



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

**A INFLUÊNCIA DA VISITA ALARGADA NO *OUTCOME* DO
DOENTE CRÍTICO: CUIDADO ESPECIALIZADO DE
ENFERMAGEM**

*THE INFLUENCE OF EXTENDED VISITATION IN CRITICAL CARE
PATIENTS: NURSING SPECIALIZED CARE*

Por

Paulo António Ávila do Couto Rocha

Lisboa, Janeiro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

**A INFLUÊNCIA DA VISITA ALARGADA NO *OUTCOME* DO
DOENTE CRÍTICO: CUIDADO ESPECIALIZADO DE
ENFERMAGEM**

*THE INFLUENCE OF EXTENDED VISITATION IN CRITICAL CARE
PATIENTS: NURSING SPECIALIZED CARE*

Por

Paulo António Ávila do Couto Rocha

Sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, Janeiro de 2022

Pensamento

*“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”*

(Augusto Cury)

AGRADECIMENTOS

A concretização deste sonho profissional não teria sido possível sem o apoio, presença e colaboração de diversas pessoas, as quais gostaria de realçar e deixar um agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Rabiais, pela excelente orientação, por toda a simpatia, profissionalismo, competência, disponibilidade e amizade demonstrada durante todo este caminho... um excelente ser humano que levarei para a vida.

Aos Enfermeiros tutores dos campos de estágios, pela partilha de conhecimentos, orientações, recomendações e apoio na concretização dos objetivos, permitindo-me crescer a nível pessoal e profissional.

À minha colega Lénia, companheira de luta neste percurso nem sempre fácil, pelo apoio, motivação e suporte.

Aos meus Familiares, pela motivação e presença constante nos diversos momentos.

Aos meus pais, pelo carinho, amor incondicional, conselhos, apoio e dedicação durante todo o meu percurso. Obrigado por fazerem de mim quem sou.

A todos, o meu enorme e sincero MUITO OBRIGADO!

RESUMO

No âmbito do “Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, integra-se a elaboração deste relatório como forma de patentear as competências desenvolvidas e adquiridas nos campos de estágio referentes à Unidade Curricular- Estágio Final e Relatório.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica deverá ser detentor de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas, só assim concretizará um cuidado humanizado, holístico centrado no doente crítico e na sua família. De forma a refletir este cuidar surge a temática “A influência da visita alargada no *outcome* do doente crítico: cuidado especializado de enfermagem”.

Este relatório foi elaborado com base numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com intuito de descrever o processo de crescimento pessoal e profissional de desenvolvimento das competências que pretendi atingir como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O presente relatório apresenta dois momentos, sendo o primeiro referente uma *Scoping Review* intitulada de “A influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* dos doentes internados em Cuidados Intensivos”. O seu objetivo é mapear a evidência disponível sobre a influência no prognóstico do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta temática surge numa época em que existiu um retrocesso no acolhimento e presença dos familiares nas Unidades de Cuidados Intensivos, que infelizmente presenciei/vivenciei na minha prática diária como enfermeiro de Unidade de Cuidados Intensivos.

No segundo momento apresenta-se o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante os estágios realizados primeiramente num Centro Hospitalar

Universitário de Lisboa numa Unidade de Urgência Médica. Nesta unidade tive a oportunidade de identificar e refletir de que forma é efetuado o acolhimento aos familiares do doente crítico. Foi gratificante poder consciencializar e sensibilizar a equipa para a temática de grande importância e que faz do enfermeiro um impulsionador de um cuidar cada vez mais humanizado e de proximidade. Parto com o sentimento de dever cumprido, pois sei que mais uma vez, a enfermagem vai mostrar a sua essência no cuidar, afirmando cada vez mais ser a base do sistema de saúde.

Num Hospital da Região Autónoma dos Açores no Serviço de Urgência, realizei o meu segundo estágio e tive oportunidade de fortalecer a abordagem ao doente crítico emergente. Voltei a ter por base a premissa que me propus como meta atingir, consciencialização dos enfermeiros para a inclusão dos familiares no cuidar do doente crítico.

Ser enfermeiro é ter uma preocupação constante com a excelência dos cuidados prestados, sendo esta a pedra basilar da nossa prática diária numa abordagem multidimensional ao doente e sua família, tendo como base uma constante procura pela atualização da mais recente evidência científica.

A autorreflexão permitiu adquirir novos conhecimentos orientados para uma melhoria contínua de qualidade e resolução de problemas, com vista a uma prática de enfermagem avançada e especializada, assente numa prestação de cuidados de excelência.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Família; Visita; Cuidado Humanizado.

ABSTRACT

Within the “Medical-Surgical Nursing Master’s Degree: in Critical Patient Nursing area” from the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, this report aims to report the skills developed and acquired in the internship fields related to the Curricular Unit – Final Internship and Report.

The Medical-Surgical Specialist Nurse must have the scientific, ethical, relational and technical skills to be able to offer humanized and holistic care focused on his patients and their families. To reflect on this type of care appears the subject of “The influence of the extended patient visit in the outcome of the critical patient: specialized nursing care.”

This report was drawn on a descriptive methodology and critical-reflective base in order to describe my personal and professional growth process in developing skills as a Medical-Surgical Nursing Specialist Nurse.

This report presents two distinct moments, the first one is a Scoping Review named “The influence of the extended patient visit or accompaniment on the outcome of the Intensive Care Unit patient”. Its objective is to map the evidence available on the prognosis influence of the critical patient in an Intensive Care Unit.

This subject appears in a time when we saw a backspace in welcoming the presence of families in Intensive Care Units as I witnessed in my daily job as an Intensive Care Unit nurse myself.

In the second moment is presented the development route and competence acquisition of the Specialist Nurse in Medical-Surgical during the internship in the Emergency Room of a Lisbon University Hospital.

Here, I had the opportunity to identify and reflect the way to welcome families of critical patients. It was very rewarding to raise awareness and sensitize the nursing team to the very important topic that makes a nurse the enabler of a more human and close care. I left with the feeling of duty accomplished, as I know nursing will, once again, show its essence in caring, proving it is the base of the health system.

In the Emergency Room of an Azorean Hospital, I completed my second internship and had the opportunity to strengthen the approach to the critical emergency patient. I went back to the premise I set myself to achieve of raising nurses' awareness to the inclusion of families on the critical patient care.

Being a nurse is having the constant worry with excellency in the care we provide, is being a keystone on our daily practice and having a multidimensional approach to our patients and their families, always researching the most recent scientific evidence.

Self-reflection has allowed me acquisition of new knowledge focused on improving quality and problem solving with the purpose of offering specialized advanced nursing care based on excellency.

Key-words: *Nurse; Specialist; Critical Patient; Family; Patient Visit; Humanized Care.*

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

APEMERG - Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

INCS - Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Preocupações Básicas de Controlo de Infecção

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

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

Índice Geral

INTRODUÇÃO	27
1. A INFLUÊNCIA DA VISITA OU ACOMPANHAMENTO ALARGADO NO OUTCOME DOS DOENTES INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: UMA SCOPING REVIEW	31
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	49
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	55
3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal	57
3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	65
3.3. Domínio da Gestão de Cuidados	71
3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	77
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

Índice de Apêndices

Apêndice I – Instrumento de Extração de Dados da <i>Scoping Review</i>	91
Apêndice II – Poster apresentado no “I Congresso da Ordem dos Enfermeiros dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros.	99
Apêndice III – Apresentação Oral no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo.	103

Índice de Anexos

Anexo I – Certificado de participação no “ <i>Webinar</i> – Emergência Extra-Hospitalar: Presente e Futuro”, da Ordem dos Enfermeiros.	117
Anexo II – Certificado de participação no “I Congresso de Enfermagem dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.	121
Anexo III – Certificado do Poster Vencedor, apresentado no “I Congresso de Enfermagem dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.	125
Anexo IV – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – “Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo”.	129
Anexo VI – Certificado de coautor da apresentação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – “Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo” com o tema “A influência do acompanhamento ou visita alargada no <i>outcome</i> do Doente Crítico: uma dimensão do Cuidado Humanizado”.	133

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na <i>Scoping Review</i>	39
--	----

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência em constante evolução, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexas, sendo-lhes exigida excelência na sua prática, que só é possível através de um forte investimento formativo, com objetivo de aprofundar conhecimentos científicos, técnicos, relacionais, éticos e crítico-reflexivos, para assim prestar cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, permitindo a tomada de decisões fundamentadas e baseadas na evidência científica.

Como refere o artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, “*o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011^a).

A excelência do exercício profissional de enfermagem exige compromisso e dedicação, só assim é possível construir um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. O meu interesse pela área do cuidado ao doente crítico sempre me acompanhou em todo o meu trajeto como enfermeiro, sendo esta a razão de chegar ao dia de dizer “*Eu quero ser enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica*” e aqui estou!

Como estudante do “Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-me proposta a elaboração deste relatório como forma de patentear as competências desenvolvidas e adquiridas nos campos de estágio referentes á Unidade Curricular- Estágio Final e Relatório.

O estágio constitui uma parte integrante e essencial do plano de estudos, representando um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de

aprendizagens, de conhecimentos adquiridos, articulação teórico-prática, estimulação intelectual, bem como a reflexão das práticas, no âmbito do cuidado à pessoa (Carvalho,2003).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) *“Especialista é o enfermeiro com conhecimentos aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

O alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é a pessoa em situação crítica, ou seja *“(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

A preocupação na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados por mim, enquanto futuro Enfermeiro Especialista, impõe uma conduta de desenvolvimento contínuo, com base na formação, observação, recolha de informação e desenvolvimento de competências clínicas especializadas ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prevenindo e detetando precocemente complicações, com intervenções precisas, concretas, com resposta em tempo útil e eficaz, tendo em vista a sua recuperação, bem como adquirir conhecimentos e meios para maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, assim como adquirir conhecimentos para promover uma cultura de segurança nos cuidados prestados e conhecimentos no âmbito da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011^b).

Em enfermagem o cuidar é a base de toda a prestação de cuidados, constituindo-se o horizonte de excelência. Cabe ao Enfermeiro Especialista uma atuação em situações de maior complexidade, construindo pontes de saberes técnico-científicos, relacionais e éticos, entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar e à pessoa cuidada.

De acordo Westphal *et al.* (2018), a ausência de familiares ou pessoas significativas tem sido sugerido como um fator de risco modificável para o desenvolvimento de *delirium* e ansiedade na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Hurst *et al.* (2019) acrescenta que o reconhecimento da importância da família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos é a “pedra angular” do cuidado centrado no doente. Além da justificação de humanização, esta estratégia é proposta como um meio de melhorar os *outcomes* quer no doente, quer na família.

O “ato” de cuidar de indivíduos, famílias e grupos, constitui uma área de intervenção determinante em enfermagem, não apenas devido às transições dinâmicas de humano-para-humano, mas também às competências necessárias, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço, pelo que se entende que a família também constitui um alvo no cuidar em enfermagem. A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções, que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente (Ramos *et al.*, 2018).

Neste sentido, “A influência da visita alargada no *outcome* do doente crítico: Cuidado Especializado de Enfermagem” surge como título deste relatório sendo a linha orientadora de todo o trabalho desenvolvido durante os estágios.

O Estágio foi dividido entre dois campos num total de 360 horas, sendo o primeiro num Centro Hospitalar Universitário de Lisboa, numa Unidade de Urgência Médica, com início a 1 de Setembro de 2022, e término a 02 de Outubro de 2022. A decisão de realizar este estágio relacionou-se com o facto de ser um serviço polivalente com grande afluência e tipologia de doentes, num hospital de referência a nível nacional. Considero que a diversidade de patologias e situações críticas encontradas neste serviço permitiu inúmeras oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista no seio de uma equipa competente e diferenciada.

O segundo período de estágio desenvolveu-se num Hospital da Região Autónoma do Açores no Serviço de Urgência (SU), com início a 19 de Outubro de 2022, e término a 25 de Novembro de 2022. Realizar o estágio neste Serviço de Urgência, relacionou-se com o facto de considerar um serviço de excelência

para desenvolver competências na abordagem emergente e/ou urgente ao doente em situação crítica. O Serviço de Urgência é um serviço de grande afluência de doentes, bem como diversidade de situações clínicas, sendo a principal porta de entrada no hospital.

Ambos os estágios integraram uma carga horária de 180 horas de contacto em prática clínica. A totalidade do estágio contou com 20 horas de orientação tutorial, o tempo de estudo individual foi reservado para revisão e mobilização de matéria lecionada com o contexto da prática, bem como pesquisa bibliográfica para enriquecimento de uma prática consistente, baseada na melhor evidência.

Acredito que, para ser possível o desenvolvimento de competências, é fundamental sentirmos essa necessidade. Por isso, reafirmo que investir nesta área formativa vai de encontro aos meus objetivos pessoais e profissionais, e que possibilitará desenvolver os cuidados enquanto profissional de enfermagem de excelência, através de uma prática bem estruturada e baseada na evidência.

Do ponto de vista estrutural, este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: O primeiro capítulo diz respeito à **Scoping Review** intitulada “*A influência da visita ou acompanhamento alargado no outcome dos doentes internados em Cuidados Intensivos*”. O segundo capítulo **contextualiza os campos de estágio**, o terceiro capítulo irá descrever o modo como foram desenvolvidas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sendo denominado como **Descrição e Análise do Processo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências em Contexto de Estágio**. As **Considerações finais**, constituem a síntese final deste trabalho, as **Referências Bibliográficas** seguem a norma de referência da American Psychological Association (APA) versão 2020 (7ª edição), o estilo de Vancouver é o usado na *Scoping Review*, por ser o utilizado na revista selecionada para publicação, por fim, apresentam-se os **Apêndices** e os **Anexos**.


1. A INFLUÊNCIA DA VISITA OU ACOMPANHAMENTO ALARGADO NO *OUTCOME* DOS DOENTES INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: UMA *SCOPING REVIEW*

A Influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* dos doentes internados em Cuidados Intensivos: uma *Scoping Review*

Autores

Coelho, Lénia¹, Rocha, Paulo², Rabiais, Isabel³

1. Master Student in Specialized Critical Care Nursing, at the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon. lennya_7@hotmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-4428-1679>

2. Master Student in Specialized Critical Care Nursing, at the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon. rocha_paulo24@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1263-4601>

3. PhD in Nursing. Assistant Professor at the Health Science Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon. Nurse.raby@ucp.pt

 <https://orcid.org/0000-0002-8342-1171>

Resumo

Objetivo: Esta *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência disponível sobre a influência da presença alargada dos familiares na evolução e no prognóstico do doente em situação crítica internado em cuidados intensivos.

Introdução: A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os

resultados da condição do doente. Numa época em que existiu um retrocesso no que concerne à liberdade de acompanhamento dos doentes, é importante analisar e compreender a evidência sobre a influência que a presença alargada dos familiares/ acompanhantes poderá ter na evolução e no prognóstico dos doentes internados em cuidados intensivos.

Crítérios de Inclusão: A *scoping review* é realizada com base nas orientações do JBI (*Joanna Briggs Institute*), onde para determinar os critérios de inclusão se recorre à mnemónica “PCC” como sendo “População”; “Conceito”; “Contexto”. A população-alvo são os doentes internados em Cuidados Intensivos, o conceito é o inerente a visita ou acompanhamento alargado e o contexto reporta a todos os contextos de cuidados críticos, mais especificamente unidades de cuidados intensivos de adultos.

Métodos: Para a realização desta revisão optou-se pela metodologia da JBI. Inicialmente realizou-se uma pesquisa preliminar do tema em duas bases de dados (EBSCO e PUBMED), utilizando os termos evidenciados para pesquisa.

Após a análise dos termos utilizados pelos autores dos documentos, efetuou-se uma segunda pesquisa contendo todos os descritores e palavras-chave selecionadas, sendo analisados os títulos e resumos pelos dois revisores, para seleção dos artigos a serem considerados para a *scoping review*. Foram considerados os artigos publicados nos últimos cinco anos, uma vez que as pesquisas preliminares demonstram um maior desenvolvimento de evidência científica relativamente ao assunto, sendo examinados os artigos com idioma em Português, Inglês e Castelhana, uma vez que são idiomas dominados por ambos os revisores.

A seleção dos artigos obedece aos critérios de inclusão e exclusão definidos previamente.

Os termos de “visita alargada”, “visita flexível”, “visita aberta”, “visitação não restrita” ou “visita permanente” são sinónimos frequentemente utilizados na literatura, nem sempre especificando as suas particularidades. Para o efeito da presente revisão, considera-se o contexto de visita alargada ou equivalente a todas as tipologias de visitas que reduzem as restrições previamente impostas

nas Unidades de Cuidados Intensivos, aumentando a possibilidade de permanência dos visitantes.

Introdução

A admissão em Unidades de Cuidados Intensivos é um evento potencialmente stressante, onde a dor e a disfunção psicológica decorrente de doença aguda podem estar associadas a distúrbios emocionais secundários ao medo do diagnóstico, procedimentos terapêuticos, privação do sono, mobilidade reduzida e limitações da presença de familiares junto aos doentes.¹³

Estudos exploratórios limitados sugerem que a presença de todos estes fatores, ajudam a induzir o sentimento de isolamento, diminuição das capacidades comunicacionais, e eventualmente agir como risco somático para o desenvolvimento da “Síndrome de UCI” e *delirium*, constando como um forte preditor de um prognóstico desfavorável.^{6,11,13}

A Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se como um ambiente de cuidados de saúde destinado à prestação de cuidados a doentes críticos, envolvendo alta tecnologia com uma dinâmica de atendimento complexa e especializada, onde se concentram recursos humanos e materiais para assistência permanente das condições vitais da pessoa em situação crítica.³

Historicamente, num contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de adulto, as políticas de visita têm sido restritivas com designação de horários estipulados e tempo de visita. Pensava-se ser uma política eficaz na “proteção” da pessoa em situação crítica, permitindo aos enfermeiros e outros profissionais, tempo e organização para a prestação de cuidados.⁷

É comumente aceite que os cuidados de saúde têm evoluído de uma perspectiva “centrada na doença” para um modelo “centrado no doente”, onde os doentes e famílias são participantes ativos no seu próprio cuidar. Isto torna-se particularmente importante, e desafiante, numa situação de doença ameaçadora de vida. No entanto, apesar dessa importância reconhecida, a complexidade do meio numa Unidade de Cuidados Intensivos, acrescida das múltiplas comorbilidades dos doentes, procedimentos invasivos necessários e gestão de recursos, torna a implementação da visita alargada num desafio particular.¹²

As Unidades de Cuidados Intensivos vêm alterando as suas políticas de visita restritiva para um tipo de visita mais flexível, para que a família permaneça junto do doente por um período maior, amenizando o sofrimento ocasionado pelo internamento.³

A ausência de familiares ou pessoas significativas tem sido sugerido como um fator de risco modificável para o desenvolvimento de *delirium* e ansiedade da pessoa na Unidade de Cuidados Intensivos⁶, sendo que o reconhecimento da importância da família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos é a “pedra angular” do cuidado centrado no doente. Além da justificação de humanização, esta estratégia é proposta como um meio de melhorar os *outcomes* quer no doente, quer na família.⁷

As políticas de visita aos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos, incluindo número de horas, número de visitantes e suporte prestado aos familiares, são componentes importantes do cuidado crítico centrado na família. A visita alargada, nas quais os horários têm pouca ou nenhuma restrição, pode ser benéfica quer para os doentes, quer para os familiares, melhorando o acesso ao cuidado, facilitando a comunicação e reduzindo o stress.¹

Diversas organizações como a “*American Association of Critical Care Nurses*” (AACN) ou a “*World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*” reforçam a visita aberta como uma recomendação de boas práticas na Unidade de Cuidados Intensivos (AACN, 2016).⁸ Apesar disso, muitas Unidades de Cuidados Intensivos em todo o mundo praticam políticas de visita restritivas, sendo fundamental explorar as barreiras ou os desafios na adoção da política de visita alargada na Unidade de Cuidados Intensivos.^{2,8}

Na literatura, várias condicionantes são apontadas para esta implementação, sendo as mais relevantes atribuídas à perceção negativa/atitudes dos profissionais, à proteção do doente e risco de infeção, assim como considerações familiares/culturais e desafios organizacionais.⁸

A perceção que a presença da família na Unidade de Cuidados Intensivos aumenta o risco de infeção, a desorganização do cuidado e o aumento do *burnout* das equipas, parecem ser o pilar de fundamentação destas políticas restritivas. No entanto, diversos estudos já efetuados, não são suficientes para

fundamentar essas limitações, por não serem consistentes ou confirmados pela literatura, ao contrário que a liberalização do tempo de visita, cada vez mais se torna reconhecida como uma boa prática de cuidado centrado no doente e família.²

Alguns autores^{3,9,10} defendem que a visita é considerada uma das “10 necessidades” fundamentais dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, sendo também das mais negligenciadas em todo o sistema de saúde. A restrição de visitas conduz a efeitos adversos, como por exemplo instabilidade dos considerados “parâmetros fisiológicos”. Uma política de visita mais flexível potencia uma melhoria na qualidade dos cuidados, assim como um maior grau de satisfação, quer dos doentes, quer dos familiares envolvidos.¹⁰

O “ato” de cuidar de indivíduos, famílias e grupos, constitui uma área de intervenção determinante em enfermagem, não apenas devido às transições dinâmicas de humano-para-humano, mas também às competências necessárias, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço, pelo que se entende que a família também constitui um alvo no cuidar em enfermagem. A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções, que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente,⁹ sendo que na dinâmica em Unidade de Cuidados Intensivos, é fundamental que o enfermeiro possua as competências que lhe permitam um cuidar de excelência, quer ao doente, quer à família, com a flexibilidade de promover a mudança necessária no seu contexto, que conduza ao bem-estar do doente a seu cuidado.

Os enfermeiros assumem uma responsabilidade vital no que concerne à aceitação de qualquer política a implementar nos sistemas de saúde, sendo que no âmbito da estruturação de uma política de visita alargada e sua implementação, dependem maioritariamente das crenças e atitudes dos enfermeiros face ao assunto.¹⁰

Infelizmente, estudos avaliando o impacto distinto das políticas de visita nos doentes e familiares relativamente ao seu *outcome* são escassos, sendo que esta fragilidade poderá constituir uma barreira à implementação do cuidado centrado no doente e família na Unidade de Cuidados Intensivos², justificando

desta forma, uma *scoping review* a forma de mapear esse conhecimento disperso.

Questão de revisão

Qual é a influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* da pessoa em situação crítica internada em Cuidados Intensivos?

What is the influence of extended visitation policy in the outcome of critically ill patients hospitalized in the Intensive Care Unit?

Palavras-Chave

Unrestricted visitation, Flexible visitation, Intensive Care Patients, Open visitation, Patient outcome.

Critérios de Elegibilidade

Participantes

Adultos em situação crítica, internados em Cuidados Intensivos;

Incluem-se todos os doentes, independentemente do índice de gravidade;

Consideram-se excluídos os doentes com idade <18 anos (menores).

Conceito

Visita ou acompanhamento alargado.

Considera-se como visita, o período de permanência dos familiares de referência ou outros acompanhantes significativos, junto dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos;

Contexto

Unidades de Cuidados Intensivos de adultos.

Tipos de Estudos

Nesta revisão são considerados estudos publicados, sejam primários (investigações originais) ou secundários (revisões sistemáticas da literatura e revisões narrativas). São considerados estudos de paradigma quantitativo, qualitativo, e com métodos mistos. De igual modo, estudos observacionais (com desenhos descritivos, exploratórios e analíticos), e experimentais (incluindo os estudos clínicos controlados randomizados, estudos clínicos não randomizados ou outros estudos quase experimentais), assim como estudos de corte transversal e longitudinal.

São considerados estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola (castelhano), uma vez que, constituem os idiomas de domínio dos revisores.

A linha temporal considerada inclui publicações dos últimos cinco anos.

Métodos

A fase metodológica define-se pela identificação dos meios a utilizar para a realização da investigação, sendo que a natureza do desenho de estudo varia com o tipo do objetivo em estudo.⁴

Para a realização desta revisão optou-se pela metodologia da JBI para *scoping reviews*. Ao contrário de outras revisões que tendem a abordar questões relativamente precisas, as *scoping reviews* podem ser utilizadas para mapear os principais conceitos que sustentam um campo de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho e/ou limites conceituais de um tópico.⁵

Uma *scoping review*, tem como objetivo mapear as evidências científicas relativamente a uma determinada área de conhecimento, esclarecer os principais conceitos e definições, identificar lacunas de conhecimento existentes e criar oportunidade para reconhecer a realização de uma investigação futura⁵. Assim considera-se adequado este tipo de estudo de acordo com o objetivo definido.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa está subdividida em 3 fases:

1- Inicialmente realizou-se uma pesquisa preliminar do tema em duas bases de dados (EBSCO [CINAHL/MEDLINE] e PUBMED), recorrendo também ao Google Académico para inclusão de literatura académica, utilizando os termos evidenciados para pesquisa.

2- Seguidamente após análise dos termos utilizados pelos autores dos documentos, efetuou-se uma segunda pesquisa contendo todos os descritores e palavras-chave definidos, adequados a cada base de dados, sendo analisados os títulos e resumos pelos dois revisores, para seleção dos artigos a serem considerados para a *scoping review*.

3- Na última fase, foram revistos na íntegra os documentos selecionados pelos dois revisores.

Foram considerados os artigos publicados nos últimos cinco anos, com idioma em Português, Inglês e Espanhol (castelhano), uma vez que são idiomas dominados por ambos os revisores.

A seleção dos artigos obedece aos critérios de inclusão e exclusão definidos.

A pesquisa final incluindo todos os termos é incluída como anexo a este protocolo. Para uma melhor legibilidade e compreensão dos dados foi construído um documento em Word com base no documento "*template study details, characteristics and results extraction instrument*" da JBI, e posteriormente os dados serão apresentados em tabelas.

Seleção de Pesquisa

Na segunda fase da pesquisa, todos os estudos selecionados foram exportados para o Software de Gestão de Referências "*Mendeley*" (Versão 2.72.0) e os duplicados foram eliminados.

Seguidamente, pelos dois revisores, procedeu-se à análise pormenorizada dos títulos e resumos dos artigos direcionados para a questão de revisão e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, não se

procedendo a uma avaliação da qualidade metodológica de cada artigo *per si*, uma vez que uma *scoping review* não exige esta análise, mas procura sim incluir toda a literatura disponível.⁵

Foram enunciados os motivos para a exclusão de artigos e estudos que após a sua análise não satisfizeram os critérios de inclusão.

Todas as divergências que surgiram entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram resolvidas através de discussão, ou com um terceiro revisor adicional.

Os resultados da pesquisa e o estudo de inclusão são apresentados detalhadamente na revisão final, com recurso ao diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) – Figura 1.

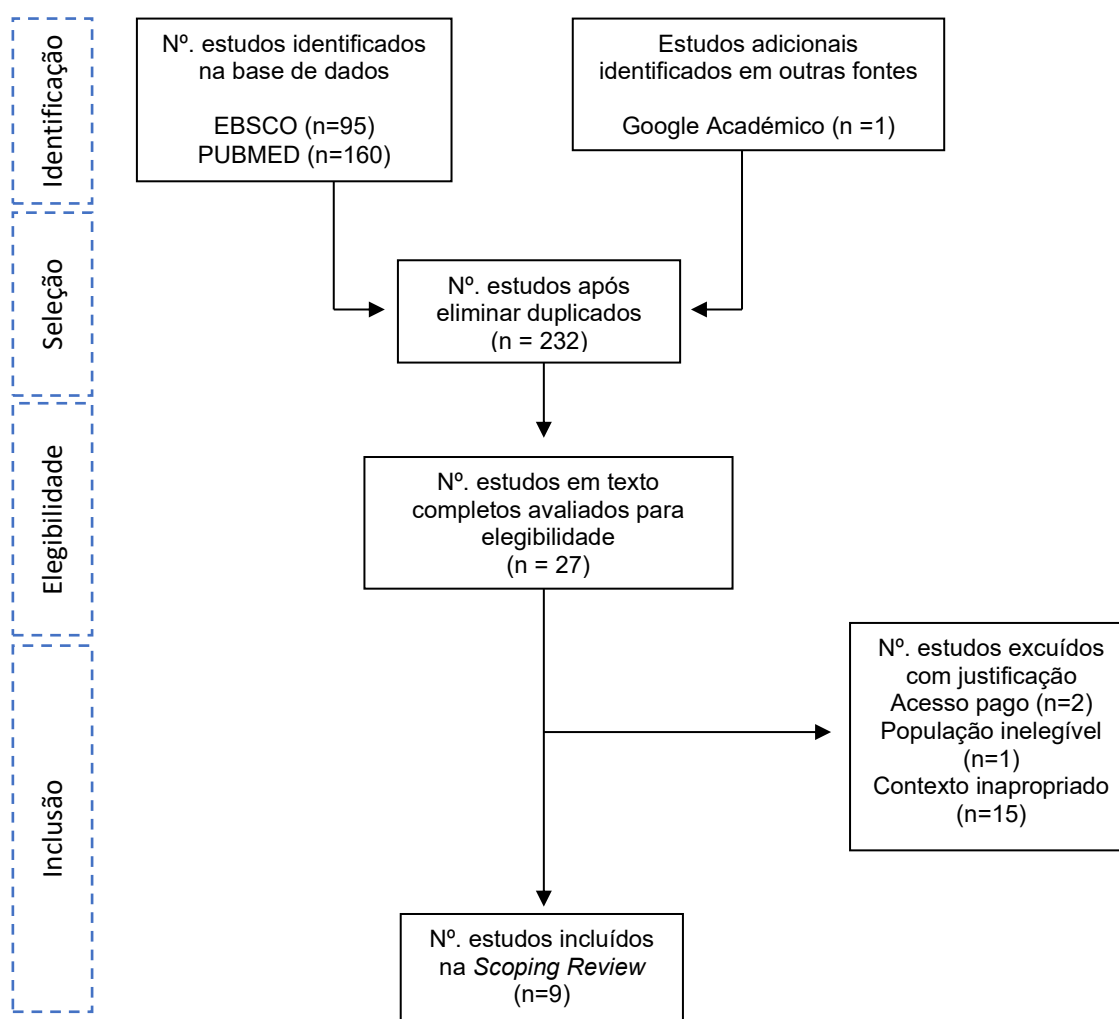


Figura 1 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na *Scoping Review*.

Extração de dados

Os dados foram extraídos dos documentos incluídos na *scoping review* por dois revisores independentes, tendo por base as orientações da JBI.

Os dados extraídos foram incorporados em tabelas que incluem detalhes específicos sobre os artigos analisados, com vista à resposta da questão elaborada.

A tabela com os dados das extrações dos documentos, foi atualizada sempre que existiram novos dados de inclusão pertinentes.

Resumo e Apresentação de Dados

Após o processo de avaliação e seleção dos artigos, foram organizados em forma de tabela, divididos de acordo com a questão de investigação, indicando ou não evidência de influência no *outcome* dos doentes.

Os revisores reuniram-se para discutir as considerações listadas no instrumento de extração de dados, formulando uma conclusão.

No final das tabelas elaboradas, é apresentada a conclusão dos documentos analisados, relativamente ao *outcome* da visita alargada, classificando a influência da visita alargada como: benéfica, não benéfica e sem influência.

Discussão

Após análise dos artigos (**Apêndice I**) pode-se verificar que a maioria das Unidades de Cuidados Intensivos estudadas adotam políticas de visitas restritivas, sendo necessário percorrer algum caminho e evidência científica para implementação de uma política de visita mais flexível.

A literatura encontrada aponta na sua maioria para uma influência benéfica relativa aos *outcomes* nos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos, onde diversos fatores com o *delirium*, taxa de mortalidade, parâmetros fisiológicos e surgimento de infeções são estudados.

Os doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos passam por situações que aumentam o nível de *stress* e ansiedade, devido a todas as alterações decorrentes do processo fisiopatológico e a separação face aos membros da família ou amigos, podendo aumentar ainda mais esses eventos.

A ansiedade é um sintoma comum apresentado pelos doentes e familiares durante o período de instabilidade e internamentos hospitalares. O **artigo 1** trata-se de um estudo randomizado que avaliou dois períodos de visita aberta, com um período de visita fechada, correlacionando as políticas de visita aberta com uma diminuição da ansiedade do doente, e concluiu que houve uma melhoria nos seus perfis hormonais e diminuição das complicações cardiovasculares.

Um estudo³ semelhante realizado no médio oriente, teve como objetivo correlacionar o nível de ansiedade e as alterações fisiológicas, expondo que durante o período de visita, houve uma redução do nível de ansiedade e melhoria da sensação de bem-estar. Além disso, as frequências cardíacas e respiratórias reduziram, e a saturação periférica de oxigénio aumentou, corroborando para a melhoria clínica do doente.

Por outro lado, as infeções hospitalares constituem um assunto que preocupa os profissionais de saúde e todos os envolvidos no processo de hospitalização. Em relação ao processo de infeção, um estudo³ que comparou a incidência de infeção entre o período de visita restrita *versus* o período de visita aberta na Unidade de Cuidados Intensivos, demonstrou não haver diferença significativa nas infeções adquiridas pelos doentes nos períodos analisados. O principal risco de infeção nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos está relacionado com procedimentos invasivos e microrganismos por transmissão cruzada e não pela presença do acompanhante.

A partir do exposto no artigo analisado, é possível inferir que a visita aberta contribui para melhorar os desfechos relatados, como ansiedade e bem-estar, tanto do doente como da família, amenizando o *stress* vivenciado no internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, além de melhorar alguns sinais vitais do doente. Em diversas situações clínicas, esses resultados convergem para a recuperação do doente, como exemplo, o caso dos doentes com o diagnóstico de síndrome coronária aguda, que geralmente requer

permanência de 48 horas em Unidade de Cuidados Intensivos. A presença do familiar pode contribuir para a redução da frequência cardíaca, diminuindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio afetado e diminuição da ansiedade.

O *delirium* é uma forma frequente e grave de síndrome cerebral agudo, representando um grande desafio para os profissionais de cuidados intensivos, pois está associado ao aumento da mortalidade, maior tempo de permanência em Unidade de Cuidados Intensivos e no hospital, com maiores custos e aumento do risco de comprometimento cognitivo a longo prazo. Assim, identificar estratégias que possam reduzir o risco e a carga de *delirium* em doentes na Unidade de Cuidados Intensivos é fundamental para melhorar os resultados. No **artigo 2** é salientado que lamentavelmente, as intervenções farmacológicas têm um papel limitado na prevenção e tratamento do *delirium*. Em relação às abordagens não farmacológicas, algumas evidências indicam que diversas intervenções, incluindo controlo da dor, reorientação do doente, higiene do sono, prevenção da privação sensorial, mobilização precoce e estabelecimento de um ambiente familiar, podem reduzir a frequência do *delirium*. Como o envolvimento da família desempenha um papel essencial no bem-estar do doente, os visitantes estão associados à menor ocorrência de *delirium*.

Neste estudo prospetivo, a presença da família no cenário de cuidados intensivos é proposta como meio para permitir uma redução da ansiedade do doente, participando na reorientação e estimulação cognitiva dos doentes. Além disso, políticas alargadas de visita na Unidade de Cuidados Intensivos têm sido associadas a níveis mais altos de satisfação do doente e da família.

O **artigo 3** trata-se de um estudo onde na fase inicial os familiares podiam permanecer com os doentes (até 6 horas) e na fase posterior (de comparação) os familiares podiam estar na presença do doente até 24 horas. Concluiu-se que na fase II o *delirium* reduziu de 12.1% para 6.7% e a incidência do mesmo reduziu de 29.4% para 15.9%. É salientado também que a visita prolongada foi o único fator de proteção para a ocorrência de *delirium*.

No **artigo 4** os estudos incluídos compararam a visita flexível com a restritiva na Unidade de Cuidados Intensivos, onde os desfechos relacionados com o doente,

incluíram infecções adquiridas na Unidade de Cuidados Intensivos, *delirium*, ansiedade e depressão.

Os resultados apontam para possíveis benefícios inerentes às políticas de visita flexível, pois relativamente ao *delirium*, pode-se concluir que a percentagem de doentes com *delirium* diminuiu de 25% para 12% em comparação com a visita restritiva. Os resultados referentes às infecções adquiridas, revelam que não existe maior percentagem das mesmas nas visitas flexíveis (16.7%-17.0%). Não foram encontradas diferenças relativamente à mortalidade da Unidade de Cuidados Intensivos em comparação com as duas modalidades de visita.

O objetivo do estudo prospetivo antes e depois, definido no **artigo 5**, foi avaliar o benefício de um modelo de visita prolongada (ou alargada) na Unidade de Cuidados Intensivos em doentes críticos em relação à ocorrência de *delirium*.

O estudo concluiu que os doentes que beneficiaram de uma visita alargada, apresentaram incidência significativamente menor de *delirium*, e um menor tempo de permanência em Unidade de Cuidados Intensivos. No entanto não houve diferença estatisticamente significativa para infecções adquiridas na Unidade de Cuidados Intensivos, bem como mortalidade entre os grupos de estudo.

Na revisão do **artigo 6**, estudos observacionais e randomizados pretendiam sintetizar dados sobre os desfechos relativos aos doentes, familiares e profissionais de Unidade de Cuidados Intensivos, comparando políticas de visitas flexíveis *versus* restritivas. Entre os doentes, as políticas de visita flexíveis foram associadas à redução da frequência de *delirium* e menor gravidade dos sintomas de ansiedade.

Neste estudo, também as políticas de visita flexíveis não foram associadas ao aumento do risco de mortalidade na Unidade de Cuidados Intensivos, assim como infecções adquiridas ou internamentos mais prolongados.

Entre os familiares, políticas de visita flexíveis foram associadas a maior satisfação. Entre os profissionais de Unidade de Cuidados Intensivos, este tipo de políticas foram associadas a maiores níveis de *burnout*, concluindo que horário flexível de visita à Unidade de Cuidados Intensivos tem o potencial de

reduzir os sintomas de *delirium* e ansiedade entre os doentes e promover melhoria da satisfação dos familiares.

O **artigo 7** trata-se de um estudo clínico randomizado, por *cluster* e cruzado, envolvendo doentes, familiares e profissionais de saúde em 36 Unidades de Cuidados Intensivos, com a finalidade de comparar os efeitos da visita flexível (até 12 horas por dia) com foco na educação e envolvimento dos familiares, opostamente à visita restrita (standard). No estudo, a incidência de *delirium* foi de 18.9% no grupo com visita flexível e de 20.1% no grupo de controlo, indicando que a diferença entre a incidência de *delirium* não foi estatisticamente significativa. O estudo também analisa *outcomes* secundários como as infeções adquiridas na Unidade de Cuidados Intensivos (3.7% vs 4.5%), *burnout* dos profissionais de saúde (22.0% vs 24.8%), média de ansiedade dos familiares (6.0 vs 7.0) e índices de depressão (4.0 vs 5.0), indicando assim que o alargamento do horário de visita não contribui para o aumento das infeções ou para o *burnout* dos profissionais envolvidos.

No grupo de intervenção, apesar do aumento do tempo de permanência dos familiares junto ao doente, com maior perceção de envolvimento em múltiplas estratégias para prevenir o *delirium* (como reorientação espaço-temporal, mobilização e controlo da dor), foram insuficientes para a prevenção do *delirium*. No entanto, melhores *outcomes* familiares foram observados, mediados por uma melhoria na comunicação, proximidade do doente, reafirmação e apoio, conduzindo a um aumento da satisfação.

O **artigo 8** comporta um estudo clínico randomizado paralelo, com o objetivo de analisar a relação entre o aumento do tempo de visita e os parâmetros fisiológicos dos doentes. Os resultados revelam que a pressão arterial sistólica e diastólica, assim como a frequência cardíaca tiveram um decréscimo significativo, dentro dos parâmetros normais, após 10 a 30 minutos de visita nos grupos de intervenção.

No estudo também são analisados itens relativamente às perspetivas dos enfermeiros sobre a visita, onde 86,4% acreditam que a visita contribui para a melhoria do cuidado centrado no doente, 83,4% que a visita é importante na

recuperação dos doentes e 73,4% referem que a visita é um suporte importante para os enfermeiros.

Desta forma, o estudo indica que o aumento do tempo da visita pode determinar efeitos positivos na estabilidade dos parâmetros fisiológicos, onde permitindo mais horas de visita na Unidade de Cuidados Intensivos, com uma política mais flexível, pode proporcionar um ambiente terapêutico, onde não apenas as alterações fisiológicas são minimizadas dentro do possível, mas também se verifica um aumento da satisfação por parte dos doentes face ao tratamento.

No **artigo 9**, um estudo clínico randomizado controlado, realizado de forma cega, onde os doentes não sabiam a natureza do seu grupo, mostrou que não existia variabilidade nos parâmetros fisiológicos antes do tempo de visita, mas que durante e após a intervenção (visita), esta era significativa relativamente à média da pressão arterial sistólica e frequência cardíaca. No entanto, a temperatura corporal e a frequência respiratória não sofreram alterações expressivas. O estudo reforça que a presença dos familiares ou amigos junto ao doente, além de não perturbar os sinais vitais, pode causar alterações positivas no quadro clínico dos doentes, aumentando o nível de satisfação.

Apesar do estudo não reforçar a implementação de um estilo de visita alargado, reporta que, baseado nos achados, não existe razão para aplicar restrições na visita aos doentes admitidos na unidade coronária de Unidade de Cuidados Intensivos.

Conclusão

A evidência disponível sugere que a adoção de uma política de visitas mais flexível/ alargada promove diversos benefícios, desde melhoria dos parâmetros fisiológicos, maior conforto e satisfação por parte dos doentes e familiares, diminuindo o *delirium*, bem como os níveis de ansiedade. Conclui-se também que não existe evidência que tal atitude comporte riscos para o aumento da infeção, reduzindo inclusivamente o tempo de internamento em Unidade de

Cuidados Intensivos, influenciando assim, positivamente o *outcome* dos doentes.

Assim sendo, de acordo com a evidência analisada, uma política de visita mais flexível/ alargada deve ser uma prática incentivada a implementar nas Unidades de Cuidados Intensivos

Agradecimentos

Primeiramente agradecemos ao Enf. Filipe Rodrigues, pela sugestão do tema da *scoping*, e fundamentalmente, por nos fornecer um propósito maior na sua realização – a fundamentação para implementação da visita aberta na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira;

Agradecemos também o incansável apoio prestado pela Prof. Doutora Isabel Rabiais, como revisora integrante deste projeto e que nos conduziu como uma linha orientadora ao longo de todo o processo.

Financiamento

Nenhum fundo foi financiado para a elaboração da presente *scoping review*.

Limitações

Uma das principais limitações identificadas *à priori* relaciona-se com a falta de consenso nos termos relativos à “visita”, onde os termos de “visita alargada”, “visita flexível”, “visita aberta”, “visitação não restrita” ou “visita permanente” são sinónimos frequentemente utilizados na literatura, onde as suas particularidades (duração, horário, número de visitantes, ...) não são muitas das vezes esclarecidos.

Conflito de Interesses

Nenhum dos autores envolvidos no projeto possui conflito de interesses a declarar.

Aprovação Ética

A aprovação ética não é necessária para este tipo de investigação.

Referências Bibliográficas

¹Alexis Tabah, Mahesh Ramanan, Rachel L. Bailey, et al., (2021), *Family visitation policies, facilities, and support in Australia and New Zealand intensive care units: A multicentre, registry-linked survey*, Research paper, Volume 35, pp 375-382, 01JUL2022 – DOI disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.009>>;

²Antonio Paulo Nassar Junior, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, Caroline Cabral Robinson et al. (2018), *Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis*, DOI: 10.1097/CCM.0000000000003155;

³Cláudia Severgnini Eugênio, Marco Colomé Beck Filho, Emiliane Nogueira de Souza, (2017), *Visita aberta em UTI adulto: utopia ou realidade?*, Revista de Enfermagem da UMSF, Doi: 10.5902/2179769222692;

⁴Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta;

⁵Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, et al,. *Revisões de escopo In: Aromataris. JBI Manual for Evidence Synthesis*, Capítulo 11, 2020. Disponível em <<https://synthesismanual.jbi.global> . <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>>;

⁶Glauco Adrieno Westphal, Mayara Schirmer Moerschberger, Dailany D’Aroz Vollmann, et al., (2018), *Effect of a 24-h extended visiting policy on delirium in critically ill patients*, disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5153-5>>;

⁷Helen Hurst, Jane Griffiths, Carrie Hunt and Ellen Martinez, (2019), *A realist evaluation of the implementation of open visiting in an acute care setting for older people*, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4653-5>;

⁸Jing Ning, Vicki Cope, (2019), *Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review*, disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102763>>;

⁹Raquel Marlene Vieira Ramos, Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Manuela Celeste Sousa Ferreira, João Pedro Pinto Coelho de Oliveira (2018) *Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo*, *Cadernos de Saúde*, Vol. 10, Número 2 pp. 5-10, disponível em <<https://doi.org/10.34632/>>;

¹⁰Reihane Akbari, Hossein Karimi Moonaghi, Ahmad Bagheri Moghaddam (2020), *Implementation of a flexible visiting policy in intensive care unit: A randomized clinical trial*, DOI: 10.1111/nicc.12499;

¹¹Rosa, Regis., Silva, Daiana., Madeira, Laura., et al, (2017), *Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention*, DOI 10.1097/CCM.0000000000002588;

¹²Ruth Kleinpell, Jerry Zimmerman, Kathleen L. Vermoch, et al., (2019) *Promoting Family Engagement in the ICU: Experience From a National Collaborative of 63 ICUs*, DOI: 10.1097/CCM.0000000000004009;

¹³Stefano Fumagalli, Lorenzo Boncinelli, Antonella Lo Nostro, et al., (2005), *Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit*, DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O estágio constitui uma parte integrante e essencial do plano de estudos, representando um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de aprendizagens, de conhecimentos adquiridos, articulação teórico-prática, estimulação intelectual, bem como a reflexão das práticas, no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica, proporcionando a aquisição e consolidação de competências profissionais que definem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Carvalho, 2003).

A Unidade Curricular- Estágio Final e Relatório, no âmbito do “Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi desenvolvida em dois contextos diferentes de estágio como o intuito comum de prestação de cuidados ao doente crítico. Teve o seu início a 5 de Setembro de 2022 e término a 16 de Dezembro de 2022, com um total de 750 horas, das quais 360 horas corresponderam ao tempo de prática clínica e 20 horas de orientação tutorial. O tempo de estudo individual foi destinado para revisão e mobilização de matéria lecionada com o contexto da prática, bem como pesquisa bibliográfica para enriquecimento de uma prática consistente, baseada na melhor evidência.

O meu primeiro período de estágio (180 horas) foi concretizado num Centro Hospitalar Universitário de Lisboa, numa Unidade de Urgência Médica, entre 1 de Setembro 2022 e 2 de Outubro de 2022.

É um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência. Tem por missão “*prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde*”. A sua atividade assegura a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as

melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (CHULC, 2022).

A Unidade de Urgência Médica é constituída por uma equipa de 110 enfermeiros (16 por turno) – 1 Especialista em Saúde Mental, 6 Especialistas em Reabilitação, 15 Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. A equipa multidisciplinar integra também 16 Médicos e 18 Assistentes Operacionais.

As causas mais frequentes de internamento nesta unidade são:

- ✓ Doente com Patologia Médica;
- ✓ Doente submetido a cirurgia urgente;
- ✓ Doente submetido a cirurgia eletiva;
- ✓ Doente Politraumatizado;
- ✓ Doente Neurocrítico;
- ✓ Doente Coronário.

Os Procedimentos mais comuns são:

- ✓ Colocação de electrocatéter provisório;
- ✓ Fibroscopias;
- ✓ Hemodiálise;
- ✓ Plasmaferese;
- ✓ Hemoperfusão;
- ✓ Colocação de cateteres de Hemodiálise;
- ✓ Extracoperal Cardiopulmonary Resuscitation - ECPR (com sala própria);
- ✓ Resgate de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO).

O estágio na Unidade de Urgência Médica constitui uma excelente oportunidade de contactar com novas realidades, permutar experiências, refletir sobre as práticas, formas de estar e de agir, adquirir e consolidar novas competências no cuidado à pessoa em situação crítica, tendo em vista a prestação de cuidados de qualidade e com segurança, permitindo a tomada de decisões fundamentadas e baseadas na evidência científica, bem como

mobilizar experiências fundamentais para o meu contexto de trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Para o estágio delineei um objetivo geral e dois específicos que considero determinantes no desenvolvimento das minhas competências. Foram guias orientadores da minha ação, numa prática clínica reflexiva, de enriquecimento pessoal e profissional, sempre centrada no doente crítico e sua família.

Objetivo geral:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crítica e respetiva Família.

Objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Cuidados Intensivos na Unidade de Urgência Médica;
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito das competências relacionais e comunicacionais à pessoa em situação crítica e familiares/acompanhantes em Unidade de Cuidados Intensivos.

O meu segundo período de estágio (180 horas) decorreu num Hospital da Região Autónoma dos Açores no Serviço de Urgência, entre 19 de Outubro 2022 e 25 de Novembro de 2022.

O hospital está situado numa das ilhas da Região Autónoma dos Açores e dá resposta aos doentes do grupo central e ocidental dos Açores no que concerne a cuidados diferenciados ao doente crítico.

O hospital tem como missão *“a prestação de cuidados de saúde, com atividade abrangente nas áreas de diagnóstico, tratamento, prevenção, investigação, ensino, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis”*, definindo vários objetivos para o seu desenvolvimento, sendo um

deles “*Promover o ensino e a formação, como condição para uma prática excelente*” (HSEIT, 2012). O Serviço de Urgência por sua vez assume como objetivo “*a recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. São todas as situações clínicas súbitas, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais*”, dividindo-se em várias secções: Triage, Área médica, Área Cirúrgica e Sala de Observação (para doentes críticos) e Sala de Emergência.

Considero que a diversidade de patologias e situações críticas encontradas neste serviço permitiu inúmeras oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista no seio de uma equipa competente e diferenciada.

Para este estágio delineei um objetivo geral e dois específicos que foram decisivos no desenvolvimento das minhas competências.

Objetivo geral:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crítica e respetiva Família.

Objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência;
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito das competências relacionais e comunicacionais à pessoa em situação crítica e familiares/acompanhantes em contexto de Serviço de Urgência.

Estes objetivos delineados para ambos os campos de estágio, assumiram-se como uma mais-valia, pois permitiram-me identificar necessidades e dirigir a minha atenção para situações específicas, providenciando um fio condutor em cada momento de estágio, e experiência que vivi. Assume-se como uma linha orientadora do meu percurso como estudante desta especialidade, atribuindo coerência e organização ao processo de

desenvolvimento de competências, impulsionado pela constante reflexão sobre a minha prática.

O enfermeiro Especialista deverá orientar a sua formação, de modo a permitir uma atuação justificada em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Para tal, é necessário definir objetivos e estratégias para o período de estágio, para que este se torne frutífero.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Os Cuidados de Saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE), define enfermeiro especialista como *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

A Ordem dos Enfermeiros (2019, p.4745) descreve domínio de competência como *“Uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”*.

Tal como noutras profissões, também na enfermagem o conceito de competência tem sido amplamente discutido, embora ainda não se tenha chegado a um entendimento comum ou uma definição.

Para Oliveira & Queirós (2015), o interesse na competência dos enfermeiros tem crescido de forma significativa, por motivos que se relacionam com a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, sendo um conceito com diferentes abordagens e transversal às mais diferentes áreas. A competência profissional dos enfermeiros é definida como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, sendo um elemento-chave na qualidade e na segurança. Benner (1984) citada por Oliveira & Queirós (2015, p.78) definiu competência do enfermeiro *“como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”*.

Independente da área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham de um domínio de competências comuns, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados sendo elas: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e específicas que são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrada através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

O Artigo 3º do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista da OE refere que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa sem Situação Crítica são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo 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.

Este capítulo encontra-se dividido em subcapítulos, referentes aos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Serão descritas e fundamentadas todas as atividades desenvolvidas, que deram resposta aos objetivos definidos para os dois campos de estágio, bem como as competências adquiridas por mim como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745), define que relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista: a) Desenvolve uma prática profissional, ética, legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e referenciando o Artigo 102º, relativo aos valores humanos, o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: *“cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa, tomando decisões fundamentadas e atendendo à melhor evidência científica e à responsabilidade ética”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011^a).

Como enfermeiro em estágio, o meu desempenho obedeceu ao acima explanado, tendo eu o dever de zelar pelos direitos universais.

As competências que regem este domínio de competências vão ao encontro de uma conduta ética e moral, de acordo com o quadro de valores e crenças assumido na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, respeitando assim, os direitos inerentes a cada ser humano.

No estágio da Unidade de Urgência Médica, senti necessidade de refletir sobre o acolhimento das famílias do doente crítico, sendo uma atividade a desenvolver o conhecimento das dinâmicas de comunicação e acolhimento mobilizadas pelo enfermeiro especialista, às famílias em transição com o internamento do doente crítico na Unidade de Urgência Médica. Sinto que cuidei do doente crítico e sua família com especial atenção para as questões de incerteza e seu impacto no decorrer do processo de situação clínica.

O internamento em Unidade de Cuidados Intensivos constitui um evento inesperado que leva a alterações a nível individual e familiar e afeta todos os elementos da família, implicando uma adaptação a uma nova realidade. O enfermeiro tem como preceito primordial integrar os familiares da pessoa em situação crítica, como alvo dos seus cuidados, indo ao encontro das suas necessidades, criando uma relação terapêutica com os mesmos, sempre com base na qualidade e na humanização dos cuidados prestados.

Concordo com Rojas *et al.* (2017), quando assumem que a humanização em saúde não é uma ideologia: é uma aliança com a pessoa e o seu modo de viver. Envolve aspetos referentes à qualidade e constitui um compromisso ético de considerar o indivíduo na sua totalidade. Para humanizar na saúde devemos respeitar o fato de que cada pessoa é única e irrepetível, e responde de forma diferente às crises da vida.

Perante uma situação de doença crítica, toda a estrutura familiar é afetada e não apenas a pessoa doente. Quando implica o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, normalmente é uma situação súbita, inesperada, que desencadeia *stress* e ansiedade e cuja estrutura familiar é ameaçada, provocando alterações a nível familiar.

A família constitui um foco da atenção dos enfermeiros, um foco de cuidar tão importante como o da pessoa em situação crítica. A Ordem dos Enfermeiros evidencia esta necessidade, classificando-a como sendo uma competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Conhecer as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica é parte fundamental dos cuidados de enfermagem especializada, para que sejam possíveis cuidados holísticos ao doente e sua família.

A equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Médica tem um plano de acolhimento aos familiares que em muito agradece a sua atuação como enfermeiros de cuidados intensivos. É notável a satisfação dos familiares pela forma como são acolhidos e apoiados por todos os elementos da equipa. Com este agir de enfermagem tão simples e ao mesmo tempo complexo, fortalece-se

a arte de cuidar que tão bem caracteriza os enfermeiros que são pedra basilar dos cuidados integrados e de qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos.

O “ato” de cuidar de indivíduos, e famílias, constitui uma área de intervenção determinante em enfermagem, não apenas devido às transições dinâmicas de humano-para-humano, mas também às competências necessárias, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço, pelo que se entende que a família também constitui um alvo no cuidar em enfermagem (Ramos *et al.*, 2018).

A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções, que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente, sendo que na dinâmica em Unidade de Cuidados Intensivos, é fundamental que o enfermeiro possua as competências que lhe permitam um cuidar de excelência, quer ao doente, quer à família, com a flexibilidade de promover a mudança necessária no seu contexto, que conduza ao bem-estar do doente a seu cuidado (Ramos *et al.*, 2018).

A teoria das transições de Meleis fornece um mapa e um veículo para entender, comunicar e interpretar o que as populações experimentam quando enfrentam mudanças que afetam o bem-estar. Ela fornece a estrutura para avaliar a natureza das desconexões com relacionamentos valiosos e mudanças nas rotinas da vida diária (Meleis *et al.*, 2000).

Essas mudanças requerem um processo de ajuste, recalibração e desenvolvimento de novas habilidades e capacidades para atender às novas demandas impostas pelas mudanças. Os enfermeiros estão no centro dessas mudanças e do processo de transição.

A comunicação representa a base e o fundamento da relação enfermeiro-família na Unidade de Cuidados Intensivos, constituindo o principal mecanismo de partilha de experiências, de sentimentos e de percepções, bem como de esclarecimento, de interação e de conhecimento.

É fundamental que o enfermeiro envolva a família da pessoa em situação crítica como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a de forma integral e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação

terapêutica, baseada numa comunicação eficaz e, principalmente, de disponibilidade e interajuda.

A transformação repentina pode provocar mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis, e implica um processo de adaptação. Perante esta realidade, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de uma Unidade Cuidados Intensivos, para compreender a singularidade de cada família, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de *coping*, de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase da vida.

A família deve ser considerada uma continuidade da pessoa doente, a qual também necessita de cuidados que minimizem a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentida, de forma a ser capaz de fornecer o suporte adequado ao seu familiar.

Pensar nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito da relação terapêutica estabelecida com a família do doente.

O conhecimento acerca das transições humanas tem sido assumido, cada vez mais, como *core* para enfermagem. Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para outras transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis *et al.*, 2000).

Os cuidados de enfermagem prestados numa Unidade de Cuidados Intensivos têm como objetivo perceber a condição da família da pessoa em situação crítica, detetar as suas necessidades, nomeadamente, ao nível da comunicação, e combinar estratégias de comunicação que promovam a sua adaptação ao estado de doença do familiar, otimizando a relação terapêutica de saúde/doença. Torna-se então fundamental humanizar o cuidado de enfermagem através da comunicação com a família, numa perspetiva de minimizar os efeitos negativos que advêm do internamento. Neste sentido, o foco

da prestação dos cuidados de enfermagem à família em transição numa Unidade de Cuidados Intensivos, assenta no cuidar, fornecer suporte, incentivar a pessoa a utilizar os seus mecanismos de *coping* e criar condições para que ocorra uma transição saudável, considerando, sempre, o ser em mudança como um ser holístico e integral (Meleis *et al.*, 2000).

Após esta contextualização, sinto necessidade de expor e elogiar o acolhimento de enfermagem às famílias na Unidade de Urgência Médica pois é concretizado de forma exímia.

Os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica no seu plano de cuidados de enfermagem assumem como intervenção o acolhimento às famílias dos doentes que são internados. Logo que possível existe um primeiro contacto dos familiares com o enfermeiro responsável pelo doente, sendo que o enfermeiro é que vem á porta receber o familiar do doente e o encaminha até junto do mesmo. Esta atitude é de grande relevância, pois pode ser o momento certo para o familiar sentir a disponibilidade do enfermeiro, através de uma escuta ativa, esclarecendo de forma prévia todo o quadro que vai encontrar ao chegar a sala, minimizando o impacto causado por toda a envolvência de um doente crítico e que para o familiar pode constituir um momento de grande *stress* emocional.

Na Unidade de Urgência Médica existe um inquérito de satisfação familiar, e os dados recolhidos do mesmo são uma mais-valia para justificar e valorizar o acolhimento aos familiares efetuados por esta equipa. É de salientar que os 2 pontos mais referidos pelos familiares em relação ao seu grau de satisfação é:

- *“Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar”;*
- *“Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/estado de saúde do meu familiar, disponibilidade dos médicos para falar comigo regularmente, qualidade do cuidado prestado ao meu familiar e tranquilidade por conhecer o enfermeiro do meu familiar”.*

Após uma breve análise dos resultados dos inquéritos e pela possibilidade de observação desta dinâmica, durante o meu estágio na Unidade de Urgência

Médica, só posso elogiar esta equipa pela forma como valoriza e respeita os familiares dos doentes que são alvo dos seus cuidados.

É notória a tranquilidade com que os familiares permanecem na visita, sentimento de resolução interior que foi proporcionado pela atuação do enfermeiro, que descentraliza os seus cuidados do doente crítico, envolvendo os familiares como parte integrante da recuperação do doente.

Sinto orgulho da minha profissão e ao observar atitudes tão dignas, só me leva afirmar cada vez mais que a enfermagem é o alicerce de um cuidar de excelência.

Após esta minha reflexão, concluo que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos deve ter como finalidade prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa, onde se inclui apoio, conforto e informações aos familiares dos doentes internados, ou seja, onde a família faz parte integrante do cuidado. Para que isso seja realidade, é fundamental que os profissionais de saúde tenham plena consciência das necessidades específicas dos familiares.

Não irei deixar de refletir esta problemática na perspetiva de enfermeiro, no meu dia-a-dia da prática como enfermeiro em Unidade de Cuidados Intensivos, pois tenho sempre presente no meu pensamento que também sou familiar e a qualquer momento os papéis podem ser invertidos.

O segundo estágio decorreu no Serviço de Urgência, que tem um ambiente único de cuidado no qual a família, com pouco ou nenhum tempo de preparação, pode deparar-se com uma súbita mudança na condição clínica do familiar, provocando um aumento da incerteza e influenciando a capacidade de iniciar estratégias de *coping*. Muitas vezes, em casos de situações críticas, o cuidado à família é colocado em segundo plano, pois os profissionais de saúde focam-se, unicamente, no cuidado à pessoa, despendendo pouco tempo para identificar e satisfazer as necessidades da família (Jorge & Madureira, 2019).

No Serviço de Urgência, o enfermeiro para além do desenvolvimento de competências técnicas, não pode descurar as competências relacionais e comunicacionais no cuidado à pessoa em situação crítica.

O estabelecimento de uma relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, assistindo a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica através da comunicação interpessoal, são unidades de competência descritas na área das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, desenvolve-se na demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação adaptadas à complexidade do processo saúde/doença da pessoa em situação crítica, avaliando sempre qual o seu impacto no doente e família e/ou cuidador.

Durante o estágio no Serviço de Urgência, pude constatar que a comunicação com os familiares e/ou cuidadores muitas vezes acaba por não existir, descrevendo os enfermeiros como falta de tempo para executar determinadas tarefas, sobrecarga emocional o excesso de trabalho, comprometendo-se assim a relação interpessoal do enfermeiros/doente/família. Esta observação e inquietação por mim vivenciada foi alvo de alguma reflexão pessoal, partilhada com o orientador e os diversos elementos da equipa multidisciplinar, como forma de consciencialização da temática.

Para Sá *et al.* (2015) a presença da família e/ou cuidador no Serviço de Urgência, apesar de ser uma realidade diária, em situações de emergência ainda é algo controverso na literatura e na realidade, pois requer por parte dos profissionais um conjunto de estratégias específicas para ultrapassar os desafios desta prática.

No entanto, os direitos e deveres dos utentes no Serviço Nacional de Saúde, consagrados na Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, o doente tem o direito de acompanhamento por parte da família e/ou cuidador ou pessoa significativa.

Como estudante em estágio neste serviço, tive como intervenção de acordo com esta temática, criar momentos de partilha de opiniões entre os diversos elementos da equipa, sugerindo estratégias para inclusão da família em ambiente de Serviço de Urgência. Algumas das sugestões foram a disponibilização de cadeiras aos familiares para que fiquem acomodados junto do doente; a comunicação constante com a família, esclarecendo dúvidas e promovendo uma escuta ativa; permitir a presença da família nos últimos momentos de vida, facultando apoio espiritual da instituição; permitir a participação da família nos cuidados inserindo-a assim no plano de cuidados. Dada a complexidade das situações de emergências e das suas notórias exigências, após a exposição desta temática, constatei que deveria existir uma adaptação e evolução de mentalidades, durante a abordagem à pessoa em situação crítica, que incluía a família como parte integrante da mesma, sugerindo mesmo a participação ativa desta no plano de cuidados a estabelecer junto do doente no Serviço de Urgência.

No estudo de Batista *et al.* (2017) acerca da “Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos”, verifica-se que a maioria dos enfermeiros não concorda. Destacam-se como vantagens, o fornecimento de informação clínica à equipa e o apoio ao doente, e como desvantagens, a ansiedade dos familiares e o aumento de *stress* dos profissionais. Sugerem assim que após estabilização do doente na abordagem ABCDE, deveria ser incluído um F de família após a prestação dos cuidados de emergência.

Durante o estágio vivenciei situações de emergência no Serviço de Urgência e algumas delas com um desfecho não desejado, importando referir que de acordo com as normas implementadas no serviço, os familiares não permanecem na sala de emergência. Assim sendo, a minha preocupação foi a de assistir a família/cuidador que se encontrava na sala de espera de modo a tranquilizar os mesmos e transmitir-lhes a informação acerca do doente, de forma, a estabelecer uma relação de empatia e ajuda terapêutica.

Relembro o caso de um doente que deu entrada na sala de emergência, em paragem cardiorespiratória acabando por falecer. Perante a situação,

desloquei-me à sala de espera junto com o meu orientador e chamámos o familiar da vítima para que ela nos acompanhasse se assim pretendesse até junto do doente. Para tal, recorri às minhas competências comunicacionais utilizando uma linguagem simples e de proximidade de forma a criar uma relação terapêutica e disponibilidade através de uma escuta ativa.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista, mobilizei conhecimentos adquiridos anteriormente enquanto enfermeiro, complementando com os proporcionados pela minha formação especializada, que contribuíram para aperfeiçoar a minha intervenção neste contexto de contato com o sofrimento da família. Proporcionei uma comunicação de abertura dotada de atitudes recetivas que permitissem promover o conforto e sentimento de presença e ajuda para vivenciar aquele momento de transtorno emocional e dor pela perda. Tudo isto contribuiu para a satisfação da família e para a minha própria satisfação pessoal e profissional. Todas estas intervenções permitiram-me demonstrar conhecimentos aprofundados de técnicas de comunicação com a família tendo em conta as suas crenças e cultura.

Competências adquiridas:

Identifiquei focos de instabilidade no cuidado à pessoa em situação crítica sua família e/ou cuidador, respondendo de forma pronta e antecipatória; Demonstrei conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica, através de estratégias facilitadoras da comunicação adaptando à complexidade do estado de saúde do doente.

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745), define que relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o Enfermeiro Especialista: a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de

qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A preocupação na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados por mim, enquanto futuro Enfermeiro Especialista, impõe uma conduta de desenvolvimento contínuo, com base na formação, observação, colheita e desenvolvimento de competências clínicas especializadas ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prevenindo e detetando precocemente complicações, com intervenções precisas, concretas, com resposta em tempo útil e eficaz, tendo em vista a sua recuperação, bem como adquirir conhecimentos e meios para maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, assim como adquirir conhecimentos para promover uma cultura de segurança nos cuidados prestados e conhecimentos no âmbito da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011^b).

Conceber planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para dar respostas às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, são unidades de competência descritas na área das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, desenvolve-se na demonstração de conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como as diretivas das Comissões de Controlo da infeção, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, sendo uma

das suas competências no âmbito de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Quer no estágio da Unidade de Urgência Médica bem como no Serviço de Urgência, tive a possibilidade de contactar com as equipas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), bem como o Departamento da Qualidade e participar/colaborar nas suas intervenções.

Em ambos os serviços existem enfermeiros responsáveis enquanto elo de ligação com a Gestão de Risco e o Gabinete da Qualidade. Preferencialmente estes enfermeiros são detentores do título de Enfermeiro Especialista, assumindo funções paralelas com estas áreas, fazendo a ligação e estimulando a formação em serviço.

De acordo com a Norma nº029/2012 da Direção Geral da Saúde 2012, os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde:

- a) Garantem a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde;
- b) Assegurem que:
 - Todos os profissionais recebem formação e treino sobre os componentes das PBCI;
 - Todos os profissionais têm acesso às normas existentes;
 - Estão disponíveis todos os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas.
- c) Definem, em documento escrito e, de acordo com a especificidade de cada serviço a periodicidade respetiva para a realização de auditoria interna.

As PBCI destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados,

passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os doentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que *“não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”*. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (Direção Geral da Saúde, 2012).

As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde (Direção Geral da Saúde, 2012).

Segundo o Despacho n.º 10901/2022 de 8 de Setembro de 2022, o objetivo geral do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) é a *“redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos”*, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde.

Relativamente às PBCI, a PPCIRA atua a vários níveis, sendo eles: avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e colocação/isolamento dos doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de Equipamento de Proteção Individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção Geral da Saúde, 2012).

Durante o estágio do Serviço de Urgência, tive a possibilidade de estar presente e participar num momento de auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infeção, constatei algumas falhas no cumprimento das práticas acima referidas, no entanto creio que não seja por falta de formação, mas sobretudo devido à elevada afluência de doentes, com o conseqüente aumento do trabalho e também devido às dificuldades estruturais por vezes sentidas. As

maiores dificuldades que identifiquei relacionam-se com a avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente, pois a informação existente na admissão é frequentemente insuficiente para assumir este diagnóstico; e com o isolamento, pois não há espaços físicos suficientes para isolar todos os doentes que potencialmente deveriam ser isolados.

Esta auditoria permitiu-me consolidar e adquirir conhecimentos sobre Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, através do conhecimento do PPCIRA, nomeadamente dos feixes de intervenção, e dos protocolos e regulamentos hospitalares relativos a este tema. Permitiu-me ainda intervir, sensibilizando para o cumprimento destes mesmos protocolos e sugerindo algumas alterações pontuais, como a colocação de mais desinfetantes em zonas de acesso comum, bem como dos aventais de proteção individual, posicionados estrategicamente para evitar a necessidade de o profissional ter de se deslocar para higienizar as mãos, e ainda a utilização de calçado apropriado, sendo esta uma fragilidade que se encontra em processo de resolução.

No estágio da Unidade de Urgência Médica, pude colaborar juntamente com o meu orientador numa auditoria relacionada com a colocação do Cateter Venoso Central (CVC).

A Norma N.º 022/2015 da Direção Geral da Saúde 2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, tem como objetivo uniformizar a implementação de “Feixes de intervenção” para a prevenção de Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) relacionada com o CVC, de acordo com a evidência disponível. A INCS relacionada com o CVC está associada a aumento de morbilidade e mortalidade atribuíveis e custos elevados de saúde. É atualmente reconhecido que as INCS relacionadas com CVC são em larga medida evitáveis quando são usadas orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência.

No doente a ser submetido a colocação de CVC, têm de ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

- a) Garantir treino e competência na avaliação e colocação do CVC;
- b) Realizar Higiene das Mãos;

- c) Usar barreira de proteção máxima;
- d) Realizar antisepsia da pele com Clorexidina a 2% em álcool;
- e) Evitar acesso femoral.

Considerando a presente norma e os seus feixes de intervenção para a colocação do CVC, foi então realizada uma auditoria. Inicialmente foi comunicado verbalmente aos profissionais que iam intervir, os itens a avaliar, de forma a que fossem adotadas as medidas necessárias e indispensáveis á colocação do CVC, reduzindo assim a taxa de infeção da corrente sanguínea, pois este modelo de auditoria determina que todos os passos sejam efetuados de forma consciente, eficiente e eficaz.

Para além destas medidas de controlo de infeção associadas à colocação do CVC, é também, essencial a formação de toda a equipa e a realização de auditorias durante a sua manutenção, como forma de melhoria da prática de cuidados decorrentes das IACS, bem como, o planeamento de estratégias que possam minimizar a sua incidência.

Durante a minha permanência na Unidade de Urgência Médica e como futuro enfermeiro especialista, senti que contribuí para o controlo de infeção, apesar das necessidades do serviço já se encontrarem identificadas e bem fundamentadas, a este nível, pude salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos; documentar as medidas de prevenção e levantamento de dados referentes a diferentes intervenções causadoras de infeção; e contribuir para a redução da taxa de controlo de infeção associada a dispositivos médicos.

Competências adquiridas:

Demostrei conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como as diretivas das comissões de controlo de infeção; Diagnostiquei as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção; Salvaguardei o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

3.3. Domínio da Gestão de Cuidados

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745), define que relativamente ao domínio da Gestão de Cuidados, o Enfermeiro Especialista: a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Conforme o Parecer N.º 10/2017 da Ordem dos Enfermeiros (2017), a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fez o apelo às organizações de saúde, no sentido de ser valorizada a formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dotando as suas equipas com pessoal qualificado, de modo a que os cuidados prestados sejam em benefício da pessoa/ população alvo, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção, tendo sempre presente que as funções dos enfermeiros especialistas não dependem da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais.

Nesta linha de pensamento, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pronunciou-se no Parecer N.º 20/2015, que: dispondo as equipas dos serviços de urgência de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista de enfermagem em pessoa em situação crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa.

No estágio da Unidade de Urgência Médica bem como no Serviço de Urgência, verifiquei que na maioria dos casos, o Enfermeiro Responsável de turno e de equipa é um Enfermeiro Especialista, na ausência deste, a função de chefe de equipa é atribuída aos enfermeiros com mais experiência no serviço e com capacidades reconhecidas para assumir a função.

Cuidar é um processo que requer disponibilidade para facilitar, ajudar e respeitar. Para tal, é necessário e primordial que o enfermeiro se mentalize da sua responsabilidade e procure constantemente melhorar o seu desempenho com o intuito da excelência dos seus cuidados perante a pessoa.

Os cuidados de enfermagem surgem como ato humano intencional, em que o desempenho das atividades tem maior amplitude que a simples execução de tarefas. A intervenção de Enfermagem não está centrada nem circunscrita à situação de doença ou à situação de uma necessidade humana específica. Está-se sempre em presença do Outro e, prestar cuidado, é uma situação única que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua trajetória de vida. O cuidado profissional, que configura a ação do enfermeiro, afeta o contexto em que a pessoa vive, isto é, a sua qualidade de vida (Nunes, 2011).

Com o decorrer do estágio no Serviço de Urgência fui-me apercebendo da complexidade de um enfermeiro gerir a área de prestação de cuidados num serviço tão específico como o Serviço de Urgência.

A Enfermagem no Serviço de Urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de situações de saúde/doença, sendo a sua prática sistemática, incluindo o processo de diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico, analítico e de investigação (Patrick, 2011).

Os Serviços de Urgência primam por ser uma área complexa, específica e onde a interdisciplinaridade é constante e obrigatória, o que permite aos profissionais de saúde que lá exercem funções uma constante reavaliação e aquisição de conhecimentos e competências.

Para além de exigir experiência profissional, maturidade emocional, de forma a ser capaz de concretizar uma observação e avaliação pormenorizada/monitorização contínua para antecipar complicações, requer também uma atualização contínua de conhecimentos, espírito de equipa e capacidade de liderança participativa na equipa, promovendo uma cultura de segurança dos cuidados, que diminui a possibilidade de erro que pode facilmente acontecer neste tipo de contextos dada a sua complexidade.

O Serviço de Urgência é a porta de entrada do doente no meio hospitalar, sendo confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam múltiplos problemas, variando de hora para hora a sobrecarga dos profissionais que nele trabalham, consoante o número e situação clínica dos

doentes que a ele acorrem. Neste contexto de urgência/emergência, os cuidados de enfermagem devem ser altamente qualificados, exigindo uma observação, colheita e monitorização contínua de dados, com o objetivo de dar resposta a situações de urgência e emergência, bem como de prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção segura, efetiva e em tempo útil (Patrick, 2011).

A prática clínica ao doente crítico pressupõe um conjunto de conhecimentos baseados na melhor evidência científica. No contexto de urgência e emergência, os processos de tomada de decisão são encarados como um grande desafio, não só pela necessidade de identificação célere de problemas, como também pela proficiência das intervenções concretizadas que influenciam os resultados (Coimbra, 2021).

Ao iniciar o estágio, foi uma prioridade integrar a equipa de forma ativa, pois o trabalho em equipa é primordial para obtenção de cuidados de qualidade, permitindo assim a toda a equipa um desenvolvimento e crescimento profissional.

Durante o estágio pude conceber que o papel do líder nos diferentes serviços/áreas de intervenção é extremamente importante na gestão de cuidados, pois é um processo que envolve motivação e orientação da restante equipa, para atingir os objetivos impostos pelas instituições de saúde e pelo próprio serviço.

O papel do líder assenta no planeamento, capacidade de organização, incentivo da equipa, capacidade de controlo situacional e capacidade de tomada de decisão. Durante o estágio também pude colaborar com o enfermeiro Tutor nas funções de responsável de turno. O responsável de turno no Serviço de Urgência adota um papel ativo na gestão, para além de assumir também a prestação de cuidados. Este profissional destacado para esta função deverá, preferencialmente, ser especialista e apresenta como funções: atualizar o plano de trabalho de enfermagem gerindo os recursos humanos existentes; proceder à contabilização e registo de estupefacientes; comunicar ao enfermeiro chefe possíveis avarias ou danos de material; tomar decisões referentes a situações de emergência e promover a segurança dos doentes relativamente aos seus

valores e bens materiais. Perante estas funções, o enfermeiro responsável também assume todas as funções do enfermeiro chefe na ausência deste.

Durante a permanência no Serviço de Urgência, tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico emergente dos mais diferentes contextos patológicos em sala de emergência. A reflexão crítica de cada situação vivida naquela sala, foi realizada com o enfermeiro coordenador após cada situação de emergência, de forma a estruturar os meus conhecimentos com o intuito de prever e gerir de forma antecipatória, situações potencialmente críticas a vivenciar futuramente podendo eu, assim agir, de forma eficaz e em tempo útil.

Assim, tive a oportunidade de desenvolver competências com o intuito de identificar as necessidades do doente, estabelecer prioridades de intervenção para estabilizar o doente, dar resposta às necessidades encontradas de forma a prevenir complicações.

Para melhor conhecer a realidade Açoriana da Emergência Extra-Hospitalar e uma vez que o meu orientador foi quem partilhou esta informação, participei no “Webinar da Ordem dos Enfermeiros – Emergência Extra-Hospitalar: Presente e Futuro” (**Anexo I**).

No artigo 3.º do Regulamento N.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros de 2018, está descrito que cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; Planear resposta à situação de catástrofe e gerir os cuidados em situação de emergência, exceção e catástrofe são unidades de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

No decorrer do estágio, não me confrontei com situações de catástrofe ou de exceção, como por exemplo acidentes de multivítimas. Apesar disso, tive a oportunidade de consultar o plano do serviço para intervir nestas situações, e mobilizar aspetos concretos da sua operacionalização. Neste âmbito, surgiu oportunidade de participar numa formação interna do hospital sobre o plano de evacuação do mesmo que se encontra em fase de atualização e implementação.

Reconheço que numa situação de exceção e catástrofe existe um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento, havendo necessidade de um atendimento sistematizado por equipas multidisciplinares preparadas, e de uma mobilização de recursos adequada às necessidades que se manifestem.

A realidade com que me deparo diariamente vivendo num arquipélago, é que a qualquer momento podemos vivenciar e lidar com situações de catástrofe. Infelizmente já vivenciei algumas situações de catástrofe, mas nunca numa perspetiva profissional.

Estando os Açores a passar atualmente por uma situação em que a qualquer momento poderá existir uma erupção vulcânica numa das suas ilhas e sendo o meu hospital o de referência para acolher todas as vítimas existentes, senti a necessidade de participar na formação, ministrada pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (APEMERG), que decorreu na ilha Terceira, onde foi discutido o plano de catástrofe da ilha de S. Jorge bem como outras temáticas do meu interesse.

Após a formação e como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, e sendo uma das minhas competências, senti a necessidade de enriquecer os meus conhecimentos nesta matéria, assim ficou em aberto a possibilidade de em 2023, realizar o curso "*Medical Response to Major Incidents – MRMI*", do Serviço Regional de Proteção Civil de Bombeiros dos Açores, e quem sabe, poder ser parte integrante da equipa de atuação, caso exista um cenário de catástrofe.

Durante o estágio na Unidade de Urgência Médica, pude constatar que o cuidar de doentes em situação crítica não determina rotina, exige sim persistente monitorização, decisão e implementação de atitudes terapêuticas e não terapêuticas para providenciar cuidados de qualidade e de excelência garantindo a segurança.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, são cuidados altamente qualificados, prestados continuamente à pessoa com uma ou mais

funções vitais em risco imediato, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades tendo em vista a sua recuperação total. De acordo com o regulamento em Diário da República, a pessoa em situação crítica “*é aquela cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011^b).

De acordo Ponce & Mendes (2018), a Unidade de Cuidados Intensivos é uma área sistémica e diferenciada, com uma abrangente atuação no âmbito da pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de doença e ameaça à vida, onde é efetuado o diagnóstico, avaliação, monitorização e tratamento dos doentes. Deste modo, as Unidade de Cuidados Intensivos têm por objetivo prestar cuidados a doentes em fase aguda e crítica com perspetiva, ainda que mais ou menos prolongada de uma melhoria do seu estado e autonomização das suas funções.

Os Cuidados de enfermagem nas Unidade de Cuidados Intensivos devem ser altamente qualificados, seguros e contínuos, exigindo uma observação, colheita e monitorização contínua, com o objetivo de prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção segura, efetiva e em tempo útil, com vista à recuperação do doente. Na prestação de cuidados especializados e de qualidade é fundamental que o enfermeiro tenha uma visão holística, observando o doente nas dimensões biopsicossocial e cultural, percecionando a sua singularidade e complexidade, uma vez que este vê no enfermeiro uma presença contínua (Ponce & Mendes, 2015).

Estar em constante presença do enfermeiro especialista responsável pela coordenação do serviço na Unidade de Urgência Médica, deu-me a possibilidade de perceber a importância do enfermeiro especialista não só na gestão e organização do serviço bem como em toda a gestão de cuidados diretos ao doente.

Durante o decorrer do estágio fui capaz de comunicar e debater temáticas da prestação direta dos cuidados de enfermagem com o meu orientador, tendo realizado diversas pesquisas acerca dos temas que foram surgindo e que

provocaram em mim maior interesse e sobre os quais não tinha total conhecimento.

Nesta abordagem ao doente crítico, em que nos é apresentado um ambiente bastante complexo e com elevada capacidade de mudança como são dos casos das Unidades de Cuidados Intensivos, torna-se importante adquirir uma capacidade consciente na decisão clínica, para que possamos gerir da melhor forma os cuidados prestados, obtendo os melhores ganhos em saúde, sempre em prol do doente, alvo dos nossos cuidados.

Competências adquiridas:

Identifiquei focos de instabilidade na pessoa em situação crítica; Demonstrei conhecimentos ao nível da prestação de cuidados de enfermagem dentro da minha área de especialização; Realizei a gestão de cuidados em parceria com o orientador; Colaborei nos processos de tomada de decisão com a restante equipa multidisciplinar; Demonstrei capacidade de trabalhar em equipa; Demonstrei conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.

3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745), define que relativamente ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, o Enfermeiro Especialista: a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

A enfermagem é uma ciência em constante evolução, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexas, sendo-lhes exigida excelência na sua prática, que só é possível através de um forte investimento formativo, com objetivo de aprofundar conhecimentos científicos, técnicos, relacionais, éticos e crítico-reflexivos, para

assim prestar cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, permitindo a tomada de decisões fundamentadas e baseadas na evidência científica.

A profissão de enfermagem enquanto alicerce fundamental dos serviços de saúde deve destacar-se pelo valor da sua conduta profissional com o intuito de aprimorar as suas competências e pelo contínuo aperfeiçoamento profissional sustentado no princípio de excelência do exercício da profissão, legislado no seu Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O exercício da profissão de enfermagem requer cada vez mais formação avançada e a identificação clara do seu papel, assim como da especificidade que ele representa junto ao doente. Deste modo, a competência do enfermeiro manifesta-se pelos conhecimentos científicos profundos e habilidades para os aplicar, numa atitude de ajuda (Ribeiro, 2013).

Os contextos onde se desenvolvem os estágios proporcionam um ambiente de aprendizagem abrangente e proficiente. É de grande relevância a reflexão sustentada sobre a prática clínica, bem como a produção de novo saber, que se traduz num importante marco no desenvolvimento pessoal e profissional, bem como das organizações em que se reflete uma melhoria da qualidade dos serviços.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, *“desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de acessória e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É com esta premissa que norteiei todo o meu processo de aprendizagem em ambos os contextos de estágio enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica. Os estágios pela sua riqueza formativa e diversidade de situações vivenciadas no cuidado ao doente crítico e sua família, permitiram o desenvolvimento de conhecimentos fundamentais para a minha futura prática diária como enfermeiro especialista.

O estágio da Unidade de Urgência Médica constituiu um momento de reflexão de determinadas temáticas que muitas vezes não valorizava no meu dia-a-dia como enfermeiro em Unidade de Cuidados Intensivos. De salientar a temática de inclusão da família nos cuidados que prestamos, pois a família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente.

A admissão em Unidade de Cuidados Intensivos é um evento potencialmente stressante, onde a dor e a disfunção psicológica decorrente de doença aguda podem estar associadas a distúrbios emocionais secundários ao medo do diagnóstico, procedimentos terapêuticos, privação do sono, mobilidade reduzida e limitações da presença de familiares junto aos doentes (Fumagalli, *et al.*, 2006).

De acordo Westphal *et al.* (2018), a ausência de familiares ou pessoas significativas tem sido sugerido como um fator de risco modificável para o desenvolvimento de *delirium* e ansiedade na Unidade de Cuidados Intensivos. Hurst *et al.* (2019) acrescenta que o reconhecimento da importância da família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos é a “pedra angular” do cuidado centrado no doente. Além da justificação de humanização, esta estratégia é proposta como um meio de melhorar os *outcomes* quer no doente, quer na família.

A busca pela maior evidência científica culminou na realização de uma *Scoping Review* intitulada de “A influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* dos doentes internados em Cuidados Intensivos”. O seu objetivo foi mapear a evidência disponível sobre a influência no prognóstico do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta temática surge numa época em que existiu um retrocesso no acolhimento e presença dos familiares na Unidade de Cuidados Intensivos, que infelizmente tive de presenciar/vivenciar na minha prática diária como enfermeiro em Unidade de Cuidados Intensivos.

Como forma de divulgação científica e contributo para o evoluir da disciplina de Enfermagem, foi elaborado um *Poster* (**Apêndice II**), alusivo a esta

Scoping Review que foi apresentado no “I Congresso de Enfermagem dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” (**Anexo II**), da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros que participei no decorrer do estágio.

O *Poster* em questão foi o Vencedor, sendo considerado o “Melhor *Poster*” apresentado no I Congresso de Enfermagem dos Açores, organizado pela Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros da qual, sou membro (**Anexo III**).

Foi um momento de grande emoção partilhado com a minha colega de mestrado e Prof^a tutora que nos acompanha neste percurso, é gratificante ver reconhecido o sacrifício e trabalho desenvolvido em prol da profissão que nos une e tanto idolatramos. Fascinante o impacto causado em todos os enfermeiros presentes, que não estavam despertos para esta temática e estimularam o impulsionar da mesma.

Assim sendo, após o término deste meu percurso académico, juntamente com a minha colega de mestrado e em parceria com a chefia, vamos apresentar um projeto ao Concelho de Administração do Hospital onde desenvolvemos a nossa prática diária para que seja implementada uma visita alargada na nossa Unidade de Cuidados Intensivos e assim, quem sabe, ser o lançamento de uma prática tão nobre e impulsionada por enfermeiros em todo o nosso país.

No decorrer do estágio no Serviço de Urgência, surgiu a possibilidade de difundir novamente a evidência científica por nós desenvolvida, divulgando a mesma junto da comunidade académica e profissional no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa. Participei no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO (**Anexo IV**), sendo apresentado através de uma comunicação oral (**Apêndice III**), a *Scoping review* elaborada por nós (**Anexo V**).

Recebi um convite da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, para redigir um artigo para publicação no Jornal Açoriano Oriental (por questões burocráticas, será publicado em Fevereiro de 2023), assim sendo o mesmo foi elaborado à luz da Teoria de Meleis, que foi a base de muita reflexão

ao longo deste trajeto em que centrei as minhas intervenções na integração e valorização da família e o doente crítico em transição no seu ciclo de vida como parceiros no cuidado humanizado.

“O doente e a família em cuidados intensivos: parceiros de um cuidado humanizado

O internamento em Unidades de Cuidados Intensivos constitui um evento inesperado que leva a alterações a nível individual e familiar, afeta todos os elementos da família, implicando adaptação a uma nova realidade.

Perante esta realidade torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro, para compreender a singularidade de cada família, identificar as suas necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de coping, para facilitar a adaptação a esta transição do ciclo de vida.

A comunicação representa a base e o fundamento da relação enfermeiro-família em todo o processo terapêutico e assume-se determinante em contexto de cuidados intensivos, constituindo o principal mecanismo de partilha de experiências, sentimentos, percepções, interação e conhecimento.

A família deve ser considerada uma continuidade da pessoa doente, que necessita de cuidados que minimizem a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentida, de forma a ser capaz de fornecer o suporte adequado ao seu familiar.

A humanização em saúde não é uma ideologia: é uma aliança com a pessoa e o seu modo de viver. Humanização é indissociável do processo de cuidar, envolve aspetos referentes à qualidade e constitui um compromisso ético de considerar o indivíduo na sua totalidade. Para humanizar na saúde, devemos respeitar o fato de que cada pessoa é única e irrepetível, e responde de forma diferente às transições da vida.

O conhecimento acerca das transições humanas tem sido assumido, cada vez mais, como o core da enfermagem. Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias, assistindo às mudanças que as transições provocam nas suas vidas. Compreender as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de

intencionais que promovam respostas positivas e desta forma, o cuidado poderá efetivamente ser humanizado.”

O domínio da formação é um alicerce importante na enfermagem avançada, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela atualização do seu próprio conhecimento além de ser facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos seus pares.

Acredito que, para ser possível o desenvolvimento de competências, é fundamental sentirmos essa necessidade. Por isso, reafirmo que investir nesta área formativa vai de encontro aos meus objetivos pessoais e profissionais, e possibilitará fortalecer os cuidados enquanto profissional de enfermagem de excelência, através de uma prática bem estruturada e baseada na evidência.

Competências adquiridas:

Refleti a importância da inclusão da família como parceiro do cuidado centrado no doente; Baseei a minha prática em evidência e contribuí para o desenvolvimento da mesma; Desenvolvi, de forma autónoma e contínua, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Demonstrei ter consciência crítica, nomeadamente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, solucionando os problemas identificados; Apliquei conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica na prestação dos cuidados ao doente crítico e sua família;

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório traduz de forma crítico-reflexiva o meu percurso no desenvolvimento de competências, de Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como o seu contributo para o meu crescimento profissional e pessoal.

Os estágios constituíram uma excelente oportunidade de contactar com novas realidades, novas experiências, refletir sobre as práticas, formas de estar e de agir e consentir a aquisição de novas competências especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Na prestação de cuidados de enfermagem especializada é primordial respeitar os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitar a dignidade do doente e a sua autonomia no processo de decisão. Uma comunicação de proximidade através de uma escuta ativa, permite criar uma relação terapêutica com o doente e sua família, como parceiros no seu processo de transição saúde/doença, facilitando as suas estratégias de *coping* e adaptação a situações de crise. É também basilar a aquisição de competências técnicas e científicas que permitam a prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico, quando este se encontra particularmente vulnerável e a qualidade dos cuidados dita de forma muito pertinente o desfecho da situação clínica.

Paralelamente, procurei sempre basear a minha atuação na melhor e mais recente evidência científica para a tomada de decisão consolidada e fundamentada.

No que respeita aos objetivos inicialmente definidos para este relatório, considero que os mesmos foram atingidos, consegui refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste período de estágios, tendo como ponto de partida os objetivos específicos definidos nos projetos de estágios, bem como desenvolvi a minha capacidade crítico-reflexiva em relação a todo o trabalho realizado, apoiada na melhor evidência científica, com o objetivo de obter a melhor excelência dos cuidados.

Durante a elaboração deste relatório também surgiram algumas dificuldades, de referir a dificuldade em exprimir e traduzir em texto todas as situações, vivências, sentimentos e emoções vividas durante os estágios. Foram momentos vividos com grande intensidade, de enorme riqueza para a aquisição de competências e crescimento pessoal e profissional, sinto que nem sempre as linhas que escrevo, fazem jus a isso.

Acredito que para ser possível o desenvolvimento de competências, é fundamental sentirmos essa necessidade. Por isso, reafirmo que investir nesta área formativa vai de encontro aos meus objetivos pessoais e profissionais, e possibilitará fortalecer os cuidados enquanto profissional de enfermagem de excelência, através de uma prática bem estruturada, baseada na evidência com uma procura incessante da melhoria contínua da qualidade.

Em suma, é com o sentimento de dever cumprido que termino este meu percurso, afirmando que todas as experiências explanadas neste relatório contribuíram positivamente para a minha realização pessoal, sinto que cresci como enfermeiro e como pessoa, foi o fortalecer dos alicerces que sustentam a minha ação como enfermeiro e não terminará aqui, a procura incessante pelo enriquecimento do meu saber para um cuidar de qualidade.

Ser um enfermeiro bem-sucedido só depende de mim.... Quero ser a “Enfermagem” que também quero ter!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batista M. J., Vasconcelos P., Miranda R., *et al.*, (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Referência – Revista de Enfermagem*, Vol. IV núm.13, pp. 83-91, disponível em <<https://doi.org/10.12707/RIV16085>>;

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas;

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - CHULC (2022). *Missão, Visão, Valores e Objetivos*, disponível em: <<https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>>;

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel;

Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, disponível em: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/44-2017-106901297>>;

Despacho n.º10901/2022, de 8 de Setembro de 2022. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República 2.ª Série*, N.º174/2022, disponível em: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-20078950>>;

Direção Geral da Saúde - DGS (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Norma 029/2012, disponível em: <<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>>;

Direção Geral da Saúde - DGS (2015). “Feixes de intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, disponível em: <<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>>;

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Nostro, A. L., et al., (2006). *Reduced Cardiac Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit*, disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>;

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira - HSEIT (2012). Missão, disponível em: <https://www.hseit.pt/node/19>>;

Hurst, H., Griffiths, J., Martinez, C. H. E., (2019). *A realist evaluation of the implementation of open visiting in an acute care setting for older people*, disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4653-5>>;

Jorge, S. G., Madureira, M., (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura, disponível em <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>>;

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K. H., Schumacher, K., (2000). *Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, Nº1;

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas;

Oliveira, L. N. O., Queirós, P. J. P., (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da *Nurse Competence Scale* (NCS) para a população Portuguesa, *Revista Investigação em Enfermagem*, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA>;

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Código Deontológico dos Enfermeiros. Lei nº156/2015, de 16 de Setembro. OE;

Ordem dos Enfermeiros, (2011b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. OE, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>>;

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Lei nº156/2015, de 16 de Setembro. OE, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico>;

Ordem dos Enfermeiros, (2015b). Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência. Parecer N.º 20/2015. OE, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Parecer N.º 10/2017. OE, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. OE, disponível em: <<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. OE, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.;

Patrick V. (2011). Enfermagem de Urgência da teoria à prática. (6ªed.). Loures: Lusociência;

Ponce P., Mendes J., (2015). Manual de Medicina Intensiva. Loures: Lidel;

Ramos R. M. V., Coelho S. P. F., Ferreira M. C. S., Oliveira J. P. P. C., (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo, Cadernos de Saúde, Vol. 10, Número 2 pp. 5-10, disponível em <<https://doi.org/10.34632/>>;

Ribeiro P., (2013). Formação contínua em Enfermagem – Quais as Motivações? Revista *Nursing*. ID 50877574;

Rojas, M. A., Gómez, M.R.E., Lara, P.A., et al., (2017). *Humanizatio in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness*. DOI: 10.1016/j.medine.2017.08.011;

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A., R., Henriques, M. A. P., (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, Vol. 19, Número 1 pp. 31-46;

Westphal, G. A., Moerschberger, M. S., Vollmann, D. D., et al., (2018). *Effect of a 24-h extended visiting policy on delirium in critically ill patients*, disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5153-5>.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Extração de Dados da *Scoping Review*.

Artigo	Título	Autor(es) e ano	Objetivo	Resultados	Observações	Influência no outcome
1	Visita Aberta em UTI: Utopia ou Realidade?	Cláudia Severgnini Eugênio, Marco Colomé Beck Filho, Emiliane Nogueira de Souza (2017) DOI 10.5902/2179769222692	Refletir acerca da implementação de políticas de visita aberta em UCI adulto.	Durante o período de visita houve uma redução da ansiedade do doente, a frequência cardíaca e respiratória reduziu e a saturação periférica de oxigênio aumentou. A presença dos familiares durante o internamento pode minimizar o desconforto vivenciado pelas famílias e doentes.	Não houve maior número de infecções nos doentes pela presença alargada da visita.	Benéfica
2	Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for <i>Delirium</i> Prevention: A Before and After Study	Rosa, Regis, Silva, Daiana, Madeira, Laura, et al. (2017) DOI 10.1097/CCM.00000000000002588	Avaliar o efeito de um modelo de visita alargada comparado a um modelo de visita restritiva na ocorrência de <i>delirium</i> em doentes internados em UCI.	Nesta UCI médico-cirúrgica, um modelo de visita alargada foi associada à redução da ocorrência de <i>delirium</i> , menor tempo de <i>delirium/coma</i> e permanência na UCI.		Benéfica

3	Effect of a 24-h extended visiting policy on <i>delirium</i> in critically ill patients	<p>Glauco Adrieno Westphal, Mayara Schirmer Moerschberger , Dailany D'Aroz Vollmann et al. (2018)</p> <p>DOI 10.1007/s00134-018-5153-5</p>	Avaliar como a visita alargada pode contribuir para prevenir o <i>delirium</i> .	A política de visitas alargadas por 24 horas foi associada a uma redução na incidência de <i>delirium</i> .		Benéfica
4	Review: Flexible vs restrictive ICU visiting policies reduce <i>delirium</i> and anxiety severity in patients	<p>Nassar Junior AP, Besen BA, Robinson CC, et al. (2018)</p> <p>DOI 10.7326/ACPJC-2018-169-4-023</p>	Avaliar os efeitos das visitas restritivas vs alargadas no <i>outcome</i> dos doentes internados em UCI.	Em UCI as políticas de visita alargada reduzem o <i>delirium</i> e gravidade dos sintomas de ansiedade.		Benéfica
5	Extended visitation policy may lower risk for <i>delirium</i> in the intensive care unit	<p>Manuel Schwanda, Rita Gruber (2018)</p> <p>DOI 10.1136/eb-2018-102884</p>	Avaliar o benefício de um modelo de visita alargada na UCI em relação à ocorrência de <i>delirium</i>	Uma política de visita alargada foi associada à redução da ocorrência de <i>delirium</i> .		Benéfica

6	Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta- Analysis	Antonio Paulo Nassar Junior, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, et al. (2018) DOI 10.1097/CCM.00000000000003155	Sintetizar dados sobre o desfecho em doentes, familiares e profissionais em contexto de UCI, comparando políticas de visita restritivas vs. alargadas.	As políticas de visita alargadas foram associadas à redução da frequência de <i>delirium</i> .		Benéfica
7	Effect of Flexible Family Visitation on <i>Delirium</i> Among Patients in the Intensive Care Unit The ICU Visits Randomized Clinical Trial	Rosa, R. G., Falavigna, M., da Silva, D. B., Sganzerla, D., Santos, M. M. S., et al. (2019) DOI 10.1001/jama.2019.8766	Determinar se a política de visita flexível nas UCI's reduz a incidência de <i>delirium</i>	A influência da visita flexível na incidência do <i>delirium</i> durante o internamento em UCI não foi relevante.		Sem influência

8	Implementation of a flexible visiting policy in intensive care unit: A randomized clinical trial	Reihane Akbari, Hossein Karimi Moonaghi, Ahmad Bagheri Moghaddam (2020) DOI 10.1111/nicc.12499	Investigar a relação entre o tempo de visita prolongado e os parâmetros fisiológicos dos doentes.	<p>Pressão arterial sistólica e diastólica e frequência cardíaca tiveram um decréscimo significativo dentro dos parâmetros normais em 10 a 30 minutos após a visita nos grupos de intervenção.</p> <p>Os achados indicam que o aumento do tempo da visita pode levar a efeitos positivos na estabilidade de parâmetros fisiológicos dos doentes.</p>	<p>No estudo também são analisados itens relativamente às perspetivas dos enfermeiros sobre a visita, onde 86,4% acreditam que a visita contribui para a melhoria do cuidado centrado no doente, 83,4% que a visita é importante na recuperação dos doentes e 73,4% referem que a visita é um importante suporte para os enfermeiros.</p>	Benéfica
---	--	--	---	--	---	----------

9	The Effect of Family's Scheduled Visitation on Vital Signs and Satisfaction Level of Patients Admitted to the Cardiac Care Unit: A Randomized Clinical Trial	Elham Abdolahi Shahvali, Mohammad Adineh, Iman Davarpanah, <i>et al.</i> (2022) DOI 10.5812/jjcdc-123165	Investigar o efeito da visita nos sinais vitais e na satisfação dos doentes admitidos na UCI dedicada a cuidados coronários do hospital de Golestan.	Melhoria da frequência cardíaca e pressão arterial sistólica no grupo de intervenção.		Benéfica
---	--	---	--	---	--	----------

Apêndice II – Poster apresentado no “I Congresso da Ordem dos Enfermeiros dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros.

A Influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* dos doentes internados em Cuidados Intensivos: uma *Scoping Review*

Autores: COELHO, Lénia; ROCHA, Paulo; RABIAIS, Isabel.

A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar a condição do doente. Considerada uma das “10 necessidades fundamentais dos doentes internados na UCI”, sendo das mais negligenciadas. Numa época em que existiu um retrocesso, é importante conhecer a evidência sobre a influência da presença alargada dos familiares na evolução/ prognóstico dos doentes.

Objetivo:

Mapear a evidência disponível sobre a influência da presença alargada dos familiares na evolução e no prognóstico da Pessoa em Situação Crítica, internada em Cuidados Intensivos.

Questão de revisão

Qual é a influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* da Pessoa em Situação Crítica internada em Cuidados Intensivos?

Estudos Identificados	Estudos Elegidos	Estudos Incluídos
255	27	9

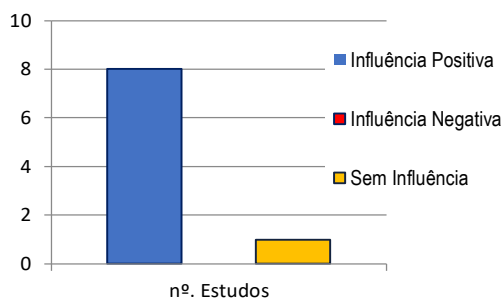
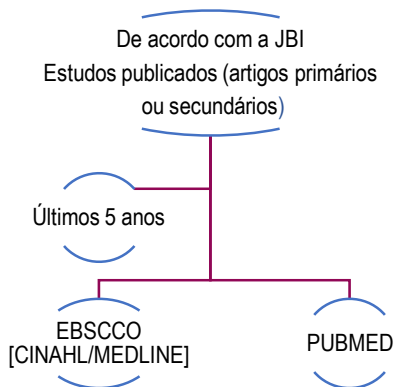


Gráfico 1. Influência atribuída pelos estudos analisados no *Outcome* dos Doentes internados em UCI

Metodologia:



População •Adultos em situação crítica

Conceito •Visita ou acompanhamento alargado

Contexto •Unidades de Cuidados Intensivos

Resultados:

Considerada uma boa prática no cuidado centrado no doente-família;

- ✓ Melhoria dos parâmetros fisiológicos;
- ✓ Maior conforto e satisfação por parte dos doentes e familiares;
- ✓ Diminuição do *delirium*;
- ✓ Diminuição dos níveis de ansiedade.

Não existe evidência que a visita alargada comporte riscos para o aumento da infeção, reduzindo inclusivamente o tempo de internamento em UCI, influenciando positivamente o *outcome* dos doentes.

Conclusão:

Atendendo aos efeitos benéficos no *outcome* dos doentes, uma política de visita mais flexível/ alargada deve ser uma prática incentivada a implementar nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Digitalize para aceder às Referências Bibliográficas →



Apêndice III – Apresentação Oral no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo.

A influência do acompanhamento ou visita alargada no *outcome* do Doente Crítico: uma dimensão do Cuidado Humanizado

The influence of flexible or extended visitation on the Critically Ill Patient outcome: a dimension of Humanized Care

Autores: COELHO, Lénia¹, ROCHA, Paulo¹, RABIAIS, Isabel²

¹Master Student in Specialized Critical Care Nursing, at the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon

²PhD in Nursing, Assistant Professor at the Health Science Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon

Roteiro de Apresentação

- Contextualização;
- Objetivo;
- Questão de Revisão;
- Metodologia;
- Análise;
- Resultados;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

“Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”

A família integra o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar a condição do doente.

Considerada uma das
“10 necessidades fundamentais”
dos doentes internados na UCI.

JUNIOR, Antonio Paulo Nassar, BESEN, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro, ROBINSON, Caroline Cabral et al. (2018); FUMAGALLI, Stefano, BONCINELLI, Lorenzo, LO NOSTRO, Antonella, et al., (2005)



Forte preditor de um **prognóstico desfavorável**.

WESTPHAL, Glauco Adriano, MOERSCHBERGER, Mayara Schirmer, VOLLMANN, Dailany D'Aroz, et al., (2018); REGIS, Rosa, DAIANA, Silva, MADEIRA, Laura, et al., (2017); FUMAGALLI, Stefano, BONCINELLI, Lorenzo, LO NOSTRO, Antonella, et al., (2005).





“There are phases of the disease in which it is more positive, from a clinical point of view, to have a loved one close by, for example during prolonged non-invasive ventilation or during respiratory weaning and the consequent easing of pharmacological sedation”

Pun B., Balas M., Barnes-Daly M, Thompson J, et al, (2019) cit por Giovanni M., Alberto G., Giuseppe G., Paolo M., et al, (2021)



Objetivo

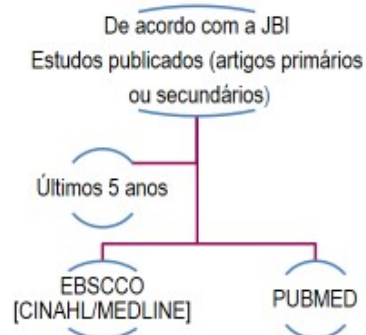
Mapear a evidência disponível sobre a influência da presença alargada dos familiares na evolução e no prognóstico do Doente Crítico internado em Cuidados Intensivos.

Questão de Revisão

Qual é a influência da visita ou acompanhamento alargado no *outcome* do Doente Crítico internado em Cuidados Intensivos?

Palavras-Chave: *Unrestricted visitation, Flexible visitation, Intensive Care Patients, Open visitation, Patient outcome.*

Metodologia



População	• Adultos em situação crítica
Conceito	• Visita ou acompanhamento alargado
Contexto	• Unidades de Cuidados Intensivos

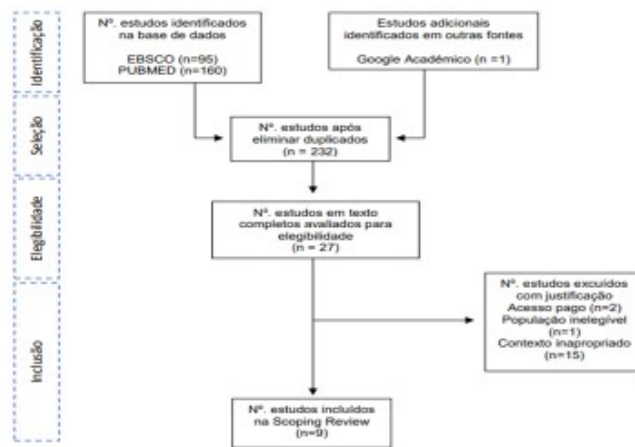


Figura 1 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na scoping review



Análise

- Influência classificada como:
 - Positiva;
 - Negativa;
 - Sem Influência.
- Maioria das UCI's estudadas adotam políticas de visitas restritivas;

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini, BECK, Marco Colomé Filho, SOUZA, Emiliane Nogueira, (2017); NING, Jing et COPE, Vicki, (2019).

Estudos Identificados	Estudos Elegidos	Estudos Incluídos
255	27	9

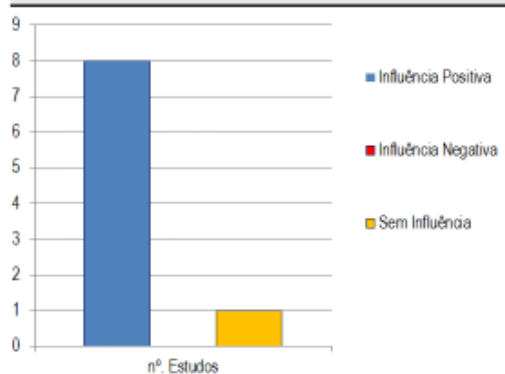


Gráfico 1. Influência atribuída pelos estudos analisados no Outcome dos Doentes internados em UCI



Análise

A literatura encontrada aponta na sua maioria para uma influência benéfica relativa aos *outcomes* nos doentes internados em UCI, onde são estudados diversos fatores como:

- *Delirium*;
- Taxa de mortalidade;
- Parâmetros fisiológicos;
- Risco/incidência de infeções;
- ...

Estudos Identificados	Estudos Elegidos	Estudos Incluídos
255	27	9

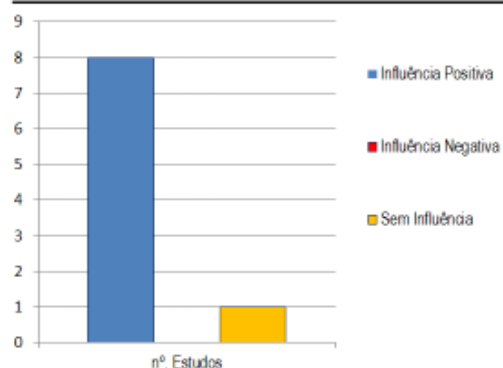


Gráfico 1. Influência atribuída pelos estudos analisados no Outcome dos Doentes internados em UCI



Resultados

Considerada uma boa prática no cuidado centrado no doente-família;
A adoção de uma política de visitas mais flexível/ alargada promove diversos benefícios, desde:

- Melhoria dos parâmetros fisiológicos;
- Maior conforto e satisfação por parte dos doentes e familiares;
- Diminuição do *delirium*;
- Diminuição dos níveis de ansiedade.



Resultados

Os artigos analisados indicam maioritariamente uma redução no tempo de internamento em UCI, influenciando **positivamente** o *outcome* dos doentes.

Não existe evidência que tal atitude comporte riscos para o aumento da infeção.

"Flexible visitation, if properly conducted, do not pose any additional safety risk to patients or visitors".

Liu M., Cheng S., Xu K., Yang Y., et al. (2019), cit. por por Giovanni M., Alberto G., Giuseppe G., Paolo M., et al. (2021)



Resultados

"(...) beyond being neither caring nor compassionate, restricting visiting hours might be unjustified and unnecessary for protecting the sickest patients in the ICU because it does not reduce the rate of infectious complications.

Our findings suggest that liberalizing the visiting hours seems to be more protective because it is associated with a reduction in severe cardiovascular and phsycological complications"

Stefano F., Lorenzo B., Antonella LN, Paolo V., et al. (2005)



Conclusão

Potencia uma melhoria na qualidade dos cuidados, assim como um maior grau de satisfação, quer dos doentes quer dos familiares envolvidos.

Possui efeitos benéficos influenciando positivamente o *outcome* dos doentes.

Uma política de visita mais flexível/ alargada deve ser uma prática incentivada a implementar nas UCI's.



Referências Bibliográficas

- Glauco Adrieno Westphal, Mayara Schirmer Moerschberger, Dailany D'Aroz Vollmann, et al., (2018), Effect of a 24-h extended visiting policy on delirium in critically ill patients, disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5153-5>>;
- JUNIOR, Antonio Paulo Nassar, BESEN, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro, ROBINSON, Caroline Cabral et al. (2018), Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis, DOI: 10.1097/CCM.0000000000003155;
- Rosa, Regis., Silva, Daiana., Madeira, Laura., et al, (2017), Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention, DOI 10.1097/CCM.0000000000002588
- Reihane Akbari, Hossein Karimi Moonaghi, Ahmad Bagheri Moghaddam (2020), Implementation of a flexible visiting policy in intensive care unit: A randomized clinical trial, DOI: 10.1111/nicc.12499;
- Stefano Fumagalli, Lorenzo Boncinelli, Antonella Lo Nostro, et al., (2005), Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit, DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537

A influência do acompanhamento ou visita alargada no *outcome* do Doente Crítico: uma dimensão do Cuidado Humanizado

The influence of flexible or extended visitation on the Critically Ill Patient outcome: a dimension of Humanized Care

Autores: COELHO, Lénia¹, ROCHA, Paulo¹, RABIAIS, Isabel²

¹Master Student in Specialized Critical Care Nursing, at the Health Sciences Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon

²PhD in Nursing, Assistant Professor at the Health Science Institute of Universidade Católica Portuguesa, Lisbon

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de participação no “*Webinar* – Emergência Extra-Hospitalar: Presente e Futuro”, da Ordem dos Enfermeiros.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULO ANTÓNIO ÁVILA DO COUTO ROCHA

membro nº 71971 desta Ordem, participou no(a) "**Webinar – Emergência Extra-Hospitalar: Presente e Futuro**", realizado no(s) dia(s) **no dia 5 de Dezembro de 2022**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”**.

Lisboa, 5 de Dezembro de 2022

Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo II – Certificado de participação no “I Congresso de Enfermagem dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULO ANTÓNIO ÁVILA DO COUTO ROCHA

membro nº 71971 desta Ordem, participou no(a) **"I Congresso de Enfermagem dos Açores "Juntos Cuidamos do Futuro"**, realizado de **3 de Novembro de 2022 a 5 de Novembro de 2022**, com duração total de **13:30 horas**, no(a) **Parque de Ciência e Tecnologia de São Miguel (Nonagon)**.

Lagoa, 5 de Novembro de 2022

Presidente do Conselho Directivo Regional

Pedro Soares

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,85** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo III – Certificado do Poster Vencedor, apresentado no “I Congresso de Enfermagem dos Açores – Juntos Cuidamos do Futuro” da Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.



1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DOS AÇORES

A Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da
Ordem dos Enfermeiros tem a honra de atribuir a

Paulo Rocha

o prémio de melhor poster, intitulado "**A INFLUÊNCIA DA VISITA OU ACOMPANHAMENTO ALARGADO NO OUTCOME DOS DOENTES INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: UMA SCOPING REVIEW**", da autoria de **Paulo Rocha; Lénia Coelho; Isabel Rabiais**, apresentado no I Congresso de Enfermagem dos Açores, que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de novembro de 2022, na cidade de Lagoa, Ilha de São Miguel, Região Autónoma dos Açores.

Pedro Roberto Furtado Soares

PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO 1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DOS AÇORES, PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO REGIONAL DA SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Zélia de Fátima Lima Martins

PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO 1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DOS AÇORES, PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



Anexo IV – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – “Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo”.

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Paulo António Ávila do Couto Rocha**, estudante n.º **192021007** esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



rocha_paulo24@hotmail.com

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

Anexo V – Certificado de coautor da apresentação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – “Enfermagem Especializada: uma voz para o Humanismo” com o tema “A influência do acompanhamento ou visita alargada no *outcome* do Doente Crítico: uma dimensão do Cuidado Humanizado”.



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Lénia Dorisa Pacheco Coelho**, participou e apresentou o tema **“A influência do acompanhamento ou visita alargada no outcome do Doente Crítico: uma dimensão do Cuidado Humanizado”**, em coautoria com Enfermeiro Paulo António Rocha e Prof. Doutora Isabel Rabiães, na mesa **ENFERMAGEM ESPECIALIZADA MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA** no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos “Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado.”
Filipa Ferreira “Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados.”
Joana Cereja “Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar.”

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: “A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis” - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica “A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado.”
Rui Pina “Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado.”
Lénia Pacheco Coelho “O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado.”

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA “Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem” - Profª Doutora Cândida Caniçal Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Lúcia Martins Casimiro

Joana Costa “Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar.”
Mónica dos Santos “Quem ama não agride”: Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar.”
Ana Martins “Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir.”

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

