de urgência geral da área metropolitana de Lisboa. Tratando-se de uma equipa bastante jovem e com uma grande rotatividade, em 2022 eu já era vista pelos meus pares como um elemento de referência. Sentia então uma grande responsabilidade e senti que precisava de desenvolver mais competências e mesmo adquirir algum conhecimento novo. Foi nessa altura que decidi integrar o presente curso de mestrado de

forma a adquirir conhecimentos, desenvolver competências, mas nunca esquecendo a parte prática da profissão de enfermagem, pois, segundo Patrícia Benner (2001) “Estudar uma prática socialmente organizada permite uma reflexão coletiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação”.

Tal como referido anteriormente o presente relatório diz respeito à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Esta Unidade Curricular é composta por este relatório e por dois estágios. O primeiro estágio decorreu de 4 de setembro de 2023 a 23 de outubro de 2023 e foi realizado numa unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital da área metropolitana de Lisboa. O segundo estágio decorreu no período entre 24 de outubro de 2023 e 16 de dezembro de 2023 e foi realizado num serviço de urgência geral polivalente de um hospital também localizado na cidade de Lisboa.

Uma vez que pretendo não só adquirir o título de enfermeiro especialista, mas também o título de mestre é necessário demonstrar que desenvolvi também competências neste âmbito, nomeadamente na área de investigação, segundo o artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Para tal, foi conduzida uma investigação sobre a minha temática de interesse que se trata do conforto da família da pessoa em situação crítica, mais concretamente das necessidades de conforto da família pois, é através da identificação destas necessidades que posteriormente conseguimos desenvolver um plano de cuidados e melhorar assim os cuidados e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Desta forma, este será o ponto número um do presente relatório.

No segundo ponto do relatório será realizada uma descrição dos dois locais de estágio escolhidos e uma análise de todas as atividades e competências desenvolvidas no âmbito da aquisição do título de enfermeiro especialista. Para obter este título é necessário demonstrar que foram desenvolvidas as competências comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº 140/2019 e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica descritas no Regulamento nº 429/2018.

Posteriormente será ainda realizada uma conclusão onde se fará uma breve síntese do percurso desenvolvido e uma análise das dificuldades e desafios enfrentados neste caminho, assim como das estratégias utilizadas para os ultrapassar.

Este relatório foi orientado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa e para a realização do mesmo foram utilizadas as normas de referenciação bibliográfica da American Psychological Association 6th Edition.

1 AS NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO: *SCOPING REVIEW*

Introdução

O conforto tem sido um tema bastante desenvolvido na atualidade e os enfermeiros têm demonstrado uma grande preocupação para com a inclusão de intervenções confortadoras na sua prática diária. O conforto pode ser definido como uma “vivência singular e única relacionada às necessidades para além de ser sentido para um cuidado em saúde digno, justo e humanizador” (Sousa, 2020). Constituindo-se não só o doente, mas também a sua família como alvo dos cuidados de enfermagem em contexto de uma situação de doença crítica, o conforto da família surge como uma dimensão que necessita de uma atenção especial e adaptada às suas necessidades (Lima et al., 2022).

Devido à tecnologia e complexidade de procedimentos, os cuidados prestados ao doente crítico, acontecem em ambientes de stress, tornando-se geradores de ansiedade, onde a incerteza da vida é uma constante. Desta forma, não só os profissionais de saúde lidam com situações de incerteza, como também o doente e sua família vivenciam desconfortos que advêm de uma situação causadora de sofrimento (Sá et al., 2015).

Perante a vivência de uma situação de doença crítica, a família pode experienciar diversas necessidades, uma vez que esta é considerada o sistema social básico que se reconhece como uma fonte significativa para assegurar o bem-estar emocional e psicológico dos seus membros (Al-Akash et al., 2021). Perante a incerteza vivida e pelo ambiente de complexidade de cuidados que se vive, as necessidades da família são muitas vezes desvalorizadas pelos enfermeiros (Kaakinen et al., 2015).

Contudo, na relação de cuidado, pela proximidade e relação que os enfermeiros constroem com o doente e a sua família, facilmente se percebe que são estes os profissionais de saúde que se encontram mais capacitados para atenderem às necessidades da família (Kaakinen et al., 2015). Neste sentido, ao identificar e satisfazer as necessidades experienciadas pela família, é possível contribuir para o bem-estar global, especificamente para o seu conforto, como também para o conforto do doente crítico. O cuidado que conforta

emerge da interação e reveste-se da intencionalidade, numa profunda focalização e atenção das necessidades, possibilitando assim que a família esteja capacitada para promover o suporte psicológico e emocional desejável ao seu ente querido (Sousa, 2020; Al-Akash, H. et al, 2021).

Nesta perspetiva, torna-se relevante a realização da presente *scoping review*, que tem como objetivo mapear a evidência científica sobre as necessidades de conforto dos familiares do doente crítico em contexto de cuidados intensivos e/ou serviço de urgência. Este conhecimento valoriza as necessidades de conforto da família, a fim de possibilitar que estas sejam incluídas na prática de enfermagem e, desta forma, promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Materiais e Métodos

A presente *scoping review* assenta nas recomendações do The Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020). Como ponto de partida, foi elaborada a pergunta de investigação: “*Quais as necessidades de conforto da família do doente crítico?*”, de acordo com a mnemónica PCC, em que se definiu a população (P) como a família do doente crítico adulto/idoso, o conceito (C) como as necessidades de conforto e o contexto (C) como os cuidados críticos (unidades de cuidados intensivos e/ou serviço de urgência). Posteriormente, foram definidos os termos livres, assim como os respetivos descritores MeSH e DeCS, que se apresentam no Quadro 1.

Quadro 1 - Termos Livres e respetivos descritores MeSH e DeCS

| | Termos Livres | Descritores MeSH | Descritores DeCS |
|-------------------|---|--|---|
| Conceito 1 | family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister* | Family OR parents OR “Legal Guardians” OR Siblings OR Grandparents | Family OR Parents OR “Guardianship, Legal” OR Siblings OR grandparents |
| Conceito 2 | Comfort OR “Comfort Care” | | Comfort |
| Conceito 3 | “Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*” | “Critical Illness” OR “Critical Care” | “Critically Ill Patients” OR “Critical Illness” OR “Critical Care” |

Foi delineada a estratégia de pesquisa, que numa primeira fase consistiu numa pesquisa livre com os termos definidos em diversas bases de dados, a fim de averiguar a existência de evidência relacionada com o tema em estudo.

Numa segunda fase da pesquisa, recorreu-se a equações delineadas de acordo com as bases de dados CINAHL, Medline, Cochrane, Scopus, Pubmed, utilizando operadores booleanos OR e AND, assim como truncaturas. Com o intuito de realizar uma pesquisa mais alargada e abrangente, não foi definido qualquer limite temporal e foi incluída literatura cinzenta com recurso à plataforma B-on. A estratégia de pesquisa encontra-se listada no Quadro 2, com os respetivos resultados obtidos.

Quadro 2 - Equações de pesquisa e respetivos resultados obtidos

| Base de Dados | Pesquisa | Estratégia de Pesquisa | Resultados |
|----------------------|--------------------------------|---|---|
| <u>CINAHL</u> | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR MH (Family OR Parents OR “Guardianship, Legal” OR Siblings OR grandparents) | 79,730 |
| | #2 | TI (Comfort OR “Comfort Care”) OR AB (Comfort OR “Comfort Care”) OR MH Comfort | 22,720 |
| | #3 | TI (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”) OR AB (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”) OR MH (“Critically Ill Patients” OR “Critical Illness” OR “Critical Care”) | 463,446 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 389 |
| | Filtro | Idade: all adult; adult: 19-44years; middle aged: 45-64 years; aged: 65+ years; aged, 80 & over | 134 |
| | <u>MEDLINE Complete</u> | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR MH (Family OR parents OR “Legal Guardians” OR Siblings OR Grandparents) |
| #2 | | TI (Comfort OR “Comfort Care”) OR AB (Comfort OR “Comfort Care”) | 40,345 |
| #3 | | TI (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”) OR AB (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” | 145,293 |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|--|---|
| | | OR "critical patient*") OR MH ("Critical Illness" OR "Critical Care") | |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 357 |
| | Filtro | Idade: all adult; adult: 19-44years; middle aged: 45-64 years; aged: 65+ years; aged, 80 & over | 161 |
| <u>PUBMED</u> | #1 | (((((family[Title/Abstract] OR parent*[Title/Abstract] OR guardian*[Title/Abstract] OR sibling*[Title/Abstract] OR grandparent*[Title/Abstract] OR brother*[Title/Abstract] OR sister*[Title/Abstract]) OR (Family[MeSH Terms])) OR (parents[MeSH Terms])) OR ("Legal Guardians"[MeSH Terms])) OR (Siblings[MeSH Terms])) OR (Grandparents[MeSH Terms])) | 1,646,672 |
| | #2 | (Comfort[Title/Abstract] OR "Comfort Care"[Title/Abstract]) | 40,461 |
| | #3 | ((("Critical* Ill*[Title/Abstract] OR "Critical Care"[Title/Abstract] OR "critical patient*[Title/Abstract]) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms])) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) | 125,081 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 331 |
| | Filtro | Age – 19+ years | 161 |
| | <u>SCOPUS</u> | #1 | family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister* |
| #2 | | Comfort OR "Comfort Care" | |
| #3 | | "Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*" | |
| #4 | | #1 AND #2 AND #3 | 489 |
| Filtro | | Adult; Aged; Aged, 80 And Over | 218 |
| <u>Cochrane Library</u> | #1 | (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*):ti,ab,kw | 93853 |
| | #2 | MeSH descriptor: [Family] explode all trees | 13412 |
| | #3 | MeSH descriptor: [Parenting] in all MeSH products | 1851 |
| | #4 | MeSH descriptor: [Legal Guardians] explode all trees | 108 |
| | #5 | MeSH descriptor: [Siblings] explode all trees | 170 |
| | #6 | MeSH descriptor: [Grandparents] explode all trees | 27 |
| | #7 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 | 96871 |
| | #8 | (Comfort OR "Comfort Care"):ti,ab,kw | 11 289 |

| | | | |
|------------------------|---------------|--|------------|
| | #9 | “Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”):ti,ab,kw | 5142 |
| | #10 | MeSH descriptor: [Critical Illness] explode all trees | 3281 |
| | #11 | MeSH descriptor: [Critical Care] explode all trees | 2681 |
| | #12 | #9 OR #10 OR #11 | 8167 |
| | #13 | #7 AND #8 AND #12 | 25 |
| Plataforma B-On | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) | 10,043,067 |
| | #2 | TI (Comfort OR “Comfort Care”) OR AB (Comfort OR “Comfort Care”) | 389,160 |
| | #3 | TI (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”) OR AB (“Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*”) | 404,189 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 860 |
| | Filtro | Fornecedor de Conteúdos - RCAAP | 32 |

Obteve-se a totalidade de 731 resultados que foram exportados para a ferramenta *Rayyan*, onde se procedeu à eliminação de 381 duplicados. Posteriormente, foram selecionados os artigos após leitura do título e resumo, de forma cega por 3 revisores independentes, com base nos critérios de inclusão definidos, descritos no Quadro 3. Em casos de discordância recorreu-se a um quarto revisor.

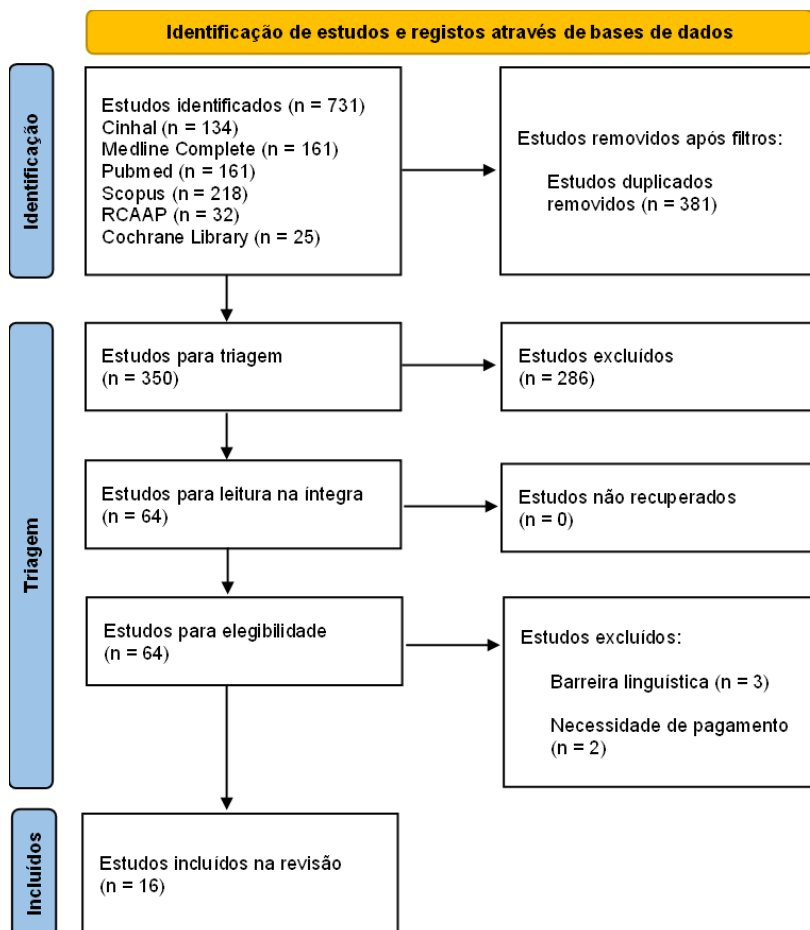
Quadro 3 - Critérios de Inclusão

| Critérios de Inclusão |
|--|
| Família do doente crítico com idade superior a 18 anos |
| Artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola |
| Acesso ao texto integral dos artigos de forma gratuita |

Após discussão obtiveram-se 64 artigos, em que três foram eliminados por barreira linguística e dois por inacessibilidade ao texto integral de forma gratuita. Desta forma, foram analisados 59 artigos na íntegra, tendo-se obtido uma amostra final de 16 artigos. O processo

de identificação e inclusão dos artigos encontra-se representado pelo fluxograma PRISMA (Page et al.,2021), na figura 1.

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão de artigos - Prisma



Resultados

Os artigos incluídos foram realizados entre 2007 e 2023, tendo sido desenvolvidos em diversos locais, na sua maioria nos Estados Unidos da América (n = 6), mas também na Austrália (n = 2), Portugal (n = 1), Reino Unido (n = 1), Noruega (n = 1), Rwanda (n = 1), Malawi (n = 1), África do Sul (n = 1), Paquistão (n = 1) e Egípto (n = 1).

Importa referir que nos estudos mistos, foi utilizado o instrumento “*Critical Care Family Needs Inventory*” (CCFNI), desenvolvido por Molter, que consiste num questionário que inclui 45 necessidades divididas em 5 categorias: segurança, proximidade, informação, conforto e suporte. Através deste instrumento, a população em estudo indica a importância que atribui às suas necessidades, com recurso a uma escala tipo-Likert de quatro pontos (Jorge & Madureira, 2020). Desta forma, constituindo-se o objetivo desta *scoping review*

como a identificação de necessidades relatadas pelos familiares e não a compreensão da importância que cada familiar atribui às suas necessidades, nos artigos em que foi utilizado o instrumento CCFNI, apenas se retiraram para análise necessidades manifestadas pelos familiares em questões abertas.

O quadro 4 expõe as características dos 16 artigos incluídos na *scoping review* no que respeita ao título, autores, ano e país de publicação, metodologia do estudo, nível de evidência de acordo com a JBI (2013), objetivo, participantes, bem como os respectivos resultados encontrados. Os artigos serão representados pela letra A e respetivo número.

Quadro 4 - Características dos artigos incluídos e respetivos resultados

| Identificação do Artigo; Título; Autores; Ano; País de Publicação | Metodologia do Estudo/Nível de Evidência | Objetivo | Participantes | Resultados |
|---|--|---|---|--|
| A1 - A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. Sungeun Yang; 2008; Austrália. | Triangulação de métodos mistos. Nível 2 | Compreender as necessidades e experiências das famílias coreanas na unidade de cuidados intensivos. | 85 familiares, 55 mulheres e 30 homens com idade entre 21 e 70 anos. Dos 85, 25 familiares foram entrevistados, 15 mulheres e 10 homens, entre os 20 aos 60 anos. | Sentir esperança; Ter confiança nos juízos e ações dos profissionais de saúde; Obter informações suficientes e realistas; Obter respostas claras por parte dos profissionais; Receber informações sem recurso a termos médicos; Ter fácil acesso aos médicos e enfermeiros; Sentir disponibilidade por parte dos profissionais para realizar questões sobre o estado de saúde do seu familiar; Ter informação detalhada acerca do tratamento e dos efeitos esperados; Estar próximo do doente física e emocionalmente; Ter ajuda emocional e prática de outros membros da família. |
| A2 - O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica | Estudo exploratório descritivo misto; Nível 2 | Compreender a experiência do conforto da família da pessoa em situação crítica (PSC) em | 10 familiares, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 37 e os 79 anos. | Sentir esperança; Ter profissionais competentes; Saber o que se está a passar com o doente; Ter a situação de saúde/doença do doente resolvida; Ter profissionais atenciosos; Ter um sorriso dos profissionais aquando da receção; Obter alguma perspectiva do diagnóstico; Ter informação atualizada da situação para |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|--|
| <p>Elsa Lima; Patrícia Pontífice Sousa, Rita Marques; 2022; Portugal.</p> | | <p>contexto de urgência.</p> | | <p>organização pessoal e profissional; Ter possibilidade de comprar os medicamentos; Ter possibilidade de conversar com os médicos e os enfermeiros; Receber simpatia por parte dos profissionais; Ter possibilidade de tirar dias para assistência à família; Ter possibilidade de receber mais informação dos profissionais e poder comunicar com eles; Saber como está a situação do doente, mesmo que esteja na mesma; Ter profissionais humanos com os doentes e familiares; Ter proximidade com o doente e com os profissionais; Sentir que o profissional tem paciência e dá atenção; Sentir que o profissional tem disponibilidade; Sentir sensibilidade por parte dos profissionais; Receber informações por parte do profissional relativamente à evolução e prognóstico; Obter informação sobre existência de serviço religioso; Ter orientação no ambiente que é desconhecido; Ter orientação para a assistência social; Ter direito à alimentação; Ter condições físicas nas salas de espera.</p> |
| <p>A3 - Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: <i>Supporting families at the end of life.</i> Karen M. Gutierrez; 2012;</p> | <p>Estudo qualitativo. Nível 3.</p> | <p>Explorar as experiências e necessidades dos membros da família na comunicação do prognóstico em fim de vida numa unidade de cuidados intensivos.</p> | <p>20 familiares, na sua maioria mulheres. Idade entre os 20 aos 70 anos.</p> | <p>Saber informações sobre o estado do doente, o plano de tratamento, o prognóstico e os potenciais resultados durante o internamento na UCI; Ter comunicação de fácil acesso com os enfermeiros; Falar com os médicos; Saber a quem podem fazer questões; Obter uma cronologia clara dos acontecimentos; Utilizar uma linguagem simples e clara; Receber informação com frequência e de forma repetida; Desejar receber informações honestas e realistas, ditas com esperança e apenas quando apropriado; Receber tanto as boas como as más notícias para terem uma "perspetiva" da situação,</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Estados Unidos da América. | | | | uma "verificação da realidade"; Comunicar a informação com compaixão, sensibilidade e um genuíno sentido de carinho; Ter apoio emocional e conforto durante um período de crise; Ter consistência na obtenção de informação; Ter confiança nos profissionais; Perceber que os profissionais se preocupam genuinamente com os doentes e com a família e que "não é apenas o seu trabalho"; Ter uma perspectiva muito holística de cuidados, em que tanto o doente como as famílias são tratados "humanamente". |
| A4 - Family members' experiences of the intensive care unit waiting room Mary Kutash, Linda Northrop; 2007; Estados Unidos da América | Estudo qualitativo. Nível 3 | Explorar as perspetivas dos membros da família sobre as salas de espera das unidades de cuidados intensivos e descrever a sua experiência de espera enquanto o seu familiar estava numa unidade de cuidados intensivos. | 6 mulheres, com idade > 18 anos. | Estar próximo do seu familiar; Sentir conforto e apoio por parte dos profissionais; Sentir compaixão e consideração por parte dos profissionais; Sentir comportamentos de carinho dos profissionais; Ter um local acolhedor, confortável e próximo do ser familiar; Sentir que não são esquecidos nas salas de espera pelos profissionais de saúde; Ter apoio emocional; Ter um sistema de apoio com pessoas em situações semelhantes; Ter envolvimento com outras famílias, que estejam a passar por situações semelhantes; Receber informação sobre o seu familiar; Ter informação na sala de espera que possa orientar os familiares e ajudar; Ter informação atualizada e eficaz. |
| A5 - Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative | Estudo qualitativo descritivo. Nível 3. | Explorar a perceção dos familiares sobre suas necessidades numa unidade de cuidados intensivos num hospital de | 12 familiares, 8 mulheres e 4 homens com idade entre 35 a 64 anos. | Ter informação adequada sobre a evolução do doente; Ser atualizada sobre a gestão e a condição do doente; Ter apoio psicológico, segurança, esperança, profissionais de saúde acessíveis, identidade dos profissionais e proximidade com os doentes; Ter apoio psicológico; Sentir tranquilidade e esperança; Ter profissionais de saúde acessíveis; Estar próximo dos doentes; Ter apoio, incluindo de familiares; |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>study; Angellina Mankhamba Kalolo, Chimwemwe Mula, Rodwell Gundo; 2023; Malawi</p> | | <p>referência no Malawi.</p> | | <p>Ter palavras encorajadoras ou explicações que possam dar esperança por parte dos profissionais; Ter profissionais positivos, simpáticos e capazes de os ajudar sempre que necessitassem de esclarecimentos ou informações específicas acerca dos doentes; Identificação dos profissionais de saúde; Visitar os doentes com frequência; Revisão do protocolo de visitas; Ter abrigo e alimentação; Ter uma sala para descansar e discutir as suas experiências; Ter apoio financeiro; Ter apoio espiritual.</p> |
| <p>A6 - Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study Abbas S Al-Mutair, Virginia Plummer, Rosemary Clerehan and Anthony O'Brien; 2013; Australia</p> | <p>Estudo qualitativo, exploratório, descritivo. Nível 3.</p> | <p>Identificar as necessidades sentidas pelas famílias de doentes da Arábia Saudita internados em Unidades de Cuidados Intensivos em relação à sua cultura e religião.</p> | <p>12 familiares, com idade > 18 anos.</p> | <p>Saber o prognóstico do seu familiar doente; Receber informações consistentes e compreensíveis com termos simples e claros; Obter informação honesta, sendo esta de boas ou más notícias; Ser informado sobre os medicamentos, sinais vitais, procedimentos cirúrgicos, testes e procedimentos; Ser informado sobre o equipamento técnico, os fios e tubos ligados ao doente, bem como o significado dos números e ondas no ecrã dos monitores; Obter respostas às suas questões; Sentir que são bem-vindos; Ter um porta-voz na família que receba as informações e que as divulgue posteriormente com a restante família; Sentir que os profissionais de saúde são positivos, otimistas, esperançosos, usem palavras encorajadoras, mantenham um sorriso e contacto visual; Ter apoio espiritual; Ter a possibilidade de leitura do Alcorão diariamente; Assegurar que o Shahadatain ou o testemunho de fé fosse dado ao seu membro de família doente antes do início da entubação; Estar próximo do familiar doente, poder vê-lo frequentemente e visitá-lo sempre que quisessem; Ter boas instalações na sala de espera, com mobília confortável e com</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | | | facilidade para dormidas; Sentir que os profissionais aceitam e permitem que participem nos cuidados prestados; Ter a unidade de cuidados intensivos bem preparada e equipada; Sentir suporte por forma a ajudá-los a lidar com situações de stress; Ser informados dos serviços sociais; Ter suporte emocional; Ter profissionais que conheçam as necessidades de suporte dos familiares. |
| A7 - The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng Meghan L. Botes, Gayle Langle; 2016; África do Sul | Estudo quantitativo e descritivo. Nível 4a | Determinar as necessidades dos membros da família que acompanham doentes feridos no serviço de urgência, e se essas necessidades foram satisfeitas. | 100 familiares, com idade > 18 anos. | Sentir que o tratamento é prestado com igualdade, independentemente da raça e/ou nacionalidade; Comunicar com os profissionais; Ter proximidade com os doentes; Sentir simpatia e gestos de carinho por parte dos profissionais; Sentir profissionalismo; Sentir que as necessidades físicas dos familiares são atendidas. |
| A8 - The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda P Munyiginya, P Brysiewicz; 2014; Rwanda | Estudo exploratório quantitativo; Nível 4a. | Explorar as necessidades dos familiares de pacientes de Rwanda admitidos numa unidade de cuidados intensivos. | 40 familiares, com idade > 18 anos. | Ter mais recursos por parte do Hospital, como medicação, para que não sejam os familiares a ter de ir levantar as receitas; Obter mais espaço para receber as famílias, como um espaço dedicado para refeições próximo à UCI enquanto esperam por notícias. |
| A9 - What Matters to Patients and Their Families | Estudo qualitativo; Nível 3. | Determinar os aspetos dos cuidados que os doentes e as | 19 doentes e 30 familiares (18 de doentes recuperados e | Ser incluído na comunicação realizada nas passagens de turno; Ter oportunidade de fazer questões; Obter uma comunicação aberta, transparente e frequente pela equipa |

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|---|
| <p>During and After Critical Illness: A Qualitative Study; Catherine L. Auriemma, Michael O. Harhay, Kimberley J. Haines, Frances K. Barg, Scott D. Halpern, Sarah M. Lyon; 2021; Estados Unidos da América</p> | | <p>famílias valorizaram durante a sua permanência na unidade de cuidados intensivos, os resultados a que os doentes e as famílias deram prioridade após a alta hospitalar e os resultados percebidos como equivalentes ou piores do que a morte.</p> | <p>12 de doentes falecidos) .</p> | <p>médica; Sentir que o conforto do doente é assegurado; Sentir que a dor do doente é evitada; Saber que a equipa médica está a fazer tudo pelo doente e que está a prestar os melhores cuidados; Sentir que a equipa médica tentou todas as abordagens terapêuticas benéficas.</p> |
| <p>A10 - State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study Jiyeon Kang, Young-Jae Cho, Seunghye Choi; 2020; Estados</p> | <p>Estudo misto; Nível 2.</p> | <p>Determinar se as intervenções multidisciplinares centradas na família podem aliviar a ansiedade e incerteza na doença e encontrar necessidades das famílias de doentes em estado crítico.</p> | <p>50 familiares, 10 participaram na entrevista semiestruturada. Idade > 18 anos.</p> | <p>Receber informações que satisfaçam as necessidades de segurança e contribuir para esclarecer os sentimentos sobre as incertezas do futuro; Obter informações que incluam o progresso e o prognóstico dos doentes, para que pudessem antecipar o que iria acontecer; Não receber todas as informações em frente aos doentes, tal como resultados desfavoráveis do tratamento, para não desencorajar os doentes e afetar a sua recuperação; Obter uma comunicação de forma direta e clara; Ter a certeza da categoria profissional da pessoa com quem se comunica; Obter informação relativamente à tomada de decisões em conjunto com outros membros da família; Ter maior facilidade em falar com a equipa; Ter estratégias de comunicação sobre más notícias e discutir o planeamento antecipado de cuidados,</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Unidos da América | | | | adaptado aos antecedentes socioculturais do doente e familiares; Ter uma abordagem sensível aos familiares, tendo em conta a idade e a expectativa de recuperação do doente; Ter suporte financeiro; Ter suporte emocional; Ter acesso a melhores condições das salas de espera; Ter horários de visita flexíveis; Ter a possibilidade de permanência junto à cabeceira do doente. |
| A11 - Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: a descriptive cross-sectional study. Younas Ahtisham, Parveen Subia, Victor Gideon; 2016; Paquistão | Estudo transversal descritivo; Nível 4a. | Avaliar a satisfação das famílias com os cuidados prestados aos doentes em unidades de cuidados intensivos em Islamabad, no Paquistão. | 323 participantes - Família direta, outros membros da família e amigos, com idade superior a 18 anos. | Ser envolvido na tomada de decisões; Reduzir o nível de ruído nas unidades de cuidados intensivos; Ter um espaço maior na sala de espera; Ter um horário de visitas mais prolongado. |
| A12 - Family members' satisfaction with critical care: a pilot study Christina Karlsson, Anna Tisell, Asa Engström, Birgitta Andershed; 2011; Reino Unido | Estudo descritivo e retrospectivo; Nível 4a. | Descrever a satisfação dos membros da família com os cuidados prestados numa unidade de cuidados intensivos sueca com base nas seguintes necessidades: segurança, informação, proximidade, apoio e conforto, todas | 35 familiares, só respondidos 34 questionários. | Sentir que o doente recebe o melhor cuidado possível; Ter profissionais presentes e competentes; Obter informação clara, consistente, realista e atempada; Saber constantemente o que estava a acontecer; Ter visitas flexíveis; Estar perto da pessoa doente e sentir que eram importantes para a sua recuperação; Ter a possibilidade de poder telefonar sempre que quisessem; Obter honestidade acerca do estado clínico dos doentes; Ser informado acerca das transferências de serviço; Ter acesso a um quarto de familiares confortável e de bom nível; Ter um local para falar em privado. |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | elas incluídas no <i>Critical Care Family Satisfaction Survey</i> . | | |
| A13 - Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of Relatives Ranveig Lind, Geir F Lorem, Per Nortvedt, Olav Hevrøy; 2012; Noruega | Estudo qualitativo; Nível 3 | Perceber como os familiares experienciam o papel dos enfermeiros no processo de tomada de decisão em situações de fim de vida. | 27 familiares, 20 mulheres e 7 homens, com idades entre 20 e 80 anos. | Sentir compaixão por parte das enfermeiras; Ser envolvido no cuidado ao doente; Sentir que é dada atenção à família; Ter ajuda prática como comida e local para descansar; Sentir que são bem-vindos para visitar o doente e não atrapalham o trabalho dos enfermeiros; Estar à cabeceira do doente e poder vê-lo e tocar-lhe; Ser informado acerca de alterações do estado ou cuidados ao doente; Ser incluídos nas decisões dos cuidados prestados; Obter comunicação direta e clara. |
| A14 - Family satisfaction in Egyptian adult intensive care units: A mixed-method study Sameh Eltaybani, Fatma Refaat Ahmed; 2021; Egípto | Estudo misto; Nível 2. | Analisar a satisfação dos familiares de 6 unidades de cuidados intensivos de adultos de três hospitais universitários de Alexandria, Egípto. | 213 membros de famílias no método quantitativo, e desses, 161 participaram nas entrevistas semi-estruturadas. Idade > 18 anos. | Sentir-se também alvo dos cuidados; Ter possibilidade de permanecer mais tempo junto dos doentes em fim de vida, apesar dos horários de visita restritos; Receber respostas às suas perguntas; Ser incluídos nas decisões sobre o tratamento; Sentir que os profissionais fazem o seu melhor para prestar os melhores cuidados; Ter enfermeiros experientes a cuidar dos doentes; Ter enfermeiros do mesmo sexo a cuidar dos doentes; Ter visitas mais prolongadas e flexíveis; Obter mais recursos, como medicação, análises que precisam de ser realizadas no exterior e para as quais têm de pagar; Ter uma zona de espera dedicada às famílias e instalações mais confortáveis, com casas de banho e cadeiras perto. |
| A15 - Needs of American relatives of intensive care patients: | Estudo prospetivo descritivo; Nível 4a. | Investigar as diferenças entre as perceções dos familiares, | 101 familiares (75% mulheres; idade média de 52 anos), 28 | Sentir compaixão e empatia; Ter um horário de visitas de 24 horas por dia, compreendendo que o pessoal médico pudesse pedir para sair do quarto (temporariamente) a qualquer altura; |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>Perceptions of relatives, physicians and nurses Janice L. Hinkle, Eleanor Fitzpatrick; 2011; Estados Unidos da América</p> | | <p>médicos e enfermeiros sobre as necessidades dos familiares de doentes críticos internados em 6 unidades da divisão de cuidados intensivos de um grande centro médico terciário americano.</p> | <p>médicos (60% mulheres; idade média de 35 anos) e 109 enfermeiros (77% mulheres; idade entre 22 e 57 anos).</p> | <p>Receber informações sobre o doente no mínimo uma vez por dia; Ter mobiliário confortável na sala de espera, como uma cama ou sofás; Ter um local privado para consolar a família em situações de transmissão de más notícias; Ter a garantia de que os doentes estão a receber os melhores cuidados.</p> |
| <p>A16 - Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions Karen Elizabeth Maxwell, Diane Stuenkel, Coleen Saylor; 2007; Estados Unidos da América</p> | <p>Estudo descritivo exploratório; Nível 4a.</p> | <p>Explorar as diferenças nas perceções das necessidades dos familiares de doentes em estado crítico com as perceções dos enfermeiros e em que medida essas necessidades foram satisfeitas.</p> | <p>20 familiares e 30 enfermeiros de cuidados intensivos.</p> | <p>Sentir compaixão; Ter acomodação; Obter resposta às perguntas; Ter enfermeiros atenciosos; Ter horários de visita flexíveis; Obter exceções às regras; Ter oportunidade de um local para dormidas para a família; Serem atualizados diariamente e de forma completa acerca da situação clínica; Receber chamadas quando ocorrerem alterações ao estado clínico do doente; Serem procurados para realizar visitas; Obter comunicação direta e aberta com os médicos; Obter contacto direto com os médicos; Ter explicações oferecidas; Ter enfermeiros bem informados; Sentir que as necessidades da família são avaliadas e que há um esforço para as satisfazer; Ter acesso a capelães, voluntários, que conversem com a família diariamente e prestem apoio físico, espiritual e emocional; Ter acesso a um ambiente físico e espaço privado; Ter acesso a um telefone; Sentir que são aceites e bem-vindos pelos profissionais.</p> |

Discussão dos Resultados

Os artigos que constituíram a amostra final foram desenvolvidos em 10 países diferentes, o que permitiu obter uma variedade de necessidades que englobam contextos e populações distintas. A maioria dos artigos incluídos para a realização desta *scoping review* apresentam metodologia qualitativa, no entanto, também foram incluídos estudos mistos.

Após a análise criteriosa dos artigos selecionados, e com a identificação das necessidades de conforto da família do doente crítico, estas foram agrupadas e distribuídas em seis dimensões que se relacionam com a informação, ambiente, interação/relação, psicológica e espiritual, fisiológica e económica, e que se encontram representadas no quadro 5.

Quadro 5 - Necessidades da Família Agrupadas por Dimensões

| Necessidades Agrupadas por Dimensão | | Identificação do Artigo |
|---|---|--|
| Informação | Participar nas passagens de turno. | A9. |
| | Ter oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento e obter respostas. | A6; A9; A14; A16. |
| | Obter informação clara, completa, detalhada, honesta, direta, realista e atualizada. | A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16. |
| | Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente. | A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16. |
| | Receber informação com frequência, de forma repetida e consistente. | A3; A6; A9. |
| | Receber informação sem recurso a termos médicos. | A1; A3; A6. |
| | Saber com quem podem falar ou fazer questões e a respetiva classe profissional. | A3; A5; A10. |
| | Ter a possibilidade de telefonar sempre que quisessem. | A12. |
| | Obter informação sobre serviços religiosos ou sociais. | A2; A6. |
| | Ser informado sobre os medicamentos, sinais vitais, procedimentos cirúrgicos, testes, procedimentos, equipamento técnico, fios e tubos ligados ao doente, bem como o significado dos números e ondas no ecrã dos monitores. | A6. |
| | Obter comunicação com os profissionais de saúde, de forma aberta e transparente. | A7; A9; A10; A16. |
| | Receber as más notícias longe dos doentes para não desencorajar a sua recuperação. | A10. |
| Ter estratégias de comunicação de más notícias. | A10. | |

| | | |
|---|---|--|
| Ambiente | Ter condições físicas adequadas nas salas de espera. | A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16. |
| | Ter proximidade das salas de espera, com acesso a comida e WC. | A8; A14. |
| | Ter um ambiente confortável e acolhedor. | A2; A4. |
| | Ter instalações confortáveis para pernoitar/descansar. | A5; A6; A12; A13; A16. |
| | Reduzir o nível de ruído das UCI. | A11. |
| | Ter um local privado para falar com a família ou consolar em situações de transmissão de más notícias. | A12; A15; A16. |
| | Ter a unidade de cuidados intensivos bem preparada e equipada. | A6. |
| Interação/Relação | Ter abordagens de forma respeitosa, sensível, carinhosa, atenciosa e solidária. | A2; A3; A4; A10; A16. |
| | Sentir compaixão por parte dos profissionais. | A4; A13; A15; A16. |
| | Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente. | A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14. |
| | Sentir apoio, simpatia, carinho, otimismo, sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais. | A1; A2; A4; A5; A6; A7. |
| | Possibilidade de serem envolvidos nos cuidados e tomadas de decisão. | A6; A13; A14. |
| | Obter atitudes/interações positivas. | A2, A5; A6. |
| | Sentir que são acolhidos e bem-vindos. | A13; A16. |
| | Sentir que não atrapalham o trabalho dos enfermeiros. | A13. |
| | Ter fácil acesso aos médicos e enfermeiros. | A1; A3; A5; A10; A16. |
| | Sentir que os profissionais são competentes e experientes. | A2; A7; A9; A12; A14; A16. |
| | Sentir paciência por parte dos profissionais | A2. |
| | Sentir-se alvo de cuidados. | A4; A14; A16. |
| | Sentir proximidade com os profissionais | A2. |
| | Ter confiança nos profissionais | A1; A3. |
| | Sentir que os profissionais se preocupam genuinamente com os doentes e com a família. | A3. |
| | Sentir que os profissionais são humanos com os doentes e familiares. | A2; A3. |
| | Ter a garantia de que os doentes estão a receber os melhores cuidados. | A9; A12; A14; A15. |
| | Ter apoio por parte dos familiares. | A5. |
| | Ter visitas flexíveis. | A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16. |
| | Ter partilha de experiências com pessoas em situações semelhantes. | A4. |
| Ter um porta-voz na família que transmita a informação recebida aos restantes familiares. | A6. | |
| P | Sentir segurança, | A5. |

| | | |
|--------------------|--|--------------------------|
| | Ter a garantia de conforto do doente. | A9. |
| | Sentir esperança. | A1; A2; A3; A5; A6. |
| | Ter suporte emocional, psicológico e espiritual, por parte dos profissionais e de outros familiares. | A1; A3; A4; A5; A6; A10. |
| | Ter assistência religiosa | A6; A16. |
| | Ter profissionais do mesmo sexo a cuidar dos doentes. | A14. |
| | Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade. | A7. |
| | Ter resolvida a situação de saúde/doença do doente. | A2. |
| | Sentir que a equipa médica tentou todas as abordagens terapêuticas benéficas. | A9. |
| Fisiológica | Ter direito à alimentação. | A2; A13; A5. |
| | Sentir que as necessidades físicas dos familiares são atendidas. | A7. |
| Económica | Ter apoio financeiro. | A2; A5; A8; A10; A14. |
| | Poder tirar dias para assistência à família | A2. |

Com a análise dos resultados obtidos constata-se que a dimensão com maior número de necessidades manifestadas é a da interação/relação. Por outro lado, as necessidades menos mencionadas inserem-se na dimensão fisiológica e económica.

Averiguaram-se necessidades com maior expressão, evidenciadas em vários dos artigos incluídos, em primeiro lugar o “*Obter informação clara, completa, detalhada, honesta, direta, realista e atualizada*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), de seguida o “*Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16) e por último o “*Ter condições físicas adequadas nas salas de espera*” (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16), como também o “*Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14).

Dimensão da Informação

No que concerne às necessidades na dimensão da informação, as mais identificadas pela família foram: “*Obter informação clara, completa, detalhada, direta, realista e atualizada.*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), “*Obter informação*

sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente.” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16.), *“Ter oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento e obter respostas.”* (A6; A9; A14; A16), *“Saber com quem podem falar ou fazer questões e a respetiva classe profissional.”* (A6; A9; A14; A16) e *“Obter comunicação com os profissionais de saúde, de forma aberta e transparente.”* (A7; A9; A10; A16).

A análise dos artigos revelou que a família necessita de obter informação sobre o estado de saúde do doente, a sua evolução e tudo o que se encontre relacionado com o seu familiar (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16). De referir também que esta informação tem de ser transmitida de forma perceptível para a família, por forma a que se possam preparar para o futuro (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), sem ocultar informação (A7; A9; A10; A16). Referem ainda que é comum surgirem dúvidas e que gostariam que existisse abertura por parte dos profissionais para que estas pudessem ser esclarecidas (A6; A9; A14; A16).

A identificação dos profissionais foi também um aspeto mencionado, tendo sido referido com frequência que os familiares não tinham conhecimento da classe profissional com quem contactavam (A3; A5; A10).

Houve ainda artigos que, na opinião das autoras, e tendo em conta a realidade dos serviços de saúde portugueses, não se transpõem para a mesma, nomeadamente a possibilidade de os familiares participarem nas passagens de turno (A9), como também a de contactarem o serviço telefonicamente a qualquer momento (A12). Uma das melhorias apontadas centrou-se na forma de comunicação de más notícias e do local onde esta era transmitida, tendo-se revelado como um aspeto surpreendente para as autoras, uma vez que é uma preocupação constante da prática de cuidados portuguesa (A10).

Dimensão relacionada com o ambiente

Relativamente às necessidades na dimensão relacionada com o ambiente, *“Ter condições físicas adequadas nas salas de espera”* (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16) e *“Ter instalações confortáveis para pernoitar/descansar”* (A5; A6; A12; A13; A16) foram as mais referidas pelas famílias.

As famílias preocupam-se bastante com as condições físicas das salas de espera (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16), particularmente com a existência de um espaço acolhedor (A2; A4) e também com a inexistência de condições para descanso e até mesmo para poderem passar a noite (A5; A6; A12; A13; A16). Alguns referiram ainda, que as salas

de espera não tinham qualquer local próximo onde pudessem adquirir alimentação, nem com presença de casas de banho (A8; A14). O ruído, apesar de ser um fenómeno bastante estudado e caracterizado como perturbador num ambiente de cuidados críticos, salienta-se que apenas um dos estudos referiu este fenómeno como incomodativo (A11).

Dimensão da Interação/Relação

Na dimensão da interação/relação, as necessidades mais mencionadas pelos familiares foram: “*Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente.*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14), “*Sentir apoio, simpatia, carinho, otimismo, sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais.*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7), “*Sentir que os profissionais são competentes e experientes.*” (A2; A7; A9; A12; A14; A16) e “*Ter visitas flexíveis.*” (A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16).

Esta dimensão foi a que evidenciou mais necessidades mencionadas pelas famílias. O foco principal dos familiares prendeu-se com a necessidade da proximidade com o doente, tanto a nível físico como emocional (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14), sendo que para que tal fosse possível, sugeriram que a política das visitas fosse revista, por forma a possibilitar maior flexibilidade de horário e uma maior permanência junto dos doentes (A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16). Para além do exposto, referiram a importância para com os cuidados prestados de forma competente (A2; A7; A9; A12; A14; A16), e com profissionais carinhosos, simpáticos, sensíveis, disponíveis (A1; A2; A4; A5; A6; A7), humanos (A2; A3) e preocupados (A3). Desta forma, a família sentia que os seus familiares estariam a receber os melhores cuidados possíveis (A9; A12; A14; A15) e que também ela se sentia alvo de cuidados (A4; A14; A16).

Dimensão Psicológica/Espiritual

Nas necessidades englobadas na dimensão psicológica/espiritual, as referidas com maior frequência foram: “*Sentir esperança.*” (A1; A2; A3; A5; A6) e “*Ter suporte emocional, psicológico e espiritual, por parte dos profissionais e de outros familiares.*” (A1; A3; A4; A5; A6; A10).

Constatando-se a situação crítica do doente uma fonte de stress e um fator desestabilizador para a família, estas mencionaram a necessidade de ter apoio emocional, psicológico e espiritual (A1; A3; A4; A5; A6; A10). Pela vivência da incerteza decorrente da gravidade da situação clínica, as famílias manifestaram o desejo de sentir esperança (A1; A2; A3; A5; A6).

Importa referir que algumas das necessidades levantadas pelas famílias se justificam tendo em conta as diferenças culturais dos vários países onde foram desenvolvidos os artigos incluídos, nomeadamente “*Ter profissionais do mesmo sexo a cuidar dos doentes*”, (A14) “*Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade.*” (A7), bem como a necessidade de “*Ter assistência religiosa*” (A6; A16), que foi expresso no artigo 6 como: “*Ter a possibilidade de leitura do Alcorão diariamente*” (A6) e “*Assegurar que o Shahadatain ou o testemunho de fé fosse dado ao seu membro de família doente antes do início da entubação*” (A6).

Dimensão Fisiológica

No que respeita às necessidades da dimensão fisiológica, esta foi mencionada apenas em três artigos, sendo que a necessidade mais manifestada foi o ter direito à alimentação (A2, A13, A5).

Existiu ainda um estudo que referiu que os familiares gostariam que houvesse uma preocupação para com a satisfação das suas necessidades físicas (A7).

Dimensão Económica

Em cinco dos artigos incluídos, onde se verificou a existência de poucos recursos a nível financeiro, foi referida a necessidade de ter apoio económico (A2; A5, A8; A10; A14).

No único artigo que foi encontrado com a realidade da população portuguesa, foi identificada a necessidade de poder ter direito a dias para assistência à família (A2).

Conclusão

A realização desta *scoping review* permitiu a identificação das necessidades de conforto da família do doente crítico, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, o que possibilitou dar resposta ao objetivo e à pergunta de investigação.

Concluiu-se que a família do doente crítico manifesta grande diversidade de necessidades que se relacionam com as dimensões: informação, ambiente, interação/relação, psicológico/espiritual, fisiológica e económica.

Na relação com as dimensões encontradas, urge referir que a informação e a relação/interação revelaram-se em maior destaque. Em contrapartida, as fisiológicas e económicas surgiram com menor evidência para a família do doente crítico.

Este estudo alcançou resultados oportunos, no entanto, sugere-se a realização de novas abordagens, onde se procure desocultar intervenções de enfermagem aos familiares do

doente crítico na relação com as diferenças culturais e contextuais, que possam encontrar sentido com as necessidades de conforto identificadas, com o intuito de incrementar a satisfação das famílias e, desta forma, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, a identificação das necessidades, nas suas diversas dimensões, permite assegurar o conforto da família. Nesta perspetiva, assume-se que ao atender e satisfazer as necessidades da família, é possível capacitá-la a fornecer o conforto desejável ao doente crítico, prestando-se assim um cuidado holístico e humanizador.

2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendo descrever e analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas e demonstrar de que forma foram desenvolvidas as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Para tal, e como já referido anteriormente, foram realizados dois estágios, cada um com a duração de 180 horas. A escolha dos locais de estágio coube-me a mim, com posterior autorização, tanto da faculdade, como do próprio local de estágio. Para o primeiro estágio escolhi uma unidade de cuidados intensivos polivalente situada em Lisboa e para o segundo estágio optei por um serviço de urgência geral polivalente de um hospital também localizado na cidade de Lisboa.

Para cada um dos estágios foi realizado um projeto de estágio onde foram identificados um objetivo geral e dois objetivos específicos. O objetivo geral foi comum para ambos os estágios e foi o seguinte: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica**, tanto no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, como no contexto de Serviço de Urgência Polivalente.

Importa ainda referir que não só o terceiro semestre deste curso contribuiu para o cumprimento dos objetivos proposto, todo o percurso teve influência neste último semestre. Desta forma, importa referir o estágio realizado na unidade curricular de Vigilância e Decisão Clínica. Este estágio foi realizado num Serviço de Hemodiálise de um hospital da periferia de Lisboa. Este estágio teve também a duração de 180 horas e o mesmo contribuiu em muito para o meu percurso enquanto futura enfermeira especialista. No decorrer do mesmo e através da prática baseada na evidência descobri que, no procedimento de colocação de cateter venoso central a desinfeção da pele estava a ser realizada com

iodopovidona e não com clorexidina a 2% em álcool, tal como preconizado no feixe de intervenção da Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 da Direção Geral da Saúde. Como tal sugeri realizar uma instrução de trabalho do procedimento direcionada para a equipa de enfermagem, tendo em atenção todas as diretrizes existentes. A instrução de trabalho encontra-se no Apêndice I. Assim posso afirmar que este estágio me permitiu desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na medida em que concebi um “plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” e ao mesmo tempo liderei “o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento nº 429/2018, 2018). Ao mesmo tempo posso dizer que desenvolvi a competência comum do enfermeiro especialista de desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No decorrer do ponto dois deste relatório continuarei a analisar o meu percurso ao longo do terceiro semestre deste curso de mestrado. É importante referir que ao realizar esta reflexão demonstro que atuo segundo os princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento nº 140/2019, 2019). Isto porque um dos valores universais da nossa profissão é “A competência e o aperfeiçoamento profissional”, segundo a Lei nº 156/2015, que significa que é necessário haver a atualização de conhecimentos e a construção e a aquisição de competências. Logo, todo este percurso e até mesmo a inscrição neste curso de mestrado demonstra isto.

2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O primeiro estágio foi realizado no período de 4 de setembro a 23 de outubro de 2023 e teve lugar numa unidade de cuidados intensivos polivalente de Lisboa.

“A Unidade de Cuidados Intensivos presta cuidados a pessoas doentes em estado crítico, ou seja, aquelas que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas do seu organismo, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.” (<http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/71-unidade-cuidados-intensivos>, consultado a 21/01/2024).

A unidade escolhida tem uma capacidade para receber 6 doentes que requerem cuidados de nível II e 19 doentes que requerem cuidados de nível 3. Sendo que 2 das camas de nível 3 são dois quartos de isolamento com pressão negativa. Importa recordar que as unidades de nível dois têm acesso a monitorização invasiva e as de nível três para além disso exigem uma equipa médica e de enfermagem própria e em permanência durante as 24 horas do dia, equipa esta que deve ter formação em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003). Os rácios assegurados na unidade são de 1 enfermeiro para um máximo de 3 doentes de nível 2 e de 1 enfermeiro para um máximo de 2 doentes de nível 3. A unidade está então dividida em 4 salas e 2 quartos de isolamento com pressão negativa, sendo que as salas são *open space*. Em cada sala existe um carro de emergência.

Cada unidade do doente está equipada com um ventilador, um monitor, um insuflador manual, seringas infusoras, bombas infusores, aspirador, entre outros. De forma a garantir a privacidade dos doentes num local que é *open space*, cada unidade tem uma cortina com a capacidade de cobrir a mesma.

A equipa deste serviço dá ainda resposta às Emergências Médicas Intra-Hospitalares, ou seja, em cada turno há sempre um médico e um enfermeiro escalados, sem doentes atribuídos, que ficam encarregues de atuarem em caso de existir uma emergência intra-hospitalar. Um requisito do enfermeiro desta equipa é ser especialista. Apesar de não ter tido a oportunidade de acompanhar esta equipa percebo a sua importância, uma vez que a mesma traz “ganhos diretos para o doente, nomeadamente no que concerne a uma atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da sobrevivência e diminuição de complicações imediatas e tardias” (Marques, 2021).

Nesta unidade de cuidados intensivos podemos encontrar maioritariamente utentes com insuficiências e falências hepáticas e/ou renais e/ou pancreáticas, pós-operatórios complexos, pós-transplantes, doenças autoimunes, entre outras.

Este foi um estágio que já previa ser muito exigente, não só pelo grau de complexidade de uma unidade de cuidados intensivos, mas também por se tratar de uma unidade de referência. Para além disso, este é um contexto pelo qual nunca tinha passado, nem no meu percurso académico, nem em contexto profissional.

Desta forma, para este estágio foram definidos dois objetivos específicos. O primeiro foi **“Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”**. O segundo objetivo específico foi **“Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem confortadores da família da pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos”**.

Comecei este estágio por conhecer o espaço físico do serviço, conhecer as “rotinas” de cada turno e as principais patologias. Mais uma vez relembro que nunca tinha passado por uma unidade de cuidados intensivos. Assim, fui para a minha primeira semana de estágio muito receosa pois via-me como iniciada, como alguém sem experiência nenhuma de acordo com Benner (2001). Desta forma, uma grande necessidade que senti foi a de atualizar os meus conhecimentos sobre determinados procedimentos e instrumentos existentes na unidade de cuidados intensivos, como a ventilação mecânica invasiva e os cuidados inerentes à pessoa submetida a isto, a monitorização contínua com recurso a linha arterial, técnicas dialíticas contínuas, entre outros, e até mesmo sobre terapêutica específica deste nível de cuidados. Toda esta preparação achei um passo fundamental no meu caminho, uma vez que permitiu garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, 2019). No entanto, segundo Benner (2001) uma dificuldade que os iniciados têm é a de articular os conhecimentos teóricos com a prática que estão a vivenciar e eu não senti essa dificuldade. Pelo contrário, eu estava a conseguir utilizar muita da minha experiência obtida em contexto de urgência geral e a transpô-la para aquele ambiente. Ou seja, eu já conhecia a teoria e já a aplicava à prática, no entanto, à prática da urgência e aqui o que eu precisava era de adaptá-la à nova realidade em que estava inserida, os cuidados intensivos. E ao longo do estágio vim a descobrir que esta minha experiência em urgência foi uma mais-valia naquele contexto. Um exemplo disto foi um doente que necessitava de cuidados de nível II precisava de iniciar ventilação não invasiva, neste caso uma ventilação de bi-nível. Tratava-se também de um doente que após a alta, em domicílio, teria de cumprir este tratamento diariamente no

período noturno. Sendo assim, foi arranjado um equipamento que posteriormente pudesse acompanhar o doente para o domicílio. Estes equipamentos são raros de ser utilizados em contexto de unidade de cuidados intensivos, no entanto, em serviço de urgência são utilizados diariamente. Desta forma, quando foi necessário definir os parâmetros no equipamento e montar o circuito, ninguém na unidade o sabia fazer, nem médicos, nem enfermeiros. Como já tinha partilhado com o enfermeiro orientador que utilizamos muitas vezes estes equipamentos ele foi-me chamar e eu expliquei à equipa daquela unidade de cuidados intensivos. Uma ferramenta que também ajudou neste processo foi o workshop em que tive a oportunidade de participar na Unidade Curricular do segundo semestre de Patologia e Terapêutica, realizada pela Academia Linde (Anexo I). Assim mostrei que sou capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Relativamente ao tema da segurança, a unidade de cuidados intensivos é um local onde se verifica que cada doente tem um plano de medicação muito complexo, tendo a maior parte das vezes em perfusão ao mesmo tempo num único cateter venoso central mais fármacos que o número de lúmens desse mesmo cateter. Desta forma torna-se imprescindível conhecer as compatibilidades dos vários fármacos de forma a conseguir conciliar toda a terapêutica necessária. Para tal fui recorrendo a tabelas de compatibilidade medicamentosas e até mesmo a algumas aplicações informáticas que me auxiliaram nesta gestão, de forma a garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Esta terapêutica é toda administrada através de cateteres venosos centrais, ou seja, o seu manuseamento e até mesmo a sua colocação são práticas diárias nas unidades de cuidados intensivos. Desta forma, a instrução de trabalho realizada no estágio do segundo semestre (Apêndice I) trouxe-me uma grande mais-valia pois já estava familiarizada com a mesma e já estava desperta para o risco e para o controlo de infeção, que é algo tão importante. Importa lembrar que as infeções associadas aos cateteres são das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos, juntamente com as pneumonias associadas à ventilação mecânica, as infeções do local cirúrgico e as infeções do trato urinário associadas ao cateter urinário (Blot et al., 2022).

Reitero então a ideia de que uma unidade de cuidados intensivos, para além de se destacar pela complexidade dos cuidados, também se destaca pelo elevado risco de infeção que os doentes têm. Isto porque os doentes que aqui estão internados necessitam de vários dispositivos, como já foi referido, entre eles o tubo orotraqueal, cateter venoso central,

cateter de hemodiálise, cateter de linha arterial, algália, drenos, entre outros. Sendo assim torna-se imperativo a prevenção e o controlo de infeção e o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção descritas na Norma nº 029/2012 da Direção-Geral da Saúde.

Durante a minha estadia nesta unidade, a mesma estava a passar por um surto da bactéria *Acinetobacter baumannii*. Este surto foi notificado pela equipa médica uma vez que vários doentes daquela unidade tinham testado positivo para esta bactéria na colheita de lavado brônquico. Assim que foi notificado o surto o serviço teve de imediato a visita do Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do hospital que foi observar o serviço em si e as práticas realizadas no mesmo. Posteriormente foi realizada uma limpeza e desinfeção integral de todo o serviço e, após isso a equipa do GCL-PPCIRA fez uma apresentação na unidade onde expôs o que tinha sido observado e foram feitas sugestões de melhoria e foram ainda pedidas sugestões às várias categorias profissionais que lá trabalhavam. Marcaram ainda sessões formativas para todas as pessoas que habitualmente frequentam a unidade. Tive a oportunidade de assistir ao início de todo este processo o que me permitiu ver em primeira mão de que forma se pode maximizar “a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Uma outra questão também importante, mas muitas vezes esquecida neste ambiente tão complexo é a família. Não me alongo na explicação do porquê da família ser também uma parte essencial do cuidado de enfermagem, uma vez que já foi feita essa análise no ponto um deste relatório. No entanto, e segundo Avgeri et al (2023) o apoio e as visitas da família reduzem o tempo de internamento de um doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos. Desta forma, este foi um tema que me interessou desde o início da minha atividade profissional, principalmente na área do doente crítico em que os profissionais tendem a focar a sua atenção no doente deixando para segundo plano a família. Mas a família também sofre com a doença crítica do doente e é por isso necessário fazer dela também um alvo dos nossos cuidados. A hospitalização de um doente crítico tem impacto na saúde mental da família (McPeake et al, 2021).

Sendo assim, quando comecei a estagiar na unidade de cuidados intensivos não queria perder esse foco, logo tive sempre a preocupação de ir falar com os familiares que visitavam os doentes internados, perceber as suas expectativas, os seus receios, questões que pudessem ter e dar-lhe informações de enfermagem relativas ao seu familiar.

Recordo ainda uma situação em que tínhamos uma doente internada que não tinha na sua ficha de admissão contactos telefónicos de familiares. Nas passagens de turno dizia-se que se tratava de uma pessoa que tinha a condição de "Sem abrigo", mas houve alguém que referiu que todos os dias havia um homem que a ia visitar e que nunca ficava mais de 5 minutos, não falava com ninguém e também nunca nenhum profissional de saúde o tinha abordado. No primeiro dia em que fiquei com essa doente sabia que queria explorar mais esta questão. Na hora da visita o homem chegou e eu fui apresentar-me ao mesmo, tentei conversar com ele mas não se mostrou muito disponível. No entanto, reparei num pormenor. Parecia que ele tocava na doente com algum receio e olhava para todos os fios que a rodeavam. Comecei com ele a desmistificar esse medo e a explicar-lhe para que servia cada dispositivo que estava conectado à sua familiar.

No dia seguinte fiquei responsável pela mesma doente e, na hora da visita desloquei-me novamente junto dele. Voltei a apresentar-me e reparei que desta vez já lhe estava a dar a mão. Tentei novamente conversar com ele e consegui perceber que era o esposo da doente. Averigui também que não existia nenhum contacto na ficha de admissão pois o mesmo não tinha um telemóvel. No entanto tinha um telefone fixo. Apontei o mesmo e perguntei-lhe qual o horário em que normalmente estaria em casa, caso houvesse a necessidade de o contactar. Percebi ainda que não ficava mais tempo na visita pois era ele e a doente que estavam responsáveis pelos 3 netos pois a mãe dos mesmos teria falecido há cerca de 3 anos, e as três crianças saíam da escola pelas 17h, altura em que os ia buscar. Com a autorização da chefia da equipa consegui que o autorizassem a vir mais cedo visitar a doente, de maneira a poder ter uma visita mais prolongada. Desta forma demonstrei saber cuidar "da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica", estabelecendo e gerindo a relação terapêutica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Sendo a família um tema de interesse pessoal e de maneira a demonstrar competências de mestre, nomeadamente na área da investigação foi realizada uma *scoping review* em conjunto com duas colegas do mesmo curso de mestrado, em que o tema eram as necessidades de conforto da família do doente crítico (Apêndice II). A primeira pesquisa em bases de dados desta *scoping review* serviu posteriormente para a realização de uma sessão formativa na unidade de cuidados intensivos realizada por mim e por outra colega que também estagiou nesta unidade. Para a sessão foi realizado um plano de sessão (Apêndice III) e uma apresentação em power point (Apêndice IV). A sessão contou com a presença de 10 enfermeiros e durante essa sessão verificou-se a participação ativa de todos, partilhando experiências e até mesmo pedindo sugestões de melhoria para aplicarem no serviço. Foi

ainda realizada uma tabela de avaliação (Apêndice V) que foi posteriormente fornecida aos participantes. Constatou-se que o feedback foi muito positivo, tal como se verificou nos resultados da avaliação (Apêndice VI). Com esta pesquisa foi ainda realizado um poster (Apêndice VII) para participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Em anexo encontra-se o certificado de participação no seminário (Anexo II) e o certificado de apresentação de poster no seminário (Anexo III).

Com a conclusão deste estágio posso afirmar que ultrapassei os meus receios e que cresci muito, não só como enfermeira, mas também como pessoa. Aproveitei ao máximo estas 180 horas, retive toda a informação possível e desenvolvi muitas competências de enfermeiro especialista. Acrescento ainda que levei muito deste conhecimento e competências desenvolvidas para a minha prática do dia a dia no serviço de urgência.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O segundo estágio do 3º semestre foi realizado num serviço de urgência polivalente, no período de 24 de setembro a 16 de dezembro de 2023.

Segundo o despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto a Rede de Serviços de Urgência é constituída por 3 níveis de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2014).

De acordo com o mesmo despacho (Ministério da Saúde, 2014), “Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência.” Os SUMC são utilizados para utentes que precisem de cuidados mais diferenciados e tem como valências obrigatórias: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica. As SUP são o “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência”, tendo na sua composição valências como: neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia máxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva.

O Serviço de urgência escolhido é então um serviço de urgência polivalente. O mesmo é constituído por dois postos de triagem, um posto de colheita de testes de despiste de Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-Cov2), uma sala de reanimação com capacidade para quatro utentes, uma área de balcões, uma área de macas, uma área de inalatórios, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de trauma, um gabinete e sala de psiquiatria, um gabinete de otorrinolaringologia, um gabinete de apoio à gastrologia, uma sala de observação com capacidade para doze doentes mais um quarto de isolamento com possibilidade para ajuste de pressão positiva ou negativa.

Os objetivos específicos definidos para este estágio foram: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de Serviço de Urgência Polivalente e Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem confortadores da família da pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência Polivalente.**

Uma vez que o meu contexto laboral é um serviço de urgência, ou seja, já ia para este local de estágio com alguma experiência, quis focar o meu estágio maioritariamente na sala de reanimação e também na gestão da equipa. De qualquer das maneiras decidi passar pelo menos uma vez por cada um dos postos de trabalho daquele serviço, de forma a perceber melhor a dinâmica do mesmo e também a facilitar a função de gestão da equipa.

A sala de reanimação desta urgência situava-se num local estratégico, perto da entrada da urgência e ao mesmo tempo em frente à triagem, local onde os doentes são avaliados pela primeira vez por um enfermeiro. Isto vai de encontro ao preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019).

Os enfermeiros que estavam escalados na reanimação eram enfermeiros com pelo menos 2 anos de experiência naquele serviço de urgência e tinham de ter formação em suporte avançado de vida. Antes de assumirem sozinhos os turnos na sala de reanimação, cada enfermeiro passa por uma integração com um elemento mais velho. Esta integração à sala de reanimação tem a duração de pelo menos 3 turnos, de forma a conhecerem todos os recursos disponíveis naquela sala. Apesar de estar apenas um enfermeiro escalado na sala de reanimação, se for necessário a ajuda de outro enfermeiro, o chefe de equipa de enfermagem ou o segundo elemento da triagem são mobilizados para a sala de reanimação.

Na minha opinião um dos aspetos mais importantes de uma sala de reanimação é a comunicação e o trabalho em equipa com os vários profissionais. É nesta sala que são abordados os doentes mais complexos e muitas vezes é necessária a colaboração de profissionais de saúde de várias áreas. Se a comunicação não for eficaz e não houver trabalho de equipa o resultado disso pode ser prejudicial para o doente.

É também na sala de reanimação que são abordados todos os doentes críticos, nomeadamente os doentes que integram as várias vias verdes, nomeadamente Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Coronária, Via Verde Sepsis e Via Verde Trauma (Despacho nº 10319/2014, 2014). A via verde do acidente vascular cerebral foi aquela com que mais contacto tive e que tem na sua execução um protocolo terapêutico complexo, a terapêutica trombolítica. Durante o meu estágio tive a necessidade de lidar com este processo variadas vezes, inclusive tive oportunidade de introduzir o mesmo a alguns elementos mais novos da equipa daquela urgência, explicando as indicações, os riscos e a vigilância necessária, de forma a antecipar a instabilidade e risco de falência multiorgânica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Trata-se de outro exemplo em que garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, para além de se tratar de um processo complexo, trata-se também de uma situação emergente. Sendo que uma situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018). Começando pelo tempo de deteção dos primeiros sinais e sintomas, ao tempo de chegada ao hospital e atuação, tudo isto e a necessidade de vigilância apertada tornam esta situação uma emergência. Assim, posso afirmar que durante este estágio geri os cuidados em situações de emergência (Regulamento nº 429/2018, 2018). Relembro-me ainda de outras situações de emergência que experienciei na sala de reanimação deste serviço de urgência, como paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio, entre outro.

Focando agora a atenção para a altura em que me deparei com um enfarte agudo do miocárdio na sala de reanimação. Assim que foi diagnosticado o mesmo, o doente foi medicado com a medicação de primeira linha e posteriormente foi transportado para o hospital do mesmo centro hospitalar que estava equipado com uma sala de hemodinâmica, e eu pedi para participar neste transporte. Este trata-se então de um transporte secundário, uma vez que se trata de um transporte entre 2 hospitais diferentes (Ordem dos Médicos, 2023). E não nos deixemos enganar, o transporte de um doente crítico é algo complexo que tem três passos: a decisão, o planeamento e a execução (Ordem dos Médicos, 2023). Uma vez tomada a decisão médica de transportar o doente passei ao planeamento que é realizado tanto pela equipa médica como pela equipa de enfermagem. No que diz respeito à equipa de enfermagem fiquei responsável por preparar o doente para o transporte, preparar os monitores adequados para a vigilância do doente, levar os cabos de cada monitor, levar a mala de transporte (que contém material como medicação, insuflador manual, seringas, soros, entre outros) e preocupei-me ainda por informar o doente e a família do mesmo da necessidade do transporte. No serviço de urgência em que trabalho existe uma *check-list* com todo o material e condições necessárias para a realização de um transporte de um doente crítico. Esta *check-list* ajuda a que nenhum passo importante seja esquecido, de maneira a garantir a segurança e a qualidade do transporte. Uma vez que este local de estágio não tinha nenhum documento para este efeito partilhei com o meu enfermeiro orientador e com a chefia de enfermagem o documento referido e o feedback recebido foi muito positivo, inclusive foi partilhado comigo que iriam realizar um documento para o efeito. Desta forma

contribui para a construção de projetos institucionais na área da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Durante o transporte o meu foco, mais uma vez, esteve sempre no doente, lembrando-me sempre de avaliar o doente sempre que houvesse alguma mudança, ou seja, antes de sair da sala de reanimação, dentro da ambulância, antes da mesma iniciar a marcha, durante o transporte continuamente, assim que chegámos ao outro hospital antes de sair da ambulância e assim que cheguei à sala de hemodinâmica antes de passar o doente para a mesa. De referir que o transporte secundário deve ser realizado por “um médico e um enfermeiro (preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica), ambos com experiência em reanimação, em transporte do doente crítico, bem como no manuseamento e manutenção do equipamento usado no transporte” (Ordem dos médicos, 2023).

A gestão dos cuidados de enfermagem em contexto de catástrofe também é uma das competências do enfermeiro especialista (Regulamento nº 429/2018, 2018). Tendo em conta que neste período de tempo não foi declarada nenhuma situação destas, de forma a estar preparada para uma eventualidade consultei o plano de catástrofe do serviço em que estagiei.

Relativamente às situações de exceção, estas são as situações em que se “verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”. (Ordem dos Enfermeiros, 201). Logo, tendo em conta o estado atual dos serviços de urgência, com a grande afluência e deficiência de meios e recursos humanos na quantidade necessária, pode-se considerar que os tempos atuais correspondem a uma situação de exceção. Para completar esta ideia junto a minha experiência neste estágio em que tive a oportunidade de acompanhar e auxiliar o enfermeiro orientador do meu estágio na sua função de chefe de equipa.

É esperado que o enfermeiro especialista dê resposta ao seguinte objetivo “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” (Regulamento nº 429/2018, 2018). Para atingir este objetivo é necessário que o chefe de equipa conheça a equipa que tem e a competência e experiência de cada um desses elementos conseguindo assim atribuir papéis adequados a cada um, auxiliar, orientar e corrigir alguma possível incongruência no plano de ação dos elementos da equipa, utilizar as técnicas de comunicação eficazes e adequadas também a cada membro da equipa, entre outros. Ou seja, o enfermeiro que desempenha funções em situações de emergência ou em situações de exceção tem de ter uma visão global do que está a acontecer ao seu redor, tem de conhecer a equipa que tem e cada elemento individualmente e tem de saber gerir tudo isto tendo em conta os recursos que tem.

No início do estágio foi difícil cumprir tudo isto uma vez que eu era nova no serviço e não conhecia a equipa. Para colmatar esta dificuldade pedi ao enfermeiro orientador para passar pelos vários postos de trabalho da urgência e pedi que me fosse apresentando os vários enfermeiros da equipa que ele chefia. Desta forma, com o decorrer do estágio, com o auxílio do enfermeiro orientador e trabalhando ao lado de cada elemento daquela equipa, fui conhecendo as capacidades, os pontos fortes e tendo uma noção das competências de cada elemento daquela equipa.

De maneira a gerir cada turno naquele serviço de urgência, o chefe de equipa tem também uma passagem de turno. Nesta passagem de turno é-lhe transmitido pelo chefe de equipa do turno anterior o panorama do serviço de urgência. Durante esta passagem de turno os dois chefes de equipa dirigem-se a cada posto de trabalho da urgência, é passada a informação do “tipo” de doentes que se encontravam em cada posto e os doentes com maior risco de progredirem para uma situação de emergência. Após a passagem de turno, o chefe de equipa percorria novamente os vários postos de trabalho com o objetivo de ver a equipa que ia trabalhar a seu lado nesse turno, de maneira a perceber onde será necessária mais orientação ou não, e possíveis elementos que poderá ser necessário mobilizar caso sejam precisos mais recursos humanos noutra posto da urgência. Ao longo do turno esta ronda realizada pelo chefe de equipa repetia-se várias vezes. Desta forma, e uma vez que durante este estágio desempenhei funções de chefia de equipa tive de supervisionar as tarefas delegadas e otimizar o trabalho de equipa com o intuito de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019). É ainda importante saber que cada enfermeiro tem a sua individualidade e para isso é necessário adequar o estilo de liderança (Regulamento nº 140/2019, 2019) a cada elemento da equipa, pois o que funciona para um enfermeiro pode não funcionar para o outro. Assim garante-se a harmonia no trabalho e também, conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados. Na minha experiência profissional já observei enfermeiros que, por não se identificarem com o estilo de liderança a que estão sujeitos se retraem e, em muitos casos isso pode ser prejudicial para o doente, por exemplo se tiverem alguma dúvida sobre algum procedimento ou terapêutica medicamentosa e tiverem medo de questionar o chefe de equipa. Conseqüentemente isto pode ser prejudicial para o doente alvo dos nossos cuidados.

Durante este estágio tive também a oportunidade de fazer um turno na triagem. O protocolo utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester, que foi implementado pela primeira vez em 1994 e que funciona com fluxogramas que são escolhidos consoante a queixa do doente e a prioridade atribuída é baseada também nessa mesma queixa (Grupo

Português de Triagem, 2021). Segundo o Grupo Português de Triagem (2021) a prioridade do atendimento pode ser vermelha, laranja, amarela, verde ou azul. A utilização deste sistema não foi novidade para mim, uma vez que no meu local de trabalho faço triagem desde outubro de 2020. No turno que realizei na triagem recebi um casal de surdos-mudos. Quando nos deparamos com a situação a primeira estratégia que utilizámos foi oferecer uma caneta e um papel ao casal de maneira a comunicarmos com eles, mas rapidamente com os gestos da mão disseram que não, não sabíamos se sabiam escrever e ler ou não. Começaram a fazer gestos e a apontar para a barriga do homem. A enfermeira com quem estava começou a escrever que os doentes tinham recorrido ao serviço de urgência por dor abdominal. Mas comecei a questionar-me como poderíamos ter a certeza de que era essa a queixa. Aproveitei, pedi à enfermeira para intervir, peguei no telemóvel e iniciei uma vídeo chamada que existe no site do SNS24 (2024) acessível para os cidadãos surdos, em que quem atende a chamada é alguém conhecedor de linguagem gestual. Desta forma garanti que estes dois cidadãos tivessem acesso aos cuidados de saúde, ou seja, desenvolvi uma prática profissional ética e legal agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Relembro ainda outra situação em que respeitei os direitos humanos e as minhas responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019). Uma senhora que morava na região do norte de Portugal e tinha vindo a Lisboa visitar a filha. Enquanto estava em Lisboa teve a necessidade de se dirigir ao serviço de urgência e tinha indicação para ficar internada. Uma vez que a doente não residia na área de lisboa o médico responsável pela doente começou logo a tratar da transferência da mesma para o hospital da área de residência. Ninguém questionou nada neste processo, apenas informaram a família e a doente, que também não foram questionadas sobre a sua vontade. Nesse dia eu estava juntamente com o enfermeiro orientador em funções de chefia de equipa. Tínhamos ido ao serviço de observação ver o panorama quando me apercebi que a filha desta doente se dirigiu à enfermeira responsável pela mesma e questionou se a mãe não poderia ficar neste hospital uma vez que no norte a doente não tinha família nenhuma e a filha não tinha possibilidade para se deslocar ao norte para apoiar a mãe. A enfermeira respondeu que, uma vez que a doente morava no norte, a mesma tinha de ser transferida obrigatoriamente para o hospital da área de residência. Quando ouvi isto esperei que a filha da doente saísse dali e decidi abordar a enfermeira. Mostrei-lhe que de acordo com a Lei de Bases da Saúde da Assembleia da República (2019) a pessoa tem o direito a escolher a entidade dentro do Sistema Nacional de Saúde onde quer ser tratada, claro que dentro dos recursos existentes, no entanto não nos

podemos esquecer que é um direito das pessoas. Mostrei-lhe como temos de sustentar a nossa prática na evidência disponível (Regulamento nº 140/2019, 2019). De seguida fomos as duas falar com o médico, mostramos-lhe também esta evidência e, no final, a doente acabou por ficar internada neste mesmo hospital. A filha e a doente ficaram muito agradecidas. Afirmo ainda que desta forma promovi a proteção dos direitos humanos (Regulamento nº 140/2019, 2019) daquela família.

Em suma, vim para este estágio com algum conhecimento sobre este ambiente. No entanto tive oportunidade de me focar na área da reanimação que era algo que queria aprofundar e desenvolver, nomeadamente na minha confiança, autoconhecimento e assertividade (Regulamento nº 140/2019, 2019). Foquei ainda este estágio na área da gestão da equipa, que era um tópico que na minha prática diária ainda não tinha tido oportunidade. Considero então que evoluí muito e que esta evolução já se verifica com os meus pares no quotidiano.

CONCLUSÃO

O presente relatório intitulado de “As Necessidades de Conforto do Doente Crítico e Família: Um Cuidado Especializado” traduz o meu percurso enquanto aluna do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Após realizar esta reflexão sobre todo o meu percurso considero que o mesmo foi recheado de empenho e dedicação da minha parte, uma vez que mostrei ter saído da minha zona de conforto de forma a aproveitar todos os momentos de aprendizagem que foram surgindo.

Iniciei o meu percurso deste terceiro semestre com um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, ambiente este pelo qual nunca tinha passado no meu percurso académico e profissionais. Foi um período desafiante, mas que demonstrou que a experiência passada me tinha dado alguma bagagem e bases para me adaptar a este contexto e conseguir também aqui desenvolver competências de especialista.

De seguida estagiei num Serviço de Urgência Polivalente que apesar de ser um local mais familiar para mim se tornou numa nova aventura uma vez que decidi experienciar algo que normalmente não faço, a chefia da equipa. Neste estágio tive ainda a oportunidade de experienciar vários encontros com a pessoa em situação crítica, na sala de reanimação.

Considero então que demonstrei evoluir de uma enfermeira generalista para uma enfermeira especialista através do desenvolver das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Isto está demonstrado ao longo do relatório através descrição realizada sobre as experiências vivenciadas ao longo dos estágios.

Ambos os estágios tiveram sempre em atenção a pessoa, mas também a família. O foco também direcionado para a família foi sempre uma preocupação minha enquanto enfermeira e especialmente enquanto aluna de mestrado, uma vez que tive a oportunidade

de aprofundar este tema através da realização de uma *scoping review* sobre o tema deste relatório. Posteriormente durante o estágio foi possível partilhar alguns dos resultados desta pesquisa e ao mesmo tempo incorporá-los na minha prática. Tive ainda a possibilidade de partilhar alguns destes resultados no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Desta forma, demonstrei que consegui desenvolver as competências de Mestre.

Este percurso foi recheado de aprendizagens e crescimento pessoal, no entanto também teve alguns desafios. Na minha opinião, o principal desafio foi conciliar o horário laboral com o horário dos estágios e ficar ainda com algum tempo para a vida pessoal. A principal ameaça encontrada foi o espaço temporal para a concretização das 360 horas de estágio exigidas, que era muito curto. Outra ameaça inicialmente percebida por mim e posteriormente ultrapassada foi a minha falta de experiência em unidade de cuidados intensivos. No entanto agarrei-me à capacidade de adaptação que considero ter e tentei sempre mobilizar conhecimentos já adquiridos para uma prática diferente, à qual não estava habituada. Outro aspeto facilitador deste processo que não posso deixar de mencionar foi o apoio que senti, tanto da minha família como da professora que me orientou em todo este processo a que chamo aventura.

Dou assim por terminado este relatório com o sentimento de missão cumprida, de um enorme crescimento pessoal e profissional e com um agradecimento profundo a todas as pessoas que me acompanharam neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. RT 14/2019. Consultado a 02 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Ahtisham, Y., Subia, P., & Gideon, V. (2016). Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Standard*, 31(13), 43–52. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10587>
- Al-Akash, H., Maabreh, R., AbuRuz, M., Khader, K., & Shajrawi, A. (2021). Jordanian Patients' Family Members Need Perceptions in the Critical Care Settings: Nurses' Perspectives versus Family Members' Perspectives in the Context of Health Informatics. *Journal of healthcare engineering*, 2021, 4071523. <https://doi.org/10.1155/2021/4071523>
- Al-Mutair, Abbas S, Plummer, Virginia, Clerehan, Rosemary, & O'Brien, Anthony. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135–144. <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, publicado em Diário da República, 1ª série de 04/09/2019. Consultado a 11 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Auriemma, C. L., Harhay, M. O., Haines, K. J., Barg, F. K., Halpern, S. D., & Lyon, S. M. (2021). What Matters to Patients and Their Families During and After Critical
- Avgeri, K., Zakynthinos, E., Tsolaki, V., Sgantzios, M., Fotakopoulos, G. & Makris, D. (2023). Quality of Life and Family Support in Critically Ill Patients following ICU Discharge. *Healthcare*. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081106>
- Benner, Patrícia (2001). De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C. E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Bouadma, L., Timsit, J. F. & Zahar, J. R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing, Volume 70*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722000301?via%3Dihub>
- Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1567. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Consultado a 19 de janeiro de 2024. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma nº 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Consultado a 06 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Eltaybani, S., & Ahmed, F. R. (2021). Family satisfaction in Egyptian adult intensive care units: A mixed-method study. *Intensive & critical care nursing*, 66, 103060. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103060>
- Grupo Português de Triagem (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 299–313. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318255ee0d>
- Hinkle, J. L., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive & critical care nursing*, 27(4), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.003>
- Illness: A Qualitative Study. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(1), 11–20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021398>
- Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party.
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da doente crítico no serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura. *Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: systematic literature review*. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th edition). F.A. Davis Company. Philadelphia

- Kalolo, A. M., Mula, C., & Gundo, R. (2023). Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01433-3>
- Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234296>
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nursing in critical care*, 16(1), 11–18. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x>
- Kutash, M., & Northrop, L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of advanced nursing*, 60(4), 384–388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
- Lima, E. R. C. B., Sousa, P. P., & Marques, R. M. D. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da doente crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21118>
- Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P., & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, 19(5), 666–676. <https://doi.org/10.1177/0969733011433925>
- Marques, A. F. A. (2021). Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung: the journal of critical care*, 36(5), 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.005>

- McPeake, J., Auriemma, C. L. & Harhay, M. O. (2021). Understanding the Impact of Critical Illness on Families: A Call for Standardization of Outcomes and Longitudinal Research. *Annals of the American Thoracic Society*, Volume 18. <https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1513/AnnalsATS.202106-757ED?role=tab>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, publicado em Diário da República, Série I de 2018-08-16. Consultado a 19 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, publicado em Diário da República, Série II de 2014-08-11. Consultado a 19 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção dos Serviços de Planeamento (2003) *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*.
- Munyiginya, P., & Brysiewicz, P. (2014). The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda. *Southern African Journal of Critical Care*, 30(1), 5–8. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.162>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado pela Lei n.º156/2015 de 16 de setembro publicado em Diário da República Série I de 2015-09-16. Consultado a 08 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consultado a 02 de fevereiro de 2024. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedico_cirurgica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista n.º 140/2019 publicado em Diário da República, II Série de 2019-02-06. Consultado a 29 de janeiro 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica n.º 429/2018 publicado em Diário da República, II Série de 2018-07-16. Consultado a 29 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, n.º 361/2015 publicado em Diário da República, Série II de 2015-06-26,. Consultado a 31 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Ordem dos Médicos (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações. Consultado a 05 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Sá, F., Henriques, M. A. P., & Botelho, M. A. (2015). Cuidar da Família da Doente crítico: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1).

SNS 24 (2024, fevereiro). *Contacto acessível para cidadão surdo*.
<https://www.sns24.gov.pt/contacto-acessivel-cidadao-surdo/>

Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa* (2ª Edição). Universidade Católica Editora.

Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho. *Unidade de Cuidados Intensivos*.
<http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/71-unidade-cuidados-intensivos>

Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79–86.

APÊNDICES

Apêndice I - Instrução de Trabalho “Colocação de Cateter venoso central de Hemodiálise”

1. OBJETIVO

Descrever e uniformizar as funções do enfermeiro durante o procedimento de colocação de cateter venoso central de hemodialise na sala de técnicas do serviço de Hemodiálise.

2. ÂMBITO

Aplica-se a Enfermeiros que exercem funções no serviço de Hemodiálise do HVFX.

3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

3.1 DEFINIÇÕES

3.1.1 CATETER VENOSO CENTRAL:

A técnica de colocação de cateter venoso central de hemodiálise permite criar um acesso vascular para a realização do tratamento de hemodiálise em doentes com indicação para terapêutica de substituição renal. Os cateteres podem ser colocados por duas razões: por ser necessário tratamento urgente/emergente ou por não ser possível construir outro tipo de acesso, nomeadamente fistula arteriovenosa ou prótese arteriovenosa. Estes cateteres podem ser provisórios ou de longa duração.

3.2 ABREVIATURAS

CVC: Cateter venoso central

EPI: Equipamento de proteção individual

HVFX: Hospital de Vila Franca de Xira

ISBAR: metodologia para garantir a passagem eficaz da informação e a continuidade de cuidados.

4. DESCRIÇÃO

4.1 OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

4.1.1 Capacitar os enfermeiros do serviço de hemodiálise no procedimento de colocação de CVC de hemodiálise.

4.2 RECURSOS MATERIAIS:

- Luvas esterilizadas;
- Bata esterilizada;
- Máscara;
- Touca;
- Agulha subcutânea - 0.6 x 25 mm

- Agulha intramuscular - 0.8 x 40 mm
- Agulha de diluição – 1.2 x 40 mm
- Seringas 5cc
- Seringas 10cc
- Linha de sutura 2-0
- Lâmina de bisturi – nº 11
- Campo esterilizado com buraco – 120x150cm
- Campo esterilizado sem buraco – 90x150cm
- Compressas esterilizadas – 10 x 10 cm (2 pacotes)
- Soro fisiológico – 100 ml
- Sistema de Transvase
- Antisséptico desinfetante para a pele
- Lidocaína a 20%
- Heparina EV 25000U/5ml
- Saco/manga esterilizado/a para sonda de ecografia
- Gel para ecógrafo
- Ferros cirúrgicos: Kit CVC e taça média
- Cateter central para hemodialise (a decidir pelo médico)
- Fio guia
- Lâmina de tricotomia (se necessário)
- Ecógrafo
- Monitor multi-parâmetros
- Penso esterilizado (MEPORE®) 9x10cm
- Bolsa autoadesiva para proteção de cateter em tecido não tecido (B-PORE®)
- Contentor corto-perfurante
- Esponja de Clorexina (DISPOSCRUB SPONGE C ®)

Cateter definitivo de longa duração - acresce:

- Agulha Luer-lock nº18G-L
- Penso MEPORE® 6x7cm

4.3 Recomendações gerais:

4.3.1 Higiene das mãos: proceder à higiene das mãos (IT.GER.002).

O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos.

4.3.2 Desinfecção cutânea do local de inserção/abordagem: Após escolha do local de punção deve ser realizada lavagem da pele com esponja de Clorexidina seguida de lavagem com Soro Fisiológico. Posteriormente, proceder à desinfecção cutânea do local da inserção/abordagem, deixando o antisséptico (ASEPTODERM®) até secar, antes de iniciar o procedimento.

4.3.3 Técnica a utilizar: todo o procedimento deve garantir a técnica asséptica cirúrgica.

4.4 Procedimento

4.4.1 Cuidados de enfermagem antes da colocação de CVC:

- Preparação do material necessário;
- Receção da informação clinica via ISBAR;
- Executar acolhimento;
- Identificação positiva do doente, avaliação do risco de queda e existência de alergias;
- Validação da existência de consentimento informado assinado;
- Avaliação do estado de consciência, nível de orientação;
- Avaliação de parâmetros vitais;
- Esclarecer o utente sobre o procedimento técnico;
- Colocação do utente em posição previamente indicada para o respetivo procedimento (dependendo se é CVC jugular ou femural).
- Realizar tricotomia do local selecionado para a colocação do CVC, se necessário;

4.4.2 Cuidados de enfermagem durante a colocação de CVC:

- Higienizar as mãos antes de realizar o procedimento e de seguida vestir os EPI's (touca, máscara, bata e luvas);
- Proceder à monitorização dos parâmetros vitais do utente de forma continua (monitorização cardiorrespiratória, oximetria e tensão arterial) e registo dos mesmos no impresso (documento aguarda aprovação/codificação);
- Realizar a lavagem da pele do utente com a esponja de clorexidina;
- Colaborar na realização da técnica sempre que necessário;
- Proceder à vigilância permanente do utente durante o procedimento (estado de consciência, alterações hemodinâmicas e dor).

4.4.3 Cuidados de enfermagem após a colocação de CVC:

- Vigiar perda sanguínea e sinais e sintomas de hemorragia;
- Limpeza do local de inserção e colocação de penso MEPORE®;
- Assegurar a heparinização dos lúmens de acordo com indicação de volume do cateter;
- Colocação de penso bolsa;
- Vigiar penso do CVC;
- Ensinar o utente sobre cuidados a ter após a colocação de CVC e sinais de alerta;
- Entrega de panfleto sobre os cuidados com o acesso vascular, cateter de hemodialise, F.HEM.003.01;

- Validar com o médico a realização de RX de controlo, e acompanhamento do utente se necessário;
- No caso de utente se encontrar internado, passagem de informação segundo código ISBAR;
- Realizar os registos de enfermagem em sistema informático (GLINTT®) e no impresso de registo de colocação de CVC (documento aguarda aprovação/codificação).
 - ✓ Atitudes terapêuticas:
 - Executar acolhimento
 - Apresenta-se à pessoa
 - Apresentar o serviço
 - Ensinar o utente
 - Identificar a quem se faz a formação
 - Identificar necessidades de formação
 - Identificar barreiras à formação
 - Identificar métodos educativos
 - Entrega de folheto – acesso vascular – Cateter venoso central
 - Colaborar com o médico
 - Aplicar procedimento de colocação de cateter venoso central hemodiálise
 - Inserir cateter venoso central (provisório/longa duração)
 - Manutenção e heparinização do cateter venoso central
 - Executar penso do acesso vascular
 - ✓ Diagnostico:
 - Perda sanguínea: Risco/Perda sanguínea
 - Vigiar perda sanguínea
 - Vigiar sinais de hemorragia
 - Vigiar penso

5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Documento 1: Higiene das mãos IT.GER.002
- Documento 2: Folheto cateter de hemodiálise F.HEM.003.01
- Documento 3: BUNDLE colocação CVC: IMP.GER.039.00

- Documento 4: Prevenção de Infecções Associadas a Cateterismos Vasculares: IT.GER.008.04

6. REFERÊNCIAS

- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma nº 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central, disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise – disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Apêndice II - *Scoping Review*

As Necessidades de Conforto da Família do Doente Crítico: *Scoping Review*

Autores: Ana Catarina Malcato; Cristiana Silva; Cristina Monteiro; Maria de Lurdes Martins; Patrícia Pontífice de Sousa; Rita Marques

Resumo:

Objetivo: Mapear na evidência científica as necessidades de conforto da família do doente crítico.

Métodos: A *scoping review* realizada seguiu a metodologia de *The Joanna Briggs Institute* (2020). A pesquisa foi realizada através das bases de dados Cinhal, Medline, Cochrane, Scopus, Pubmed e da plataforma B-On, com termos livres e respetivos descritores DeCS e MeSH.

Resultados: Obteve-se uma amostra final de 16 artigos nos quais se identificaram necessidades de conforto experienciadas pela família do doente crítico, que foram agregadas nas dimensões que se relacionam com informação, ambiente, interação/relação, psicológica/espiritual, fisiológica e económica. Com a análise dos artigos incluídos, as necessidades mais evidenciadas pela família inseriram-se na dimensão da interação/relação, seguidas das dimensões de informação, psicológica/espiritual e ambiente. As dimensões fisiológica e económica tiveram menor destaque.

Conclusão: Com a identificação das necessidades, será possível intervir e assegurar o conforto da família, contribuindo desta forma para recuperar o seu estado de bem-estar e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Conforto, doente crítico, família, necessidades.

Family Comfort Needs of a Critically Ill Patient: *Scoping Review*

Abstract:

Aim: To map the family comfort needs of a critically ill patient using scientific evidence.

Materials and Methods: This *scoping review* followed the methodology of The Joanna Briggs Institute (2020). The search was carried out in the Cinhal, Medline, Cochrane, Scopus, and Pubmed databases, as well as on the B-On platform, using free terms and the respective DeCS and MeSH descriptors.

Results: A final sample of 16 articles was obtained that identified the comfort needs experienced by the family of a critically ill patient, aggregated into the dimensions of information, environment, interaction/relationship, psychological/spiritual, physiological, and economic. The analysis of the included articles showed that the family's most important needs were in the interaction/relationship dimension, followed by the information, psychological/spiritual, and environment related dimensions. The physiological and economic dimensions were the least mentioned by the critically ill patient family.

Conclusion: By identifying needs, it will be possible to intervene and ensure the family's comfort, thus contributing to restoring their state of well-being and continuously improve the nursing care quality.

Keywords: comfort, critically ill patient, family, needs.

Introdução

O conforto tem sido um tema bastante desenvolvido na atualidade e os enfermeiros têm demonstrado uma grande preocupação para com a inclusão de intervenções confortadoras na sua prática diária. O conforto pode ser definido como uma “vivência singular e única relacionada às necessidades para além de ser sentido para um cuidado em saúde digno, justo e humanizador” (Sousa, 2020). Constituindo-se não só o doente, mas também a sua família como alvo dos cuidados de enfermagem em contexto de uma situação de doença crítica, o conforto da família surge como uma dimensão que necessita de uma atenção especial e adaptada às suas necessidades (Lima et al., 2022).

Devido à tecnologia e complexidade de procedimentos, os cuidados prestados ao doente crítico, acontecem em ambientes de stress, tornando-se geradores de ansiedade, onde a incerteza da vida é uma constante. Desta forma, não só os profissionais de saúde lidam com situações de incerteza, como também o doente e sua família vivenciam desconfortos que advêm de uma situação causadora de sofrimento (Sá et al., 2015).

Perante a vivência de uma situação de doença crítica, a família pode experienciar diversas necessidades, uma vez que esta é considerada o sistema social básico que se reconhece como uma fonte significativa para assegurar o bem-estar emocional e psicológico dos seus membros (Al-Akash et al., 2021). Perante a incerteza vivida e pelo ambiente de complexidade de cuidados que se vive, as necessidades da família são muitas vezes desvalorizadas pelos enfermeiros (Kaakinen et al., 2015).

Contudo, na relação de cuidado, pela proximidade e relação que os enfermeiros constroem com o doente e a sua família, facilmente se percebe que são estes os profissionais de saúde que se encontram mais capacitados para atenderem às necessidades da família (Kaakinen et al., 2015). Neste sentido, ao identificar e satisfazer as necessidades experienciadas pela família, é possível contribuir para o bem-estar global, especificamente para o seu conforto, como também para o conforto do doente crítico. O cuidado que conforta emerge da interação e reveste-se da intencionalidade, numa profunda focalização e atenção das necessidades, possibilitando assim que a família esteja capacitada para promover o suporte psicológico e emocional desejável ao seu ente querido (Sousa, 2020; Al-Akash, H. et al, 2021).

Nesta perspetiva, torna-se relevante a realização da presente *scoping review*, que tem como objetivo mapear a evidência científica sobre as necessidades de conforto dos familiares do doente crítico em contexto de cuidados intensivos e/ou serviço de urgência. Este conhecimento valoriza as necessidades de conforto da família, a fim de possibilitar que estas

sejam incluídas na prática de enfermagem e, desta forma, promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Materiais e Métodos

A presente *scoping review* assenta nas recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020). Como ponto de partida, foi elaborada a pergunta de investigação: “*Quais as necessidades de conforto da família do doente crítico?*”, de acordo com a mnemónica PCC, em que se definiu a população (P) como a família do doente crítico adulto/idoso, o conceito (C) como as necessidades de conforto e o contexto (C) como os cuidados críticos (unidades de cuidados intensivos e/ou serviço de urgência). Posteriormente, foram definidos os termos livres, assim como os respetivos descritores MeSH e DeCS, que se apresentam no Quadro 1.

| | Termos Livres | Descritores MeSH | Descritores DeCS |
|-------------------|---|--|--|
| Conceito 1 | family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister* | Family OR parents OR “Legal Guardians” OR Siblings OR Grandparents | Family OR Parents OR “Guardianship, Legal” OR Siblings OR grandparents |
| Conceito 2 | Comfort OR “Comfort Care” | | Comfort |
| Conceito 3 | “Critical* Ill*” OR “Critical Care” OR “critical patient*” | “Critical Illness” OR “Critical Care” | “Critically Ill Patients” OR “Critical Illness” OR “Critical Care” |

Quadro 1 - Termos Livres e respetivos descritores MeSH e DeCS

Foi delineada a estratégia de pesquisa, que numa primeira fase consistiu numa pesquisa livre com os termos definidos em diversas bases de dados, a fim de averiguar a existência de evidência relacionada com o tema em estudo.

Numa segunda fase da pesquisa, recorreu-se a equações delineadas de acordo com as bases de dados CINAHL, Medline, Cochrane, Scopus, Pubmed, utilizando operadores booleanos OR e AND, assim como truncaturas. Com o intuito de realizar uma pesquisa mais alargada e abrangente, não foi definido qualquer limite temporal e foi incluída literatura cinzenta com recurso à plataforma B-on. A estratégia de pesquisa encontra-se listada no Quadro 2, com os respetivos resultados obtidos.

| Base de Dados | Pesquisa | Estratégia de Pesquisa | Resultados |
|-------------------------|---------------|--|------------|
| CINAHL | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR MH (Family OR Parents OR "Guardianship, Legal" OR Siblings OR grandparents) | 79,730 |
| | #2 | TI (Comfort OR "Comfort Care") OR AB (Comfort OR "Comfort Care") OR MH Comfort | 22,720 |
| | #3 | TI ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") OR AB ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") OR MH ("Critically Ill Patients" OR "Critical Illness" OR "Critical Care") | 463,446 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 389 |
| | Filtro | Idade: all adult; adult: 19-44years; middle aged: 45-64 years; aged: 65+ years; aged, 80 & over | 134 |
| MEDLINE Complete | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR MH (Family OR parents OR "Legal Guardians" OR Siblings OR Grandparents) | 1,644, 774 |
| | #2 | TI (Comfort OR "Comfort Care") OR AB (Comfort OR "Comfort Care") | 40,345 |
| | #3 | TI ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") OR AB ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") OR MH ("Critical Illness" OR "Critical Care") | 145,293 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 357 |
| | Filtro | Idade: all adult; adult: 19-44years; middle aged: 45-64 years; aged: 65+ years; aged, 80 & over | 161 |
| PUBMED | #1 | (((((family[Title/Abstract] OR parent*[Title/Abstract] OR guardian*[Title/Abstract] OR sibling*[Title/Abstract] OR grandparent*[Title/Abstract] OR brother*[Title/Abstract] OR sister*[Title/Abstract]) OR (Family[MeSH Terms])) OR (parents[MeSH Terms])) OR ("Legal Guardians"[MeSH Terms])) OR (Siblings[MeSH Terms])) OR (Grandparents[MeSH Terms])) | 1,646,672 |
| | #2 | (Comfort[Title/Abstract] OR "Comfort Care"[Title/Abstract]) | 40,461 |
| | #3 | ((("Critical* Ill*" [Title/Abstract] OR "Critical Care"[Title/Abstract] OR "critical patient*" [Title/Abstract]) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms])) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) | 125,081 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 331 |
| | Filtro | Age – 19+ years | 161 |
| SCOPUS | #1 | family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister* | |
| | #2 | Comfort OR "Comfort Care" | |
| | #3 | "Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*" | |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 489 |
| | Filtro | Adult; Aged; Aged, 80 And Over | 218 |
| Cochrane Library | #1 | (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*):ti,ab,kw | 93853 |
| | #2 | MeSH descriptor: [Family] explode all trees | 13412 |
| | #3 | MeSH descriptor: [Parenting] in all MeSH products | 1851 |
| | #4 | MeSH descriptor: [Legal Guardians] explode all trees | 108 |

| | | | |
|------------------------|---------------|--|------------|
| | #5 | MeSH descriptor: [Siblings] explode all trees | 170 |
| | #6 | MeSH descriptor: [Grandparents] explode all trees | 27 |
| | #7 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 | 96871 |
| | #8 | (Comfort OR "Comfort Care"):ti,ab,kw | 11 289 |
| | #9 | "Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*"):ti,ab,kw | 5142 |
| | #10 | MeSH descriptor: [Critical Illness] explode all trees | 3281 |
| | #11 | MeSH descriptor: [Critical Care] explode all trees | 2681 |
| | #12 | #9 OR #10 OR #11 | 8167 |
| | #13 | #7 AND #8 AND #12 | 25 |
| Plataforma B-On | #1 | TI (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) OR AB (family OR parent* OR guardian* OR sibling* OR grandparent* OR brother* OR sister*) | 10,043,067 |
| | #2 | TI (Comfort OR "Comfort Care") OR AB (Comfort OR "Comfort Care") | 389,160 |
| | #3 | TI ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") OR AB ("Critical* Ill*" OR "Critical Care" OR "critical patient*") | 404,189 |
| | #4 | #1 AND #2 AND #3 | 860 |
| | Filtro | Fornecedor de Conteúdos - RCAAP | 32 |

Quadro 2 - Equações de pesquisa e respetivos resultados obtidos.

Obteve-se a totalidade de 731 resultados que foram exportados para a ferramenta *Rayyan*, onde se procedeu à eliminação de 381 duplicados. Posteriormente, foram selecionados os artigos após leitura do título e resumo, de forma cega por 3 revisores independentes, com base nos critérios de inclusão definidos, descritos no Quadro 3. Em casos de discordância recorreu-se a um quarto revisor.

| Crítérios de Inclusão |
|--|
| Família do doente crítico com idade superior a 18 anos |
| Artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola |
| Acesso ao texto integral dos artigos de forma gratuita |

Quadro 3 - Crítérios de Inclusão

Após discussão obtiveram-se 64 artigos, em que três foram eliminados por barreira linguística e dois por inacessibilidade ao texto integral de forma gratuita. Desta forma, foram analisados 59 artigos na íntegra, tendo-se obtido uma amostra final de 16 artigos. O processo de identificação e inclusão dos artigos encontra-se representado pelo fluxograma PRISMA (Page et al.,2021), na figura 1.

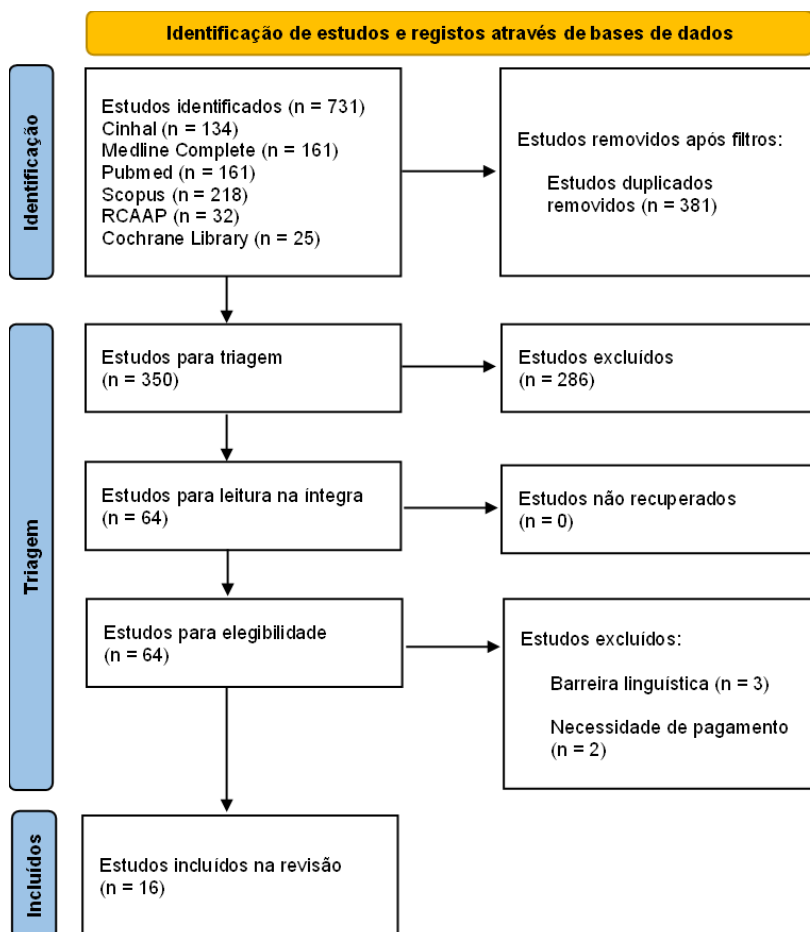


Figura 1 - Processo de identificação e inclusão de artigos - Prisma

Resultados

Os artigos incluídos foram realizados entre 2007 e 2023, tendo sido desenvolvidos em diversos locais, na sua maioria nos Estados Unidos da América (n = 6), mas também na Austrália (n = 2), Portugal (n = 1), Reino Unido (n = 1), Noruega (n = 1), Rwanda (n = 1), Malawi (n = 1), África do Sul (n = 1), Paquistão (n = 1) e Egípto (n = 1).

Importa referir que nos estudos mistos, foi utilizado o instrumento “*Critical Care Family Needs Inventory*” (CCFNI), desenvolvido por Molter, que consiste num questionário que inclui 45 necessidades divididas em 5 categorias: segurança, proximidade, informação, conforto e suporte. Através deste instrumento, a população em estudo indica a importância que atribui às suas necessidades, com recurso a uma escala tipo-Likert de quatro pontos (Jorge & Madureira, 2020). Desta forma, constituindo-se o objetivo desta *scoping review* como a identificação de necessidades relatadas pelos familiares e não a compreensão da importância que cada familiar atribui às suas necessidades, nos artigos em que foi utilizado

o instrumento CCFNI, apenas se retiraram para análise necessidades manifestadas pelos familiares em questões abertas.

O quadro 4 expõe as características dos 16 artigos incluídos na *scoping review* no que respeita ao título, autores, ano e país de publicação, metodologia do estudo, nível de evidência de acordo com a JBI (2013), objetivo, participantes, bem como os respetivos resultados encontrados. Os artigos serão representados pela letra A e respetivo número.

| Identificação do Artigo; Título; Autores; Ano; País de Publicação | Metodologia do Estudo/Nível de Evidência | Objetivo | Participantes | Resultados |
|--|--|---|---|--|
| A1 - A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. Sungeun Yang; 2008; Austrália. | Triangulação de métodos mistos. Nível 2 | Compreender as necessidades e experiências das famílias coreanas na unidade de cuidados intensivos. | 85 familiares, 55 mulheres e 30 homens com idade entre 21 e 70 anos. Dos 85, 25 familiares foram entrevistados, 15 mulheres e 10 homens, entre os 20 aos 60 anos. | Sentir esperança; Ter confiança nos juízos e ações dos profissionais de saúde; Obter informações suficientes e realistas; Obter respostas claras por parte dos profissionais; Receber informações sem recurso a termos médicos; Ter fácil acesso aos médicos e enfermeiros; Sentir disponibilidade por parte dos profissionais para realizar questões sobre o estado de saúde do seu familiar; Ter informação detalhada acerca do tratamento e dos efeitos esperados; Estar próximo do doente física e emocionalmente; Ter ajuda emocional e prática de outros membros da família. |
| A2 - O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica Elsa Lima; Patrícia Pontífice Sousa, Rita Marques; 2022; Portugal. | Estudo exploratório descritivo misto; Nível 2 | Compreender a experiência do conforto da família da pessoa em situação crítica (PSC) em contexto de urgência. | 10 familiares, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 37 e os 79 anos. | Sentir esperança; Ter profissionais competentes; Saber o que se está a passar com o doente; Ter a situação de saúde/doença do doente resolvida; Ter profissionais atenciosos; Ter um sorriso dos profissionais aquando da receção; Obter alguma perspectiva do diagnóstico; Ter informação atualizada da situação para organização pessoal e profissional; Ter possibilidade de comprar os medicamentos; Ter possibilidade de conversar com os médicos e os enfermeiros; Receber simpatia por parte dos profissionais; Ter possibilidade de tirar dias para assistência à família; Ter possibilidade de receber mais informação dos profissionais e poder comunicar com eles; Saber como está a situação do doente, mesmo que esteja na mesma; Ter profissionais humanos com os doentes e familiares; Ter proximidade com o doente e com os profissionais; Sentir que o profissional tem paciência e dá atenção; Sentir que o profissional tem disponibilidade; Sentir sensibilidade por parte dos profissionais; Receber informações por parte do profissional relativamente à evolução e prognóstico; Obter informação sobre existência de serviço religioso; Ter orientação no ambiente que é desconhecido; Ter orientação para a assistência social; Ter direito à alimentação; Ter condições físicas nas salas de espera. |
| A3 - Experiences and needs of families regarding | Estudo qualitativo. Nível 3. | Explorar as experiências e necessidades dos | 20 familiares, na sua maioria mulheres. | Saber informações sobre o estado do doente, o plano de tratamento, o prognóstico e os potenciais resultados durante o internamento na UCI; Ter comunicação de fácil acesso com |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>prognostic communication in an intensive care unit: <i>Supporting families at the end of life.</i></p> <p>Karen M. Gutierrez; 2012; Estados Unidos da América.</p> | | <p>membros da família na comunicação do prognóstico em fim de vida numa unidade de cuidados intensivos.</p> | <p>Idade entre os 20 aos 70 anos.</p> | <p>os enfermeiros; Falar com os médicos; Saber a quem podem fazer questões; Obter uma cronologia clara dos acontecimentos; Utilizar uma linguagem simples e clara; Receber informação com frequência e de forma repetida; Desejar receber informações honestas e realistas, ditas com esperança e apenas quando apropriado; Receber tanto as boas como as más notícias para terem uma "perspetiva" da situação, uma "verificação da realidade"; Comunicar a informação com compaixão, sensibilidade e um genuíno sentido de carinho; Ter apoio emocional e conforto durante um período de crise; Ter consistência na obtenção de informação; Ter confiança nos profissionais; Perceber que os profissionais se preocupam genuinamente com os doentes e com a família e que "não é apenas o seu trabalho"; Ter uma perspetiva muito holística de cuidados, em que tanto o doente como as famílias são tratados "humanamente".</p> |
| <p>A4 - Family members' experiences of the intensive care unit waiting room</p> <p>Mary Kutash, Linda Northrop; 2007; Estados Unidos da América</p> | <p>Estudo qualitativo. Nível 3</p> | <p>Explorar as perspetivas dos membros da família sobre as salas de espera das unidades de cuidados intensivos e descrever a sua experiência de espera enquanto o seu familiar estava numa unidade de cuidados intensivos.</p> | <p>6 mulheres, com idade > 18 anos.</p> | <p>Estar próximo do seu familiar; Sentir conforto e apoio por parte dos profissionais; Sentir compaixão e consideração por parte dos profissionais; Sentir comportamentos de carinho dos profissionais; Ter um local acolhedor, confortável e próximo do ser familiar; Sentir que não são esquecidos nas salas de espera pelos profissionais de saúde; Ter apoio emocional; Ter um sistema de apoio com pessoas em situações semelhantes; Ter envolvimento com outras famílias, que estejam a passar por situações semelhantes; Receber informação sobre o seu familiar; Ter informação na sala de espera que possa orientar os familiares e ajudar; Ter informação atualizada e eficaz.</p> |
| <p>A5 - Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study;</p> <p>Angellina Mankhamba Kalolo, Chimwemwe Mula, Rodwell Gundo; 2023; Malawi</p> | <p>Estudo qualitativo descritivo. Nível 3.</p> | <p>Explorar a perceção dos familiares sobre suas necessidades numa unidade de cuidados intensivos num hospital de referência no Malawi.</p> | <p>12 familiares, 8 mulheres e 4 homens com idade entre 35 a 64 anos.</p> | <p>Ter informação adequada sobre a evolução do doente; Ser atualizada sobre a gestão e a condição do doente; Ter apoio psicológico, segurança, esperança, profissionais de saúde acessíveis, identidade dos profissionais e proximidade com os doentes; Ter apoio psicológico; Sentir tranquilidade e esperança; Ter profissionais de saúde acessíveis; Estar próximo dos doentes; Ter apoio, incluindo de familiares; Ter palavras encorajadoras ou explicações que possam dar esperança por parte dos profissionais; Ter profissionais positivos, simpáticos e capazes de os ajudar sempre que necessitassem de esclarecimentos ou informações específicas acerca dos doentes; Identificação dos profissionais de saúde; Visitar os doentes com frequência; Revisão do protocolo de visitas; Ter abrigo e alimentação; Ter uma sala para descansar e discutir as suas experiências; Ter apoio financeiro; Ter apoio espiritual.</p> |
| <p>A6 - Needs and experiences of intensive care</p> | <p>Estudo qualitativo, exploratório, descritivo.</p> | <p>Identificar as necessidades sentidas pelas</p> | <p>12 familiares, com idade > 18 anos.</p> | <p>Saber o prognóstico do seu familiar doente; Receber informações consistentes e compreensíveis com termos simples e claros; Obter informação honesta, sendo esta de</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>patients' families: a Saudi qualitative study</p> <p>Abbas S Al-Mutair, Virginia Plummer, Rosemary Clerehan and Anthony O'Brien; 2013; Australia</p> | Nível 3. | <p>famílias de doentes da Arábia Saudita internados em Unidades de Cuidados Intensivos em relação à sua cultura e religião.</p> | | <p>boas ou más notícias; Ser informado sobre os medicamentos, sinais vitais, procedimentos cirúrgicos, testes e procedimentos; Ser informado sobre o equipamento técnico, os fios e tubos ligados ao doente, bem como o significado dos números e ondas no ecrã dos monitores; Obter respostas às suas questões; Sentir que são bem-vindos; Ter um porta-voz na família que receba as informações e que as divulgue posteriormente com a restante família; Sentir que os profissionais de saúde são positivos, otimistas, esperançosos, usem palavras encorajadoras, mantenham um sorriso e contacto visual; Ter apoio espiritual; Ter a possibilidade de leitura do Alcorão diariamente; Assegurar que o Shahadatain ou o testemunho de fé fosse dado ao seu membro de família doente antes do início da intubação; Estar próximo do familiar doente, poder vê-lo frequentemente e visitá-lo sempre que quisessem; Ter boas instalações na sala de espera, com mobília confortável e com facilidade para dormidas; Sentir que os profissionais aceitam e permitem que participem nos cuidados prestados; Ter a unidade de cuidados intensivos bem preparada e equipada; Sentir suporte por forma a ajudá-los a lidar com situações de stress; Ser informados dos serviços sociais; Ter suporte emocional; Ter profissionais que conheçam as necessidades de suporte dos familiares.</p> |
| <p>A7 - The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng Meghan L. Botes, Gayle Langle; 2016; África do Sul</p> | <p>Estudo quantitativo e descritivo. Nível 4a</p> | <p>Determinar as necessidades dos membros da família que acompanham doentes feridos no serviço de urgência, e se essas necessidades foram satisfeitas.</p> | <p>100 familiares, com idade > 18 anos.</p> | <p>Sentir que o tratamento é prestado com igualdade, independentemente da raça e/ou nacionalidade; Comunicar com os profissionais; Ter proximidade com os doentes; Sentir simpatia e gestos de carinho por parte dos profissionais; Sentir profissionalismo; Sentir que as necessidades físicas dos familiares são atendidas.</p> |
| <p>A8 - The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda P Munyiginya, P Brysiewicz; 2014; Rwanda</p> | <p>Estudo exploratório quantitativo; Nível 4a.</p> | <p>Explorar as necessidades dos familiares de pacientes de Rwanda admitidos numa unidade de cuidados intensivos.</p> | <p>40 familiares, com idade > 18 anos.</p> | <p>Ter mais recursos por parte do Hospital, como medicação, para que não sejam os familiares a ter de ir levantar as receitas; Obter mais espaço para receber as famílias, como um espaço dedicado para refeições próximo à UCI enquanto esperam por notícias.</p> |
| <p>A9 - What Matters to Patients and Their Families During and After Critical Illness: A Qualitative Study; Catherine L.</p> | <p>Estudo qualitativo; Nível 3.</p> | <p>Determinar os aspetos dos cuidados que os doentes e as famílias valorizaram durante a sua</p> | <p>19 doentes e 30 familiares (18 de doentes recuperados e 12 de doentes falecidos).</p> | <p>Ser incluído na comunicação realizada nas passagens de turno; Ter oportunidade de fazer questões; Obter uma comunicação aberta, transparente e frequente pela equipa médica; Sentir que o conforto do doente é assegurado; Sentir que a dor do doente é evitada; Saber que a equipa médica está a fazer tudo pelo doente e que está a prestar os melhores</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <p>Auriemma, Michael O. Harhay, Kimberley J. Haines, Frances K. Barg, Scott D. Halpern, Sarah M. Lyon; 2021; Estados Unidos da América</p> | | <p>permanência na unidade de cuidados intensivos, os resultados a que os doentes e as famílias deram prioridade após a alta hospitalar e os resultados percebidos como equivalentes ou piores do que a morte.</p> | | <p>cuidados; Sentir que a equipa médica tentou todas as abordagens terapêuticas benéficas.</p> |
| <p>A10 - State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically illpatients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study Jiyeon Kang, Young-Jae Cho, Seunghye Choi; 2020; Estados Unidos da América</p> | <p>Estudo misto; Nível 2.</p> | <p>Determinar se as intervenções multidisciplinares centradas na família podem aliviar a ansiedade e incerteza na doença e encontrar necessidades das famílias de doentes em estado crítico.</p> | <p>50 familiares, 10 participaram na entrevista semiestruturada. Idade > 18 anos.</p> | <p>Receber informações que satisfaçam as necessidades de segurança e contribuir para esclarecer os sentimentos sobre as incertezas do futuro; Obter informações que incluam o progresso e o prognóstico dos doentes, para que pudessem antecipar o que iria acontecer; Não receber todas as informações em frente aos doentes, tal como resultados desfavoráveis do tratamento, para não desencorajar os doentes e afetar a sua recuperação; Obter uma comunicação de forma direta e clara; Ter a certeza da categoria profissional da pessoa com quem se comunica; Obter informação relativamente à tomada de decisões em conjunto com outros membros da família; Ter maior facilidade em falar com a equipa; Ter estratégias de comunicação sobre más notícias e discutir o planeamento antecipado de cuidados, adaptado aos antecedentes socioculturais do doente e familiares; Ter uma abordagem sensível aos familiares, tendo em conta a idade e a expectativa de recuperação do doente; Ter suporte financeiro; Ter suporte emocional; Ter acesso a melhores condições das salas de espera; Ter horários de visita flexíveis; Ter a possibilidade de permanência junto à cabeceira do doente.</p> |
| <p>A11 - Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: a descriptive cross-sectional study. Younas Ahtisham, Parveen Subia, Victor Gideon; 2016; Paquistão</p> | <p>Estudo transversal descritivo; Nível 4a.</p> | <p>Avaliar a satisfação das famílias com os cuidados prestados aos doentes em unidades de cuidados intensivos em Islamabad, no Paquistão.</p> | <p>323 participantes - Família direta, outros membros da família e amigos, com idade superior a 18 anos.</p> | <p>Ser envolvido na tomada de decisões; Reduzir o nível de ruído nas unidades de cuidados intensivos; Ter um espaço maior na sala de espera; Ter um horário de visitas mais prolongado.</p> |
| <p>A12 - Family members' satisfaction</p> | <p>Estudo descritivo e retrospectivo; Nível 4a.</p> | <p>Descrever a satisfação dos membros da</p> | <p>35 familiares, só respondidos 34 questionários.</p> | <p>Sentir que o doente recebe o melhor cuidado possível; Ter profissionais presentes e competentes; Obter informação clara, consistente, realista e atempada; Saber constantemente</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>with critical care: a pilot study Christina Karlsson, Anna Tisell, Asa Engström, Birgitta Andershed; 2011; Reino Unido</p> | | <p>família com os cuidados prestados numa unidade de cuidados intensivos sueca com base nas seguintes necessidades: segurança, informação, proximidade, apoio e conforto, todas elas incluídas no <i>Critical Care Family Satisfaction Survey</i>.</p> | | <p>o que estava a acontecer; Ter visitas flexíveis; Estar perto da pessoa doente e sentir que eram importantes para a sua recuperação; Ter a possibilidade de poder telefonar sempre que quisessem; Obter honestidade acerca do estado clínico dos doentes; Ser informado acerca das transferências de serviço; Ter acesso a um quarto de familiares confortável e de bom nível; Ter um local para falar em privado.</p> |
| <p>A13 - Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of Relatives Ranveig Lind, Geir F Lorem, Per Nortvedt, Olav Hevrøy; 2012; Noruega</p> | <p>Estudo qualitativo; Nível 3</p> | <p>Perceber como os familiares experienciam o papel dos enfermeiros no processo de tomada de decisão em situações de fim de vida.</p> | <p>27 familiares, 20 mulheres e 7 homens, com idades entre 20 e 80 anos.</p> | <p>Sentir compaixão por parte das enfermeiras; Ser envolvido no cuidado ao doente; Sentir que é dada atenção à família; Ter ajuda prática como comida e local para descansar; Sentir que são bem-vindos para visitar o doente e não atrapalham o trabalho dos enfermeiros; Estar à cabeceira do doente e poder vê-lo e tocar-lhe; Ser informado acerca de alterações do estado ou cuidados ao doente; Ser incluídos nas decisões dos cuidados prestados; Obter comunicação direta e clara.</p> |
| <p>A14 - Family satisfaction in Egyptian adult intensive care units: A mixed-method study Sameh Eltaybani, Fatma Refaat Ahmed; 2021; Egipto</p> | <p>Estudo misto; Nível 2.</p> | <p>Analisar a satisfação dos familiares de 6 unidades de cuidados intensivos de adultos de três hospitais universitários de Alexandria, Egipto.</p> | <p>213 membros de famílias no método quantitativo, e desses, 161 participaram nas entrevistas semi-estruturadas. Idade > 18 anos.</p> | <p>Sentir-se também alvo dos cuidados; Ter possibilidade de permanecer mais tempo junto dos doentes em fim de vida, apesar dos horários de visita restritos; Receber respostas às suas perguntas; Ser incluídos nas decisões sobre o tratamento; Sentir que os profissionais fazem o seu melhor para prestar os melhores cuidados; Ter enfermeiros experientes a cuidar dos doentes; Ter enfermeiros do mesmo sexo a cuidar dos doentes; Ter visitas mais prolongadas e flexíveis; Obter mais recursos, como medicação, análises que precisam de ser realizadas no exterior e para as quais têm de pagar; Ter uma zona de espera dedicada às famílias e instalações mais confortáveis, com casas de banho e cadeiras perto.</p> |
| <p>A15 - Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses Janice L. Hinkle, Eleanor</p> | <p>Estudo prospetivo descritivo; Nível 4a.</p> | <p>Investigar as diferenças entre as perceções dos familiares, médicos e enfermeiros sobre as necessidades dos familiares de doentes críticos</p> | <p>101 familiares (75% mulheres; idade média de 52 anos), 28 médicos (60% mulheres; idade média de 35 anos) e 109 enfermeiros (77% mulheres; idade</p> | <p>Sentir compaixão e empatia; Ter um horário de visitas de 24 horas por dia, compreendendo que o pessoal médico pudesse pedir para sair do quarto (temporariamente) a qualquer altura; Receber informações sobre o doente no mínimo uma vez por dia; Ter mobiliário confortável na sala de espera, como uma cama ou sofás; Ter um local privado para consolar a família em situações de transmissão de más notícias; Ter a garantia de que os doentes estão a receber os melhores cuidados.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Fitzpatrick; 2011; Estados Unidos da América | | internados em 6 unidades da divisão de cuidados intensivos de um grande centro médico terciário americano. | entre 22 e 57 anos). | |
| A16 - Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions Karen Elizabeth Maxwell, Diane Stuenkel, Coleen Saylor; 2007; Estados Unidos da América | Estudo descritivo exploratório; Nível 4a. | Explorar as diferenças nas percepções das necessidades dos familiares de doentes em estado crítico com as percepções dos enfermeiros e em que medida essas necessidades foram satisfeitas. | 20 familiares e 30 enfermeiros de cuidados intensivos. | Sentir compaixão; Ter acomodação; Obter resposta às perguntas; Ter enfermeiros atenciosos; Ter horários de visita flexíveis; Obter exceções às regras; Ter oportunidade de um local para dormidas para a família; Serem atualizados diariamente e de forma completa acerca da situação clínica; Receber chamadas quando ocorrerem alterações ao estado clínico do doente; Serem procurados para realizar visitas; Obter comunicação direta e aberta com os médicos; Obter contacto direto com os médicos; Ter explicações oferecidas; Ter enfermeiros bem informados; Sentir que as necessidades da família são avaliadas e que há um esforço par as satisfazer; Ter acesso a capelães, voluntários, que conversem com a família diariamente e prestem apoio físico, espiritual e emocional; Ter acesso a um ambiente físico e espaço privado; Ter acesso a um telefone; Sentir que são aceites e bem-vindos pelos profissionais. |

Quadro 4 - Características dos artigos incluídos e respetivos resultados.

Discussão dos Resultados

Os artigos que constituíram a amostra final foram desenvolvidos em 10 países diferentes, o que permitiu obter uma variedade de necessidades que englobam contextos e populações distintas. A maioria dos artigos incluídos para a realização desta *scoping review* apresentam metodologia qualitativa, no entanto, também foram incluídos estudos mistos.

Após a análise criteriosa dos artigos selecionados, e com a identificação das necessidades de conforto da família do doente crítico, estas foram agrupadas e distribuídas em seis dimensões que se relacionam com a informação, ambiente, interação/relação, psicológica e espiritual, fisiológica e económica, e que se encontram representadas no quadro 5.

| Necessidades Agrupadas por Dimensão | | Identificação do Artigo |
|-------------------------------------|---|--|
| Informação | Participar nas passagens de turno. | A9. |
| | Ter oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento e obter respostas. | A6; A9; A14; A16. |
| | Obter informação clara, completa, detalhada, honesta, direta, realista e atualizada. | A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16. |
| | Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente. | A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16. |

| | | |
|---|---|---|
| | Receber informação com frequência, de forma repetida e consistente. | A3; A6; A9. |
| | Receber informação sem recurso a termos médicos. | A1; A3; A6. |
| | Saber com quem podem falar ou fazer questões e a respetiva classe profissional. | A3; A5; A10. |
| | Ter a possibilidade de telefonar sempre que quisessem. | A12. |
| | Obter informação sobre serviços religiosos ou sociais. | A2; A6. |
| | Ser informado sobre os medicamentos, sinais vitais, procedimentos cirúrgicos, testes, procedimentos, equipamento técnico, fios e tubos ligados ao doente, bem como o significado dos números e ondas no ecrã dos monitores. | A6. |
| | Obter comunicação com os profissionais de saúde, de forma aberta e transparente. | A7; A9; A10; A16. |
| | Receber as más notícias longe dos doentes para não desencorajar a sua recuperação. | A10. |
| | Ter estratégias de comunicação de más notícias. | A10. |
| Ambiente | Ter condições físicas adequadas nas salas de espera. | A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16. |
| | Ter proximidade das salas de espera, com acesso a comida e WC. | A8; A14. |
| | Ter um ambiente confortável e acolhedor. | A2; A4. |
| | Ter instalações confortáveis para pernoitar/descansar. | A5; A6; A12; A13; A16. |
| | Reduzir o nível de ruído das UCI. | A11. |
| | Ter um local privado para falar com a família ou consolar em situações de transmissão de más notícias. | A12; A15; A16. |
| Ter a unidade de cuidados intensivos bem preparada e equipada. | A6. | |
| Interação/Relação | Ter abordagens de forma respeitosa, sensível, carinhosa, atenciosa e solidária. | A2; A3; A4; A10; A16. |
| | Sentir compaixão por parte dos profissionais. | A4; A13; A15; A16. |
| | Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente. | A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14. |
| | Sentir apoio, simpatia, carinho, otimismo, sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais. | A1; A2; A4; A5; A6; A7. |
| | Possibilidade de serem envolvidos nos cuidados e tomadas de decisão. | A6; A13; A14. |
| | Obter atitudes/interações positivas. | A2, A5; A6. |
| | Sentir que são acolhidos e bem-vindos. | A13; A16. |
| | Sentir que não atrapalham o trabalho dos enfermeiros. | A13. |
| | Ter fácil acesso aos médicos e enfermeiros. | A1; A3; A5; A10; A16. |
| | Sentir que os profissionais são competentes e experientes. | A2; A7; A9; A12; A14; A16. |
| | Sentir paciência por parte dos profissionais | A2. |
| | Sentir-se alvo de cuidados. | A4; A14; A16. |
| | Sentir proximidade com os profissionais | A2. |
| | Ter confiança nos profissionais | A1; A3. |
| | Sentir que os profissionais se preocupam genuinamente com os doentes e com a família. | A3. |
| | Sentir que os profissionais são humanos com os doentes e familiares. | A2; A3. |
| | Ter a garantia de que os doentes estão a receber os melhores cuidados. | A9; A12; A14; A15. |
| | Ter apoio por parte dos familiares. | A5. |
| | Ter visitas flexíveis. | A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16. |
| | Ter partilha de experiências com pessoas em situações semelhantes. | A4. |
| Ter um porta-voz na família que transmita a informação recebida aos restantes familiares. | A6. | |

| | | |
|-------------------------|--|--------------------------|
| Psicológica/ espiritual | Sentir segurança, | A5. |
| | Ter a garantia de conforto do doente. | A9. |
| | Sentir esperança. | A1; A2; A3; A5; A6. |
| | Ter suporte emocional, psicológico e espiritual, por parte dos profissionais e de outros familiares. | A1; A3; A4; A5; A6; A10. |
| | Ter assistência religiosa | A6; A16. |
| | Ter profissionais do mesmo sexo a cuidar dos doentes. | A14. |
| | Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade. | A7. |
| | Ter resolvida a situação de saúde/doença do doente. | A2. |
| Fisiológica | Sentir que a equipa médica tentou todas as abordagens terapêuticas benéficas. | A9. |
| | Ter direito à alimentação. | A2; A13; A5. |
| Económica | Sentir que as necessidades físicas dos familiares são atendidas. | A7. |
| | Ter apoio financeiro. | A2; A5, A8; A10; A14. |
| | Poder tirar dias para assistência à família | A2. |

Quadro 5 - Necessidades da Família Agrupadas por Dimensões

Com a análise dos resultados obtidos constata-se que a dimensão com maior número de necessidades manifestadas é a da interação/relação. Por outro lado, as necessidades menos mencionadas inserem-se na dimensão fisiológica e económica.

Averiguaram-se necessidades com maior expressão, evidenciadas em vários dos artigos incluídos, em primeiro lugar o “*Obter informação clara, completa, detalhada, honesta, direta, realista e atualizada*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), de seguida o “*Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16) e por último o “*Ter condições físicas adequadas nas salas de espera*” (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16), como também o “*Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14).

Dimensão da Informação

No que concerne às necessidades na dimensão da informação, as mais identificadas pela família foram: “*Obter informação clara, completa, detalhada, direta, realista e atualizada.*” (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), “*Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente.*”

(A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16.), “*Ter oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento e obter respostas.*” (A6; A9; A14; A16), “*Saber com quem podem falar ou fazer questões e a respetiva classe profissional.*” (A6; A9; A14; A16) e “*Obter comunicação com os profissionais de saúde, de forma aberta e transparente.*” (A7; A9; A10; A16).

A análise dos artigos revelou que a família necessita de obter informação sobre o estado de saúde do doente, a sua evolução e tudo o que se encontre relacionado com o seu familiar (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16). De referir também que esta informação tem de ser transmitida de forma perceptível para a família, por forma a que se possam preparar para o futuro (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16), sem ocultar informação (A7; A9; A10; A16). Referem ainda que é comum surgirem dúvidas e que gostariam que existisse abertura por parte dos profissionais para que estas pudessem ser esclarecidas (A6; A9; A14; A16).

A identificação dos profissionais foi também um aspeto mencionado, tendo sido referido com frequência que os familiares não tinham conhecimento da classe profissional com quem contactavam (A3; A5; A10).

Houve ainda artigos que, na opinião das autoras, e tendo em conta a realidade dos serviços de saúde portugueses, não se transpõem para a mesma, nomeadamente a possibilidade de os familiares participarem nas passagens de turno (A9), como também a de contactarem o serviço telefonicamente a qualquer momento (A12). Uma das melhorias apontadas centrou-se na forma de comunicação de más notícias e do local onde esta era transmitida, tendo-se revelado como um aspeto surpreendente para as autoras, uma vez que é uma preocupação constante da prática de cuidados portuguesa (A10).

Dimensão relacionada com o ambiente

Relativamente às necessidades na dimensão relacionada com o ambiente, “*Ter condições físicas adequadas nas salas de espera*” (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16) e “*Ter instalações confortáveis para pernoitar/descansar*” (A5; A6; A12; A13; A16) foram as mais referidas pelas famílias.

As famílias preocupam-se bastante com as condições físicas das salas de espera (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16), particularmente com a existência de um espaço acolhedor (A2; A4) e também com a inexistência de condições para descanso e até mesmo para poderem passar a noite (A5; A6; A12; A13; A16). Alguns referiram ainda, que as salas de espera não tinham qualquer local próximo onde pudessem adquirir alimentação, nem com

presença de casas de banho (A8; A14). O ruído, apesar de ser um fenómeno bastante estudado e caracterizado como perturbador num ambiente de cuidados críticos, salienta-se que apenas um dos estudos referiu este fenómeno como incomodativo (A11).

Dimensão da Interação/Relação

Na dimensão da interação/relação, as necessidades mais mencionadas pelos familiares foram: “*Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente.*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14), “*Sentir apoio, simpatia, carinho, otimismo, sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais.*” (A1; A2; A4; A5; A6; A7), “*Sentir que os profissionais são competentes e experientes.*” (A2; A7; A9; A12; A14; A16) e “*Ter visitas flexíveis.*” (A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16).

Esta dimensão foi a que evidenciou mais necessidades mencionadas pelas famílias. O foco principal dos familiares prendeu-se com a necessidade da proximidade com o doente, tanto a nível físico como emocional (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14), sendo que para que tal fosse possível, sugeriram que a política das visitas fosse revista, por forma a possibilitar maior flexibilidade de horário e uma maior permanência junto dos doentes (A5, A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16). Para além do exposto, referiram a importância para com os cuidados prestados de forma competente (A2; A7; A9; A12; A14; A16), e com profissionais carinhosos, simpáticos, sensíveis, disponíveis (A1; A2; A4; A5; A6; A7), humanos (A2; A3) e preocupados (A3). Desta forma, a família sentia que os seus familiares estariam a receber os melhores cuidados possíveis (A9; A12; A14; A15) e que também ela se sentia alvo de cuidados (A4; A14; A16).

Dimensão Psicológica/Espiritual

Nas necessidades englobadas na dimensão psicológica/espiritual, as referidas com maior frequência foram: “*Sentir esperança.*” (A1; A2; A3; A5; A6) e “*Ter suporte emocional, psicológico e espiritual, por parte dos profissionais e de outros familiares.*” (A1; A3; A4; A5; A6; A10).

Constatando-se a situação crítica do doente uma fonte de stress e um fator destabilizador para a família, estas mencionaram a necessidade de ter apoio emocional, psicológico e espiritual (A1; A3; A4; A5; A6; A10). Pela vivência da incerteza decorrente da gravidade da situação clínica, as famílias manifestaram o desejo de sentir esperança (A1; A2; A3; A5; A6).

Importa referir que algumas das necessidades levantadas pelas famílias se justificam tendo em conta as diferenças culturais dos vários países onde foram desenvolvidos os artigos incluídos, nomeadamente “*Ter profissionais do mesmo sexo a cuidar dos doentes*”, (A14) “*Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade.*” (A7), bem como a necessidade de “*Ter assistência religiosa*” (A6; A16), que foi expresso no artigo 6 como: “*Ter a possibilidade de leitura do Alcorão diariamente*” (A6) e “*Assegurar que o Shahadatain ou o testemunho de fé fosse dado ao seu membro de família doente antes do início da entubação*” (A6).

Dimensão Fisiológica

No que respeita às necessidades da dimensão fisiológica, esta foi mencionada apenas em três artigos, sendo que a necessidade mais manifestada foi o ter direito à alimentação (A2, A13, A5).

Existiu ainda um estudo que referiu que os familiares gostariam que houvesse uma preocupação para com a satisfação das suas necessidades físicas (A7).

Dimensão Económica

Em cinco dos artigos incluídos, onde se verificou a existência de poucos recursos a nível financeiro, foi referida a necessidade de ter apoio económico (A2; A5, A8; A10; A14).

No único artigo que foi encontrado com a realidade da população portuguesa, foi identificada a necessidade de poder ter direito a dias para assistência à família (A2).

Conclusão

A realização desta *scoping review* permitiu a identificação das necessidades de conforto da família do doente crítico, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, o que possibilitou dar resposta ao objetivo e à pergunta de investigação.

Concluiu-se que a família do doente crítico manifesta grande diversidade de necessidades que se relacionam com as dimensões: informação, ambiente, interação/relação, psicológico/espiritual, fisiológica e económica.

Na relação com as dimensões encontradas, urge referir que a informação e a relação/interação revelaram-se em maior destaque. Em contrapartida, as fisiológicas e económicas surgiram com menor evidência para a família do doente crítico.

Este estudo alcançou resultados oportunos, no entanto, sugere-se a realização de novas abordagens, onde se procure desocultar intervenções de enfermagem aos familiares do

doente crítico na relação com as diferenças culturais e contextuais, que possam encontrar sentido com as necessidades de conforto identificadas, com o intuito de incrementar a satisfação das famílias e, desta forma, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, a identificação das necessidades, nas suas diversas dimensões, permite assegurar o conforto da família. Nesta perspetiva, assume-se que ao atender e satisfazer as necessidades da família, é possível capacitá-la a fornecer o conforto desejável ao doente crítico, prestando-se assim um cuidado holístico e humanizador.

Referências

- Ahtisham, Y., Subia, P., & Gideon, V. (2016). Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Standard*, 31(13), 43–52. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10587>
- Al-Akash, H., Maabreh, R., AbuRuz, M., Khader, K., & Shajrawi, A. (2021). Jordanian Patients' Family Members Need Perceptions in the Critical Care Settings: Nurses' Perspectives versus Family Members' Perspectives in the Context of Health Informatics. *Journal of healthcare engineering*, 2021, 4071523. <https://doi.org/10.1155/2021/4071523>
- Al-Mutair, Abbas S, Plummer, Virginia, Clerehan, Rosemary, & O'Brien, Anthony. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135–144. <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Auriemma, C. L., Harhay, M. O., Haines, K. J., Barg, F. K., Halpern, S. D., & Lyon, S. M. (2021). What Matters to Patients and Their Families During and After Critical Illness: A Qualitative Study. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(1), 11–20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021398>
- Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1567. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
- Eltaybani, S., & Ahmed, F. R. (2021). Family satisfaction in Egyptian adult intensive care units: A mixed-method study. *Intensive & critical care nursing*, 66, 103060. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103060>

- Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 299–313. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318255ee0d>
- Hinkle, J. L., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive & critical care nursing*, 27(4), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.003>
- Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party.
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da doente crítico no serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura. *Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: systematic literature review*. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th edition). F.A. Davis Company. Philadelphia
- Kalolo, A. M., Mula, C., & Gundo, R. (2023). Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01433-3>
- Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234296>
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nursing in critical care*, 16(1), 11–18. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x>
- Kutash, M., & Northrop, L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of advanced nursing*, 60(4), 384–388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
- Lima, E. R. C. B., Sousa, P. P., & Marques, R. M. D. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da doente crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21118>

- Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P., & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, *19*(5), 666–676. <https://doi.org/10.1177/0969733011433925>
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung: the journal of critical care*, *36*(5), 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.005>
- Munyiginya, P., & Brysiewicz, P. (2014). The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda. *Southern African Journal of Critical Care*, *30*(1), 5–8. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.162>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Sá, F., Henriques, M. A. P., & Botelho, M. A. (2015). Cuidar da Família da Doente crítico: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, *19*(1).
- Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa* (2ª Edição). Universidade Católica Editora.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *25*(4), 79–86.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Data: 12/12/2023

Hora: 11h

Duração: 45 minutos

Local de Formação: Unidade de Cuidados Intensivos – Sala de Trabalho

Formadores: Mestradas Ana Catarina Malcato e Cristina Monteiro

Orientação: Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Tema: “As Necessidades de Conforto da Família do Doente Crítico”: a *scoping review*

Sumário: Divulgação das necessidades de conforto da família do doente crítico mapeadas na evidência científica, e reflexão em equipa da forma de como estas poderão ser incorporadas na prática diária de cuidados da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivo Geral:

- Sensibilização da equipa de enfermagem para a incorporação na prática clínica diária de intervenções que contemplem as necessidades de conforto da família do doente crítico.

Objetivo Específico:

- Divulgar as necessidades de conforto da família do doente crítico;
- Fomentar a reflexão da equipa de enfermagem e de que forma as necessidades encontradas poderão ser incorporadas na prática clínica diária.

| Conteúdos Programáticos | Métodos e Técnicas | Recursos Didáticos |
|---|--------------------|-------------------------|
| Introdução e contextualização do tema. | Método Expositivo | Apresentação Powerpoint |
| Objetivos da sessão. | | |
| Apresentação dos materiais e métodos de pesquisa. | | |
| Divulgação dos resultados da pesquisa. | | |
| Conclusão e discussão dos resultados. | | |
| Avaliação da sessão de formação | | |

Apêndice IV - PowerPoint da Sessão de Formação

As Necessidades de Conforto da Família do Doente

Crítico: a Scoping Review

Ana Catarina Malcato | Cristina Monteiro | Cristiana Silva

Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa & Prof. Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 12 de Dezembro de 2023

ÍNDICE

01

INTRODUÇÃO

02

CONTEXTUALIZAÇÃO

03

OBJETIVOS

04

MATERIAIS E MÉTODOS

05

RESULTADOS

06

CONCLUSÃO

07

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01 INTRODUÇÃO

Conforto define-se como uma *“Necessidade desejável à vida, vivência singular e única e como sentido para um cuidado em saúde digno, justo e humanizador.”*

(Sousa, 2020)

“No domínio dos cuidados aos familiares da PSC, ir ao encontro do conforto da família é determinante e requer uma atenção singular e ajustada às necessidades dos mesmos. Estas são muitas vezes desvalorizadas pelos profissionais, dado que, habitualmente, centram a sua atenção na pessoa que tomam a seu cargo.”

(Lima et al, 2022)

“Perante a vivência de uma doença crítica, o conforto enquanto necessidade acontece tanto na pessoa que vivencia a doença, como nos seus familiares.”

(Lima et al, 2022)

3

02 CONTEXTUALIZAÇÃO

“ *O internamento numa unidade de cuidados intensivos acarreta riscos elevados de morte, redução do funcionamento físico e cognitivo dos sobreviventes e encargos substanciais para os familiares, incluindo taxas elevadas de depressão, stress pós-traumático e luto complicado.*

(Auriemma et al, 2021)

Competência Específica de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica:

- “Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.”

(Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018)



03 OBJETIVO

1. Mapear as necessidades de conforto da família do doente crítico.
2. Sensibilização da Equipa de Enfermagem para incorporar na sua prática diária intervenções que contemplem as necessidades de conforto da família do doente crítico.



04 MATERIAIS & MÉTODOS

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Quais as necessidades de conforto da família do doente crítico?

BASES DE DADOS

- [Cinhal](#)
- [Medline](#)
- [Cochrane](#)
- [Scopus](#)
- [Pubmed](#)
- [B-on](#)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Família do doente crítico com idade superior a 18 anos;
- Artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola;
- Acesso ao texto integral dos artigos de forma gratuita.

População: Família do Doente Crítico Adulto/Idoso

Conceito: Necessidades de Conforto

Contexto: Cuidados Críticos - Unidade de Cuidados Intensivos/Urgência



05 RESULTADOS

INVENTÁRIO DAS NECESSIDADES DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

“Desde Molter, muitos estudos têm sido desenvolvidos sobre o grau de importância e de satisfação das necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica. Os resultados desses estudos sugerem que a família tem um conjunto bem definido de necessidades, que podem ser agrupadas em cinco categorias (segurança, proximidade, informação, conforto e suporte), contudo a importância que cada família dá a determinada necessidade difere consoante a população em estudo e o contexto clínico em que se insere (Molter e Leske, 1983).” (Jorge & Madureira, 2020)

05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

INFORMAÇÃO

- Participar nas passagens de turno (A9);
- Ter oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento e obter respostas (A6; A9; A14; A16);
- Obter informação clara, completa, detalhada, honesta, direta, realista e atualizada (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A15; A16);
- Obter informação sobre o tratamento, diagnóstico, prognóstico, alterações e evolução do estado do doente (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A10; A12; A13; A16);
- Receber informação com frequência, de forma repetida e consistente (A3; A6; A9);
- Receber informação sem recurso a termos médicos (A1; A3; A6);
- Saber com quem podem falar ou fazer questões e a respetiva classe profissional (A3; A5; A10).
- Ter a possibilidade de telefonar sempre que quisessem (A12);
- Obter informação sobre serviços religiosos ou sociais (A2; A6).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

INFORMAÇÃO

- Ter a possibilidade de telefonar sempre que quisessem (A12);
- Obter informação sobre serviços religiosos ou sociais (A2; A6);
- Ser informado sobre os medicamentos, sinais vitais, procedimentos cirúrgicos, testes, procedimentos, equipamento técnico, fios e tubos ligados ao doente, bem como o significado dos números e ondas no ecrã dos monitores (A6);
- Obter comunicação com os profissionais de saúde, de forma aberta e transparente (A7; A9; A10; A16);
- Receber as más notícias longe dos doentes para não desencorajar a sua recuperação (A10);
- Ter estratégias de comunicação de más notícias (A10).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

INTERAÇÃO/RELAÇÃO

- Ter abordagens de forma respeitosa, sensível, carinhosa, atenciosa e solidária (A2; A3; A4; A10; A16);
- Sentir compaixão por parte dos profissionais (A4; A13; A15; A16);
- Estar próximo do doente, tanto física como emocionalmente (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A10; A12; A13; A14);
- Sentir apoio, simpatia, carinho, otimismo, sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais (A1; A2; A4; A5; A6; A7);
- Possibilidade de serem envolvidos nos cuidados e tomadas de decisão (A6; A13; A14);
- Obter atitudes/interações positivas (A2, A5; A6);
- Sentir que são acolhidos e bem-vindos (A13; A16);
- Sentir que não atrapalham o trabalho dos enfermeiros (A13);
- Ter fácil acesso aos médicos e enfermeiros (A1; A3; A5; A10; A16);
- Sentir que os profissionais são competentes e experientes (A2; A7; A9; A12; A14; A16);



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

INTERAÇÃO/RELAÇÃO

- Sentir paciência por parte dos profissionais (A2);
- Sentir-se alvo de cuidados (A4; A14; A16);
- Sentir proximidade com os profissionais (A2);
- Ter confiança nos profissionais (A1; A3);
- Sentir que os profissionais se preocupam genuinamente com os doentes e com a família (A3);
- Sentir que os profissionais são humanos com os doentes e familiares (A2; A3);
- Ter a garantia de que os doentes estão a receber os melhores cuidados (A9; A12; A14; A15);
- Ter apoio por parte dos familiares (A5);
- Ter visitas flexíveis (A5; A6; A10; A11; A12; A14; A15; A16);
- Ter partilha de experiências com pessoas em situações semelhantes (A4);
- Ter um porta-voz na família que transmita a informação recebida aos restantes familiares (A6).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

AMBIENTE

- Ter condições físicas adequadas nas salas de espera (A2; A6; A8; A10; A11; A14; A15; A16);
- Ter proximidade das salas de espera, com acesso a comida e WC (A8; A14);
- Ter um ambiente confortável e acolhedor (A2; A4);
- Ter instalações confortáveis para pernoitar/descansar (A5; A6; A12; A13; A16);
- Reduzir o nível de ruído das UCI (A11);
- Ter um local privado para falar com a família ou consolar em situações de transmissão de más notícias (A12; A15; A16);
- Ter a unidade de cuidados intensivos bem preparada e equipada (A6).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

PSICOLÓGICO/ESPIRITUAL

- Sentir segurança (A5);
- Ter a garantia de conforto do doente (A9);
- Sentir esperança (A1; A2; A3; A5; A6);
- Ter suporte emocional, psicológico e espiritual, por parte dos profissionais e de outros familiares (A1; A3; A4; A5; A6; A10);
- Ter assistência religiosa (A6; A16);
- Ter profissionais do mesmo sexo a cuidar dos doentes (A14);
- Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade (A7);
- Ter resolvida a situação de saúde/doença do doente (A2);
- Sentir que a equipa médica tentou todas as abordagens terapêuticas benéficas (A9).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

FISIOLÓGICA

- Ter direito à alimentação (A2; A13; A5);
- Sentir que as necessidades físicas dos familiares são atendidas (A7).



05 RESULTADOS

NECESSIDADES DE CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

ECONÓMICA

- Ter apoio financeiro (A2; A5, A8; A10; A14);
- Poder tirar dias para assistência à família (A2).



06 CONCLUSÃO

O conforto da família é uma dimensão dos cuidados de enfermagem que necessita de uma atenção especial e adaptada às necessidades (Lima *et al.*, 2022), pelo que se justifica identificá-las dada a condição de stress a que a família da pessoa em situação crítica se encontra sujeita.

Com a identificação das necessidades desocultadas será possível intervir e assegurar o conforto da família, contribuindo desta forma para recuperar o estado de conforto e intervir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.



07 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A1. Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79–86.
- A2. Lima, E. R. C. B., Sousa, P. P., & Marques, R. M. D. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da doente crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21118>
- A3. Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 299–313. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318255ee0d>
- A4. Kutash, M., & Northrop, L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of advanced nursing*, 60(4), 384–388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
- A5. Kalolo, A. M., Mula, C., & Gundo, R. (2023). Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01433-3>
- A6. Al-Mutair, Abbas S, Plummer, Virginia, Clerehan, Rosemary, & O'Brien, Anthony. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135–144. <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- A7. Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1567. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
- A8. Munyiginya, P., & Brysiewicz, P. (2014). The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda. *Southern African Journal of Critical Care*, 30(1), 5–8. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.162>
- A9. Auriemma, C. L., Harhay, M. O., Haines, K. J., Barg, F. K., Halpern, S. D., & Lyon, S. M. (2021). What Matters to Patients and Their Families During and After Critical Illness: A Qualitative Study. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(1), 11–2

07 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A10. Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234296>. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021398>
- A11. Ahtisham, Y., Subia, P., & Gideon, V. (2016). Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Standard*, 31(13), 43–52. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10587>
- A12. Karlsson, C., Tisel, A., Engström, A., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nursing in critical care*, 16(1), 11–18. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x>
- A13. Lind, R., Lore, G. F., Nortvedt, P., & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, 19(5), 666–676. <https://doi.org/10.1177/0969733011433925>
- A14. Eltaybani, S., & Ahmed, F. R. (2021). Family satisfaction in Egyptian adult intensive care units: A mixed-method study. *Intensive & critical care nursing*, 66, 103060. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103060>
- A15. Hinkle, J. L., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive & critical care nursing*, 27(4), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.003>
- A16. Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung : the journal of critical care*, 36(5), 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.005>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série – nº35 - 18/02/11 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Doente crítico, nº124/2011.
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). *Necessidades da família da doente crítico no serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura*. Needs of critically ill persons' relatives in the emergency room: systematic literature review. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa (2a Edição)*. Universidade Católica Editora.

Apêndice V - Tabela de Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

| Avaliação Geral | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
|---|---------------------|----------|----------|---------------------|
| Os objetivos da formação foram claros. | | | | |
| Os conteúdos apresentados foram adequados aos objetivos. | | | | |
| O tempo disponibilizado para a formação foi suficiente. | | | | |
| A interação entre os participantes foi positivo. | | | | |
| Avaliação do Impacto da Formação | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
| Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos. | | | | |
| Os conhecimentos adquiridos são úteis para o desempenho das minhas funções. | | | | |
| Os conhecimentos adquiridos vão melhorar o meu desempenho. | | | | |
| Os conhecimentos adquiridos contribuem para o meu desenvolvimento profissional. | | | | |
| Avaliação dos Formadores | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
| Os formadores mostraram dominar o tema. | | | | |
| A metodologia utilizada foi adequada. | | | | |
| A exposição do tema foi clara. | | | | |
| A relação estabelecida com os formandos foi positiva. | | | | |

Apêndice VI - Tabela de Avaliação da Sessão de Formação com Respostas

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – Respostas dos Enfermeiros

| Avaliação Geral | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| Os objetivos da formação foram claros. | | | | 10 |
| Os conteúdos apresentados foram adequados aos objetivos. | | | 1 | 9 |
| O tempo disponibilizado para a formação foi suficiente. | | | 1 | 9 |
| A interação entre os participantes foi positivo. | | | | 10 |
| Avaliação do Impacto da Formação | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
| Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos. | | | 2 | 8 |
| Os conhecimentos adquiridos são úteis para o desempenho das minhas funções. | | | 1 | 9 |
| Os conhecimentos adquiridos vão melhorar o meu desempenho. | | | 2 | 8 |
| Os conhecimentos adquiridos contribuem para o meu desenvolvimento profissional. | | | 2 | 8 |
| Avaliação dos Formadores | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
| Os formadores mostraram dominar o tema. | | | | 10 |
| A metodologia utilizada foi adequada. | | | 1 | 9 |
| A exposição do tema foi clara. | | | | 10 |
| A relação estabelecida com os formandos foi positiva. | | | | 10 |

Apêndice VII – Póster “As Necessidades de Conforto da Família da Pessoa em Situação
Crítica: *Scoping Review*”

As Necessidades de Conforto da Família da Pessoa em Situação Crítica: Scoping Review

Ana Catarina Malcato; Cristiana Silva; Cristina Monteiro; Lurdes Martins; Patrícia Pontífice Sousa

Introdução

O conforto, como fenómeno de cuidado humano, tem sido reconhecido pelos enfermeiros na inclusão de intervenções confortadoras na prática clínica. A família encontra-se sujeita a fatores de *stress* e vivencia diversas necessidades perante uma doença crítica, revelando-se importante a sua identificação a fim de contribuir para o seu conforto e, conseqüentemente, da pessoa em situação crítica (Al-Akash et al., 2021; Sousa, 2020).

Objetivo

Mapear na evidência científica as necessidades de conforto da família da pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos

Questão de Investigação: “Quais as Necessidades de Conforto da Família da Pessoa em Situação Crítica?”

- P**opulação: Família da Pessoa em Situação Crítica
Conceito: Necessidades de Conforto da Família
Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Serviço de Urgência

Crítérios de Inclusão

- Artigos em português, inglês e espanhol;
- Texto integral gratuito;
- População de familiares de doentes críticos com idade >18 anos.

Amostra Final
16 Artigos

Resultados

Necessidades de Conforto da Família da Pessoa em Situação Crítica

| Informação | Interação/Relação |
|--|---|
| Assegurados e informados por médicos e enfermeiros (A7; A8; A12; A18). | Informação transmitida de forma respeitosa, sensível, carinhosa, atenciosa e solidária (A7; A18). |
| Participação nas passagens de turno (A4). | Sentir apoio e disponibilidade (A3; A12; A14). |
| Oportunidade para realizar e esclarecer questões a qualquer momento (A4). | Envolvimento nos cuidados e tomadas de decisão (A1; A3; A6). |
| Informação clara, completa, direta e realista (A3; A6; A7; A8; A10; A15; A18). | Atitudes/interações positivas (A5; A14). |
| Estar atualizado sobre a evolução clínica do doente (A8; A9; A11; A12; A14; A16; A18). | Sentir que são acolhidos (A15). |
| Ter a certeza da classe do profissional com quem falam (A4; A8; A10). | Sentir que não atrapalham o trabalho dos enfermeiros (A15). |
| Possibilidade de telefonar sempre que quisessem (A11). | Ser tratado de forma igual, independentemente da raça e/ou nacionalidade (A5). |
| | Sentir-se alvo de cuidados (A6). |
| Ambiente | Psico-Espiritual |
| Condições físicas das salas de espera adequadas (A1; A4; A6; A8; A10; A14; A16). | Recurso às melhores estratégias de tratamento (A4; A8; A18). |
| Proximidade das salas de espera, com acesso a comida e WC (A8; A12; A16). | Garantir o conforto do doente (A4; A13; A14). |
| Instalações confortáveis para pernoitar (A11). | Visitas flexíveis (A1; A3; A6; A8; A9; A10; A13; A16). |
| Reduzir o nível de ruído das UCI (A1). | Sentir que há esperança (A3; A12; A14; A16). |
| | Confiança nos profissionais de saúde (A3; A18). |
| | Suporte emocional e espiritual (A3; A9; A12; A18). |
| | Estar presente à cabeceira e poder tocar no doente (A3; A4; A5; A9; A10; A11; A13; A15; A18). |

Conclusão

Com a identificação das necessidades vivenciadas pela família da pessoa em situação crítica será possível intervir, assegurar e recuperar o seu estado de conforto.

Referências Bibliográficas



ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação no “Workshop de Ventilação Não Invasiva”



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cristina Monteiro**, com o documento de identificação 13827658, participou em Workshop de Ventilação Não Invasiva - Universidade Católica, a 22 de Fevereiro de 2023 com a duração de 3 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-63de7795355bc

Anexo II - Certificado de Participação no “VI Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa”

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Cristina Amaro Ferreira da Rocha Monteiro** - estudante n.º 192022003, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP


Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Vanessa Cardoso Silva

Susana Simão dos Santos

"Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

Catarina Belo

"Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

Bruno Alves

"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Veiga

Constança de Almeida Carvalho

"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."

Sónia Morgado

"A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

Rafael Nunes

"A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cerejo

Ana Marta Pinto

"O Abandono das Crianças no Hospital."

Marisa Abrantes

"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade

Escolar."

Rafaela Silva

"Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Profª Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Loura

16:15 – Entrega dos Prémios

17:00 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

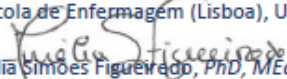
~

Apêndice III - Certificado de Apresentação de Poster no “VI Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa”

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Malcato, apresentou o Póster n.º 37 com o tema “As necessidades de conforto da família da pessoa em situação crítica: a Scoping Review”, em coautoria com Cristiana Silva; Cristina Monteiro; Lurdes Martins; Patrícia Pontífice Sousa no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Vanessa Cardoso Silva

Susana Simão dos Santos "Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

Catarina Belo "Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

Bruno Alves "Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Veiga

Constança de Almeida Carvalho "Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."

Sónia Morgado "A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

Rafael Nunes "A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cerejo

Ana Marta Pinto "O Abandono das Crianças no Hospital."

Marisa Abrantes "Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar."

Rafael Silva "Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Profª Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Loura

16:15 – Entrega dos Prémios