



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

**A INCLUSÃO DOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE ADULTOS**

FAMILY INCLUSION IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS

Por

Rita Sofia Carvalho Silva Viveiros

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

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

**A INCLUSÃO DOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE ADULTOS**

FAMILY INCLUSION IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS

Por

Rita Sofia Carvalho Silva Viveiros

Sob Orientação da Professora Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 2022

Para a Carmen, a mulher mais forte que conheço, e
para o José, com um beijinho até ao céu.

“Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo.”

(José Saramago)

“O primeiro passo para conseguir algo é desejá-lo.”

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por CUIDAR e ser o meu grande suporte ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu pai, por ser o meu anjinho.

À minha irmã, por ser a minha melhor ouvinte.

Ao meu irmão, por me ter proporcionado ser tia de uma criança linda que alegra os meus dias.

À Professora Doutora Lurdes Martins, por me tranquilizar e permitir que não desistisse, pois para além de professora, foi um ser humano em toda a dimensão da palavra.

À minha colega Guida, por acreditar em mim e ter fornecido sempre a sua ajuda ao longo deste percurso.

À senhora enfermeira Ilda Lourenço pelo seu caráter motivador e influenciador, estando sempre disponível para me ajudar.

Ao senhor enfermeiro Pedro Vasconcelos por me ter proporcionado um estágio fenomenal com muitas aprendizagens.

À professora Doutora Maria Manuela Madureira, pelo apoio que me deu.

À Professora Doutora Sílvia Caldeira, por ter disponibilizado a sua ajuda.

À senhora enfermeira Maria João Salsinha, pelos momentos de aprendizagem que me proporcionou.

À Ana Paula, que apesar de virtualmente, foi uma colega extraordinária e muito companheira.

Às minhas amigas e aos meus colegas de trabalho, por me terem proporcionado momentos de descontração, fundamentais à minha vida social.

A todos os enfermeiros que enriqueceram as minhas experiências e conhecimento ao longo dos estágios.

RESUMO

Este relatório insere-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do curso de Mestrado em Enfermagem e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O trabalho reflete a experiência em dois campos de estágios com características distintas, nomeadamente, uma Unidade de Queimados e o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA) num Centro Hospitalar da zona de Lisboa, com um total de 360 horas, divididas em 180 horas cada. Nos contextos, após a elaboração de objetivos gerais e específicos formulados de acordo com o interesse pessoal e as particularidades de cada serviço, foram desenvolvidas e aplicadas na prática, competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atualmente, as exigências em saúde são cada vez superiores e, conseqüentemente, a dos cuidados também, tornando-se importante aprimorá-los através de práticas sustentadas, que possam contribuir para o desenvolvimento da profissão. Como tal, procedeu-se à realização de uma *scoping review* sobre “A Inclusão dos Familiares nas Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos”, sob o referencial teórico de Myra Estrin Levin. A execução deste estudo, permitiu a aquisição de competências na área da investigação e o aperfeiçoamento das habilidades já existentes, sendo elaborado com a expectativa de contribuir como ponto de partida para a produção de novo conhecimento.

Palavras-Chave: Enfermagem; Competências; Pessoa em Situação Crítica; Unidade de Cuidados Intensivos; Família

ABSTRACT

This report was included in the curricular unit of “Final Practice and Report” of the Nursing Master and specialization in the Critical Care area. This work reflects a 180 hours practice experience in two different fields, the Burn unit and the GCL - PPCIRA which is a Local Coordination group of Prevention and Control of the Infection and Antibiotics Resistance. In the contexts were constructed general and specific goals, according to personal interest and the particularities of each service, giving the opportunity to develop and apply inherent skills to the critical care specialist nurse. Nowadays, health requirements are increasingly higher and, consequently, care requirements as well, making it important to improve them through sustained practices that can contribute to the development of the profession. Given this factor, a scoping review about “Family Inclusion in the Intensive Care Units” was made under the theoretical framework of Myra Estrin Levin. The elaboration of this paper allowed the acquisition of competences in the investigation area and the improvement of already existing skills. It is made with the expectation to contribute as a starting point to produce new knowledge.

Keywords: Nursing; Skills; Critical Care Person; Intensive Care Unit; Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCPF – Cuidado Centrado na Pessoa e na Família

CPF – Cuidado à Pessoa e à Família

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

EPC – Enterobacteriáceas Produtoras de Carbapenemases

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ESBL – Enterobacteriáceas Produtoras de Beta-lactamase de largo-espectro

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

HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control Through Surveillance

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

PPFQ – Pessoa com Ferida Provocada por Queimadura

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

RAM – Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos

SIV – Suporte Imediato de Vida

TSA – Teste de Sensibilidade aos Antibióticos

UCI – Unidade de Cuidados intensivos

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

UUM - Unidade de Urgência Médica

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM	23
2.2 - A INCLUSÃO DOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS – <i>A SCOPING REVIEW</i>	25
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA UNIDADE DE QUEIMADOS	41
3.1 - A UNIDADE DE QUEIMADOS.....	41
3.2 - O PERCURSO DA PESSOA COM FERIDA PROVOCADA POR QUEIMADURA NA UNIDADE DE QUEIMADOS	42
3.3 - O TRATAMENTO DA FERIDA PROVOCADA POR QUEIMADURA	44
3.3.1 - PRINCIPAIS CAUSAS DA QUEIMADURA	44
3.3.2 - A PELE E MATERIAL DE PENSO	45
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA NO GCL-PPCIRA	49
4.1 O GCL-PPCIR	49
4.2 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	50
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	55
CONCLUSÃO	57
BIBLIOGRAFIA	59
APÊNDICES	69
Apêndice I – Fluxograma PRISMA	71
Apêndice II – Tabela Resumo dos Artigos	75
Apêndice III – Formulação do Objetivo Geral e Objetivos Específicos do Estágio na Unidade de Queimados	103

Apêndice IV – Formulação do Objetivo Geral e Objetivos Específicos do Estágio do GCL – PPCIRA	107
Apêndice V – Reflexão “Sobre o Direito de Recusar”	111
ANEXOS	117
Anexo I - Tabela de Lund e Browder	119
Anexo II - Certificado de participação VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos	123

1. INTRODUÇÃO

Em 1880 Florence Nightingale escreveu, que seriam necessários 100 a 150 anos até que enfermeiros experientes e academicamente preparados, alterassem o sistema de saúde (Dossey, 2020).

Ao longo da história, verifica-se um grande esforço para a profissão atingir o que conhecemos hoje e, recuar ao passado, parece ajudar na compreensão de algumas ideias pré-concebidas, que existem da disciplina.

A Primeira Guerra Mundial, traduziu-se num mecanismo impulsionador da enfermagem pois, foi nesta altura, que o desempenho destes profissionais se tornou visível, uma vez que até então, o papel da enfermeira era associado à cuidadora da casa e, portanto, um papel feminino, humilde e com poucos estudos. (Pires e Nunes, 2020). De acordo com o mesmo documento, com o fim da Primeira Guerra Mundial, a relação entre condições ambientais precárias e a transmissão de doenças, tornou-se cada vez mais evidente, exigindo profissionais com formação e conhecimento para melhorar a qualidade dos cuidados, reconhecendo os enfermeiros como elementos imprescindíveis no ato de cuidar e em agentes fulcrais na prevenção e transmissão de doenças (Pires e Nunes, 2020).

Embora já existisse uma escola profissional de enfermagem em Lisboa, só em 1918, é que surgiram documentos legais que redefiniam os critérios para a admissão de enfermeiros nos hospitais e nas escolas de enfermagem, requerendo qualificações e competências mais exigentes para a entrada. (Pires e Nunes, 2020).

A enfermagem, começou a surgir nos jornais da época e em “23 anos (...) passou de ser uma profissão praticada por pessoas não qualificadas a uma profissão em que era necessário um diploma obtido em escolas legalmente reconhecidas” (Pires e Nunes, 2020, p.41).

Torna-se assim explícito, que ao longo dos anos, a profissão tem-se debatido com diversas barreiras provocadas por conceções sociais que remontam desde os tempos antigos, e pela visão dos próprios enfermeiros acerca da importância do seu papel na valorização da profissão. Posto isto, os desafios são cada vez maiores e hoje, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o

“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Diário da República [DR], 1996, p. 2960).

Sendo o principal foco, a pessoa no seu todo, é evidente que não é satisfatório limitarmo-nos ao que foi aprendido na licenciatura, pois a profissão requer que estejamos sempre em constante atualização, quer por exigências profissionais, curiosidade e interesse, ou pela vontade de prestar cuidados cada vez mais diferenciados.

Atualmente, trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos e como tal, faria todo o sentido experimentar, e desenvolver competências em contextos e temas que pudessem ser aplicados à minha prática profissional.

Com o intuito de obter o Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi elaborada uma *scoping review* sobre “A Inclusão dos Familiares nas UCI’s de Adultos”, inserida no relatório de estágio da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” que foi desenvolvido na Unidade de Queimados e no GCL – PPCIRA, num hospital central em Lisboa.

A teoria de enfermagem subjacente à *scoping review*, é a de Myra Estrin Levine que assenta nos conceitos de adaptação, conservação e integridade, que serão desenvolvidos em capítulo próprio. Alerta-se ainda, que neste trabalho, o termo família não se refere única e exclusivamente aos indivíduos com ligação biológica, mas sim a qualquer pessoa de referência. Neste relatório, são descritas intervenções interessantes relacionadas com o CCPF que gostaria de explorar, posteriormente, no âmbito do projeto profissional.

Para a Unidade de Queimados, o objetivo geral delineado foi: - “Desenvolver competências técnico-científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de queimadura” e os objetivos específicos foram: - “Entender o percurso e gestão da pessoa vítima de queimadura desde a admissão até à Unidade de Queimados” e “Prestar cuidados diferenciados à ferida provocada por queimadura”. A escolha da área decorre do facto de ser um contexto particular, com cuidados de enfermagem extremamente diferenciados e pelo reduzido número de unidades, deste género, existentes no país.

Para além disso, no meu contexto profissional, em situações específicas, há necessidade de receber e prestar cuidados a esta população e por isso, esta experiência constata-se extremamente enriquecedora para o meu desempenho. Considerando os objetivos específicos concebidos e a experiência profissional em cuidados intensivos, interessava-me adquirir competências em atividades distintas das que possuo no dia-a-dia por isso, o estágio foi desenvolvido maioritariamente nas salas de tratamento/balneoterapia e no bloco operatório.

Note-se que, devido ao horário da enfermeira orientadora e às oportunidades de aprendizagem, os turnos realizados foram apenas no horário da manhã e em consequência de o período de estágio ter decorrido na pandemia, não foi possível implementar um projeto com os familiares, uma vez que não eram permitidas visitas por indicação do conselho de administração.

Para além do interesse pessoal, a área do PPCIRA por si só, é também, uma realidade altamente diferenciada e distinta da prestação direta de cuidados porque, para além de estar incluída numa das competências do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, fornece um suporte teórico e prático importante para qualquer enfermeiro, pois a resistência aos antimicrobianos, é um problema real e com um impacto altamente negativo para o ambiente, pessoa, economia e sistema de saúde, justificando-se desta forma, a sua inclusão no “Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021- 2026” que descreve que “enquanto a RAM, em particular a resistência antibiótica, tem crescido mundialmente, o desenvolvimento de novos antibióticos não acompanhou esse crescimento” (Direcção - Geral da Saúde [DGS], 2019, p.5), tornando-se visível que esta é uma preocupação atual e séria e que, nós enfermeiros, contribuimos como vetores de transmissão.

Em seguimento do anteriormente descrito, o objetivo geral definido para o estágio realizado no PPCIRA foi: “Desenvolver competências na área da Gestão em cuidados de Saúde e Controlo de Infecção” e como objetivos específicos: “Colaborar como agente ativo nos programas de Prevenção e Controlo de Infecção e participar em atividades de Gestão.”

Tendo em conta as lacunas de conhecimento existentes na área das queimaduras e do controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos, o relatório de estágio demonstra todo o estudo realizado, que se constituiu como base para fundamentar as práticas concretizadas em campo.

Ao longo dos estágios surgiu a oportunidade de participar em formações, essencialmente no âmbito do PPCIRA como: - “Precauções Básicas de Controlo de Infecção – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão – SARS-COV2 –

Situação Atual” com um total de 7 horas; “Reunião de Interlocutores do PPCIRA – Área Neurociências” com um total de 2 horas”; Reunião de Interlocutores do PPCIRA – Especialidades Cirúrgicas, Urologia e Consulta Externa” com um total de 7 horas e 30 minutos. No entanto, por respeito à privacidade e ao anonimato da instituição e dos seus profissionais, não foram colocados os comprovativos neste documento.

O presente relatório segue as normas de citação e referências bibliográficas da American Psychological Association (APA) – Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, 7ª edição de 2020.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM

De acordo com o caráter do estudo, a teoria que serve de suporte ao mesmo, é a de Myra Estrin Levin que aborda conceitos como a adaptação, conservação e integridade, relacionando-os entre si.

Para Levine, perante uma alteração, a capacidade de adaptação é “o melhor ajuste da pessoa com a sua determinação de tempo e de espaço” (Trench, Wallace e Coberg, 1987 in George, 2005, p. 160) que, conseqüentemente influencia a conservação, cujo “sua essência (...), é o uso bem-sucedido de respostas com o menor custo” (Levine, 1989 in George, 2000, p. 161), que contribui para a manutenção da integridade da pessoa.

Segundo esta teórica, durante a conservação, o enfermeiro deverá trabalhar no sentido de auxiliar a pessoa a manter-se fiel a si própria, às suas características e aos seus princípios, com o menor esforço possível. (Levine, 1989 in George, 2000). No decorrer da conservação, esta define ainda quatro princípios a ter em conta: - “a conservação da energia do indivíduo, a conservação da integridade estrutural do indivíduo, a conservação da integridade pessoal do indivíduo e a conservação social do indivíduo” (Levine 1989 in George 2000, p. 161).

Assim, sendo o processo de integridade influenciado não só, mas também, pela “conservação social do indivíduo” onde “a identidade de cada um está conectada com a família, a comunidade, a cultura, a etnia, a religião, a vocação, a educação e a situação socioeconómica.” (George, 2000, p. 162), assumindo-se que quando se fala em cuidado à pessoa, este inclui todo o seu contexto social porque este, faz parte do Ser.

Ressalva-se ainda que, para Levine, a pessoa está em constante mudança e relação com o meio. Estas interações, fazem parte do indivíduo e, “as adaptações mais bem-sucedidas, são aquelas que conseguem o melhor ajuste de maneira mais conservadora” (George, 2000, p. 163).

Entende-se então, que, de acordo com esta teoria, os enfermeiros devem auxiliar no processo de adaptação (saúde-doença), tendo consciência que as interações com o ambiente e o contexto social, onde se inclui a família, são partes constituintes do Ser Humano, e que a melhor adaptação resulta daquela que maior mantenha a integridade do

indivíduo a todos os níveis. (George, 2000).

Especificamente neste modelo, o enfermeiro deverá funcionar como mediador, pois estando, o Ser Humano em contato constante com o ambiente, as mudanças vão surgir e importa que o indivíduo consiga transitar por todas as etapas anteriormente descritas, com o menor custo possível.

Sendo a família, parte da pessoa, esta deverá ser incluída como agente ativo no processo de enfermagem, uma vez que o que se pretende é que o ser mantenha a sua integridade ao máximo.

2.2 - A INCLUSÃO DOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS - A *SCOPING REVIEW*

RESUMO

Introdução: Atualmente as exigências em saúde são cada vez superiores e cuidados de excelência, pressupõem a inserção dos familiares. No entanto, este é um tema do qual se fala muito, mas pouco se sabe acerca da sua aplicação na prática e de todos os aspetos envolvidos no processo.

Objetivo: Mapear a informação que existe acerca da integração dos familiares nas Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, procurando entender se é uma preocupação atual e de que forma está a ser realizada a sua abordagem.

Questão de Investigação: Qual a evidência da inclusão dos familiares nas unidades de cuidados intensivos de adultos?

Método: Foi realizada a pesquisa em bases de dados como a EBSCOhost – Research Databases (seleccionando-se a CINAHL Complete; Medline Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers), SciELO, Web of Science, PubMed e outras fontes como o RCAP.

Para auxiliar na pesquisa, foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “NOT”, e selecionados artigos desde 2015. Os restantes termos foram aplicados de acordo com os critérios incluídos no PCC.

Resultados: Foram identificados 129 artigos, e após implementação dos critérios de inclusão e leitura do título e resumo, resultaram 15. Com a leitura dos artigos, foram identificadas três grandes áreas pertinentes no CCPF: - Fatores facilitadores, dos quais se destacaram a comunicação, informação e esclarecimento, confiança, disponibilidade e suporte da equipa e conforto; - Barreiras à prática do CCPF, essencialmente relacionadas com o ambiente, os profissionais e as organizações; - Intervenções promotoras do CCPF, como a realização da admissão e desmistificação de conceitos e informação transmitida,

foram algumas das práticas mencionadas neste estudo. De todas as áreas identificadas, as intervenções promotoras do CCPF, foram alvo de maior ambivalência uma vez que são muito sensíveis às características de cada população.

Conclusão: O estudo permitiu sintetizar os aspetos necessários para desenvolver o CCPF desde os sentimentos dos familiares, ao ambiente, função dos profissionais de saúde e intervenções necessárias para uma maior incorporação da família.

Verificou-se que o CCPF é um processo complexo, que envolve formação dos familiares e dos profissionais, sendo necessário ter em conta as características da população e da família, uma vez que as intervenções devem ser adaptadas e formuladas após a identificação de um conjunto de necessidades específicas a cada contexto.

Palavras-Chave: Família; Profissionais de Saúde; Unidades de Cuidados Intensivos;

INTRODUÇÃO

Existem muitos estudos que enfatizam a importância do papel familiar e a sua inclusão durante o internamento hospitalar, tornando-o num indicador da qualidade dos cuidados.

A verdade, é que cada vez mais, ouvimos falar no tema e surge, quase, como um procedimento intuitivo, cujo sucesso depende das habilidades naturais de cada um. Porém, o envolvimento e empoderamento dos familiares nos cuidados, requer um processo complexo de motivação, formação e alterações ao nível das pessoas e das políticas institucionais.

A procura de uma maior qualidade de vida, desencadeou um aumento das exigências em saúde. Atualmente, é comum ouvir-se falar não só na pessoa em situação crítica, como recetora de cuidados, mas também na sua família como é exposto no Regulamento 429/2018, que refere que o enfermeiro especialista em enfermagem-médico cirúrgica, “cuida da pessoa e família/cuidadores (...)” (DR, 2018, p.19359).

De acordo com a classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®2), a família é definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes;” (International Classification for Nursing Practice [ICNP®], 2010) e por isso “é notável que a pessoa significativa está, de forma consensual, na definição de família.” (Gonçalves et al., 2017, p.28).

As UCI's, são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento, 2006, p.6). Aqui, entendendo que o principal foco é a pessoa em situação crítica, todas as intervenções adquirem uma maior expressão pois são “doentes mais vulneráveis, com maior dependência de suporte vital orgânico, com margem terapêutica estreita, acessibilidade limitada, equidade na distribuição dos recursos, evidência científica escassa e eficiência limitada” (Serviço Nacional de Saúde [SNS] - Rede de Referenciação de Medicina Intensiva, 2016, p. 16). Face ao exposto, presume-se que se trata de um contexto altamente hostil e tecnológico, onde os familiares ficam com a imagem de um local onde se realizam tratamentos agressivos e invasivos.

Para estes, “estar internado numa UCI, significa estar muito doente” (Poerschke et al., 2019, p.775) e na maioria das vezes, a comunicação da pessoa em situação crítica, está

afetada pela condição de saúde e pelos dispositivos médicos, tornando-se num fator *stressor* para os familiares que sentem a necessidade de proteger e defender a pessoa. (Wong et al., 2019).

Sendo os enfermeiros, os profissionais mais próximos e os que mais tempo passam junto da pessoa em situação crítica, é necessário que desenvolvam uma relação terapêutica com os familiares e assumam uma participação mais ativa no que diz respeito ao CCPF, pois estes “promovem, frequentemente, a autoconsciência, esperança, empoderamento e motivação dos doentes e famílias numa situação de crise” (Caldeira & Timmins, 2016, p.192).

Assumindo que não existe um “tipo de estudo ideal, pois todos oferecem um conjunto de ferramentas que o investigador precisa de usar apropriadamente e de acordo com as suas necessidades” (Arksey & O'Malley, 2005, p. 20), foi realizada uma *scoping review* para investigar o que há, acerca do tema e como tem sido abordado. O objetivo subjacente, é perceber se existe preocupação, por parte dos profissionais, na inclusão dos familiares no processo de saúde/doença da pessoa em situação crítica, apresentar algumas intervenções que possam ser efetuadas neste sentido e exibir atitudes dos profissionais e familiares em relação ao tema. Esta *scoping review* constitui-se ainda, como ponto de partida para uma possível revisão sistemática da literatura, sobre as intervenções de enfermagem que promovem a inclusão dos familiares nas UCI's.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação de uma *scoping review* deve ser informativa e transmitir uma ideia clara do tópico em estudo. Para a sua construção, deve ser utilizada a mnemónica PCC (P- População; C- Conceito; C- Contexto). (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020).

Assim sendo, e atendendo ao anteriormente descrito, a questão de investigação alvo de estudo foi “Qual a evidência da inclusão dos familiares nas unidades de cuidados intensivos de adultos?”. De acordo com o PCC, a população foi definida como os familiares, o conceito como a inclusão dos mesmos e o contexto, as unidades de cuidados intensivos de adultos.

METODOLOGIA

De acordo com a natureza da questão, surge a necessidade de entender o que existe sobre o assunto, direcionando os resultados para a inclusão dos familiares nas UCI.

Para “mapear” a informação existente, o método de investigação que se considerou mais adequado, foi a *scoping review* e de acordo com Munn et al. (2018), as orientações que levam ao desenvolvimento de uma *scoping review* são:

- “Identificar a diversidade de evidência disponível num determinado campo de estudo;
- Clarificar termos presentes na literatura;
- Analisar o modo como a pesquisa é realizada em determinadas áreas de estudo;
- Relacionar características ou fatores a um determinado conceito;
- Estudo prévio a uma revisão sistemática da literatura
- Apresentar e examinar lacunas sobre um determinado tema.”

(2018, p.2)

Neste caso, interessa identificar a evidência disponível sobre um determinado assunto, e ainda, fundamentar a elaboração de uma futura, revisão sistemática da literatura.

De acordo com o tipo de investigação, foram incluídos todos os tipos de estudos, limitando a população alvo apenas a adultos, não contemplando cuidados paliativos ou continuados e foram considerados trabalhos que se desenvolvessem exclusivamente nas unidades de cuidados intensivos.

Tendo em conta que a inclusão dos familiares nas unidades de cuidados intensivos, sugere um processo complexo, bem delimitado, e realizado através de uma equipa multidisciplinar, foram abrangidos todos os artigos que se referiam a profissionais de saúde e não especificamente aos enfermeiros, embora a maioria dos resultados se relacione com esta classe profissional.

Para manter a atualidade e rigor dos resultados obtidos, foram abrangidos apenas artigos elaborados a partir de 2015.

Numa primeira fase, foi efetuada pesquisa livre em bases de dados como a SciELO e a PubMed central com os operadores booleanos “AND” “NOT” “OR” e aplicaram-se os descritores (family inclusion) “OR” (family presence) “AND” (health care) “AND” Adult* “AND” (Intensive Care Unit*). No entanto, para além dos resultados não refletirem o foco principal do trabalho, os números eram, extremamente extensos ou pelo contrário, muito reduzidos. Por isso, na tentativa de refinar a pesquisa, foram utilizados na Web of Science, os termos “family inclusion” “OR” family presence” “AND” (health care) “AND” (Adult* Intensive Care Unit*), presentes em todos os campos, selecionaram-se, os filtros texto completo e até 5 anos.

Posto isto, seguramente estavam dados os principais passos para o desenvolvimento da investigação, mas quando utilizados os mesmos descritores noutras bases de dados, o problema do excesso ou escassez de resultados, mantinha-se.

Após leitura transversal de alguns artigos, constatou-se que um dos termos que surgia, frequentemente, associado ao que era preconizado para dar resposta à questão de investigação, e que era comum na maioria dos artigos considerados relevantes para a pesquisa foi o termo “family-centered”.

Houve necessidade de refinar, ainda mais, a população, pois continuavam a surgir estudos associados aos cuidados paliativos e a internamentos que não eram em cuidados intensivos.

Na segunda fase, e através da utilização da EBSCOhost – Research Databases, disponível no acesso reservado a membros na página oficial da Ordem dos Enfermeiros, foram seleccionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Complete; Medline Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers. Salienta-se, que os operadores booleanos utilizados nesta pesquisa, foram “AND” e “NOT”.

Os termos definidos foram “family-centered” seguido do operador booleano “AND” Adult* “AND” “intensive care unit*” “NOT” Child* NOT Pediatric “NOT” palliative. Como filtros foram aplicados, texto completo desde 2015 até 2021 e selecionado apenas o idioma inglês, uma vez que só estava disponível para seleção o alemão, italiano ou coreano, idiomas que não são do domínio do investigador

Tendo em conta que o estudo em questão se trata de uma *scoping review*, a ideia foi de facto, procurar informação de forma exaustiva, e, portanto, para além das bases de dados mencionadas, efetuou-se novamente, pesquisa na coleção principal da Web of Science, desta vez com os mesmos descritores e operadores booleanos colocados na EBSCO para que se conseguisse encontrar o máximo de publicações e uniformizar a pesquisa. Manteve-se o filtro dos 5 anos com a particularidade de não ter sido colocado o acesso aberto, uma vez que diminuía consideravelmente o número de resultados e, sendo a Web of Science dirigida a Metadados optou-se então, por incluir também os que estavam restritos, dos quais se obteve posteriormente, acesso ao texto completo, através da B-On e da plataforma ResearchGate.

Na terceira fase, pesquisou-se novamente, na PubMed Central, os mesmos termos, operadores booleanos e filtros, mas tendo em conta que nesta base de dados podem ser utilizados os descritores MeSH (Medical Subject Headings), termos que estão classificados, e por isso facilitam a pesquisa, acrescentou-se o termo “professional family relations” (termo MeSH), que está definido na plataforma, como “as interações entre o profissional e a família” (Descritores na área das Ciências da Saúde [DeCS], 2013). De seguida, adicionou-se o operador booleano “AND” Adult* “AND” “intensive care unit*” “NOT” child* “NOT” pediatric* “NOT” palliative e aplicaram-se os filtros de texto completo e de 5 anos.

Executou-se ainda, pesquisa no RCAAP, através dos mesmos termos, inclusive foi realizada pesquisa livre apenas com a descrição de cuidado centrado na família ou nos familiares, sem colocar filtro na data de publicação, resultando apenas um estudo, que com base no título e resumo poderia ser contemplado neste trabalho, mas por ser do ano 2002, não foi considerado.

Para melhor organização do investigador, foram efetuadas tabelas com as datas das pesquisas, descritores booleanos utilizados nas respetivas bases de dados, nome e número de artigos encontrados. Não obstante, recorreu-se à ajuda do *software* Mendeley® para facilitar a gestão das fontes bibliográficas.

Com o intuito de esquematizar o processo de pesquisa, foi elaborado o fluxograma PRISMA e após seleção dos artigos, procedeu-se à sistematização dos principais resultados através da formulação de uma tabela.

RESULTADOS

Como mencionado antes, apesar da pesquisa inicial ter apresentado muitos ou poucos registos, na primeira fase, foi possível obter 2 resultados na SciELO, sendo que 1 foi incluído para o trabalho. Na Web of Science, obtiveram-se um total de 37, dos quais 5 foram contemplados. Da pesquisa da EBSCO, resultaram 38 artigos, sendo selecionados 6 e da PubMed 52 artigos dos quais foram selecionados 3. Para além da remoção dos duplicados, foram excluídos artigos com base no título e no resumo, e outros foram retirados após leitura integral por não se relacionarem diretamente com o tema, resultando uma amostra final de 15 artigos (n=15). Alguns dos estudos foram excluídos por não se associarem à questão de investigação, mas foram incluídos na discussão por enriquecerem a fundamentação do tema.

Em todos os artigos, os profissionais de saúde alvo de estudo foram, maioritariamente, enfermeiros e médicos, apesar de não ter sido um critério de pesquisa. Porém, atendendo ao carácter do tema e à proximidade que têm com a população em estudo, a atuação destes profissionais foi a que apresentou maior destaque.

DISCUSSÃO

Nesta discussão, são descritos os principais resultados analisados relativamente à inclusão dos familiares nas UCI's, e para facilitar a análise dos estudos procedeu-se à divisão em três grandes conceitos:

- Fatores facilitadores, dos quais se destacaram a comunicação, informação e esclarecimento, confiança, disponibilidade e suporte da equipa e conforto.
- Barreiras à prática do CCPF, essencialmente relacionadas com o ambiente, os profissionais e as organizações.
- Intervenções promotoras do CCPF, que abordam ações que estão relacionadas com os temas anteriores e que são sensíveis às características da população.

Durante o processo de hospitalização, os familiares experienciam diversos sentimentos dos quais se destacam, a angústia, a tristeza, o desespero, a falta de informação, o medo e o isolamento social (Poerschke et al., 2019). Os estudos em Kydonaki et al., (2020), demonstram que o reduzido envolvimento dos familiares nas visitas, traduz-se em maiores níveis de ansiedade, e numa experiência mais traumática, tornando-se pertinente entender quais são os aspetos que os familiares dão mais valor ao longo da experiência de hospitalização, e de que forma este evento se pode tornar o menos traumático possível.

Um dos fatores facilitadores que mais se evidenciou, pois, é referenciado em praticamente todos os trabalhos, foi a informação, comunicação e o esclarecimento (Hetland et al., 2015; Imanipour et al., 2019; Kalocsai et al., 2018; Kean & Milner, 2020; Kiwanuka et al., 2019; McAndrew et al., 2020; Poerschke et al., 2019; Scott et al., 2018; Eugênio & Souza, 2020; Wong et al., 2019).

Em Kydonaki et al., (2020), é descrito que a partilha de informação é imprescindível entre familiares e profissionais de saúde pois as famílias participam mais na decisão clínica quando estão atualizadas acerca da condição da pessoa em situação crítica, sentindo-se mais confiantes para elaborar questões. No estudo de McAndrew et al., (2020), existem ainda referências acerca do modo como esta informação é transmitida, já que, para os familiares, as informações devem ser sinceras, claras e como explicito em Kalocsai et

al. (2018), estes valorizam a transparência e consistência na comunicação até porque a iniciativa e o esforço desenvolvidos para partilhar informação, são grandes aliados à participação e integração dos familiares, não sendo suficiente apenas informar, “é necessário explicar e repetir várias vezes, pois assim auxilia os familiares que têm muitas perguntas, e aqueles que não sabem o que perguntar” (Kalocsai et al., 2018, p.4). Em seguimento do questionário aplicado no estudo anterior, os médicos foram identificados como os que mais proporcionam a integração das famílias nas equipas, através das visitas clínicas, reuniões formais, e tomada de decisão, ganhando um lugar de destaque em relação aos outros profissionais na questão da informação.

Ainda no tema da informação, os enfermeiros parecem ter um papel muito passivo, o que não deixa de ser interessante, pois com base nos estudos avaliados por Scott et al. (2019), são os profissionais, que mais tempo passam com a pessoa internada, encontrando-se numa posição estratégica para assegurar a eficácia na transmissão de informação e identificação das necessidades dos familiares. No entanto, um dos estudos incluído no mesmo trabalho, revela que estes têm receio de não transmitir as informações adequadamente, e muitas vezes, este comportamento está associado ao facto de não se sentirem com formação suficiente para revelar e desenvolver a complexidade da informação. Para além disso, em Poerschke et al. (2019), verifica-se que o tempo fornecido pelos enfermeiros para dar informação aos familiares, é muito reduzido.

Quando se fala em disponibilidade e suporte da equipa estes conceitos parecem estar altamente relacionados com a confiança na equipa, e os familiares sentem necessidade de estabelecer uma “aliança” com os profissionais de saúde. Nos estudos avaliados por Scott et al. (2019), verifica-se que os familiares que tinham mais confiança nas competências dos profissionais, apresentavam maior liberdade para cuidar de si próprios, não negligenciando algumas das ações que são fundamentais ao Ser Humano, como é o caso do sono. Nos trabalhos incluídos em Imanipour et al. (2019), a aquisição de confiança na equipa de enfermagem, parece ser imprescindível para os familiares, e auxilia na transição de uma das fases que estes experienciam durante o período de internamento de uma pessoa significativa.

Ao longo do processo de hospitalização, os familiares vivenciam a necessidade de defender e zelar pela pessoa em situação crítica (Wong et al., 2019). Como tal, sentem uma grande responsabilidade pela vigilância da mesma, o que agrava a pressão exercida pelo processo de internamento, tornando-se a confiança na equipa de saúde, um fator de alívio.

Outro aspeto relevante, mencionado em alguns estudos desta investigação, foi o ambiente das UCIs, que se revelou num agente dificultador e é caracterizado com barulho, movimento e máquinas (Auriemma et al., 2020; Imanipour et al., 2019; Kydonaki et al., 2020). Nós, profissionais de saúde, que lidamos constantemente com o ambiente ameaçador das UCIs, esquecemo-nos frequentemente, do impacto que é a primeira abordagem com este meio. E, infelizmente, associado ao facto de os cuidados terem sido focados apenas na pessoa em situação crítica, a maioria das unidades não foram construídas ou pensadas, no acolhimento dos familiares. Porém, existem intervenções e aspetos relacionados com a logística que podem ser alterados de forma a promover o conforto e garantir a satisfação de algumas necessidades humanas, evitando que a experiência se torne ainda mais traumática.

O horário alargado das visitas é outro conceito abordado nas investigações (Eugênio & Souza, 2020; Kean & Milner, 2020; Clark & Guzzetta 2017), este horário implica que os familiares passem muitas horas no hospital, o que não é, propriamente, sinónimo de conforto pois, uma vez mais, as unidades não estão preparadas para acolher as famílias. No entanto, existem alguns elementos que facilitam a permanência dos familiares nas instituições, como os cadeirões, fácil acesso à internet e a existência de máquinas dispensadoras de alimentos, que possam ser utilizadas pelos familiares (McAndrew et al., 2020).

Ainda no âmbito da inclusão dos familiares, é fundamental identificar os aspetos dificultadores do seu processo de integração nas UCIs, não só na perspetiva dos mesmos, mas também na dos profissionais, para que possam ser formuladas intervenções adaptadas também à equipa.

Para os familiares, as “reuniões formais são perspetivadas como fatores positivos e as reuniões informais como as que são realizadas no quarto ou por telefone, traduzem-se numa oportunidade perdida, de criar uma relação terapêutica entre familiares e profissionais de saúde”. (Kalocsai et al., 2018, p.5)

Num dos estudos presentes em Kydonaki et al. (2020), a mudança de chefes de equipa, as várias equipas, as constantes alterações no estado clínico da pessoa em situação crítica, as máquinas e os ruídos, constituem-se como obstáculos à participação ativa dos familiares. Em McAndrew et al. (2020), a falta de explicação sobre o espaço, rotinas do serviço, regras e procedimentos foram apontados como elementos insatisfatórios no que toca à integração dos familiares na UCI e alguns, ainda revelaram desagrado, com a

impossibilidade de passar a noite na unidade, sendo este tópico ainda mais significativo para aqueles que já eram cuidadores.

Para Kydonaki et al. (2020), é fundamental que os profissionais de saúde e especificamente os enfermeiros, identifiquem, que a sua atuação em desmistificar o ambiente e receios, é imprescindível ao processo de integração e McAndrew et al. (2020), demonstra que “os enfermeiros desempenham um papel crítico em ajudar a equipa interdisciplinar a desenvolver uma relação terapêutica com a família” (2020, p.50) no entanto, um dos estudos incluídos no mesmo trabalho afirma que, a maioria das vezes, estes não participam nas reuniões entre os familiares e a equipa interdisciplinar.

Ainda na temática das barreiras à prática do CCPF, alguns trabalhos apontam causas relacionadas com os profissionais que limitam a identificação dos familiares como parceiros (Kiwanuka et al., 2019; Janardhanlyengar et al., 2019; Scott et al., 2018; Poerschke et al., 2019; Kydonaki et al., 2020; Imanipour et al., 2019; Hetland et al., 2017; Kalocsai et al., 2018; Clark & Guzzetta, 2017). Nos vários estudos avaliados em Kiwanuka et al. (2019), são apresentadas quatro barreiras ao CCPF que são, a “falta de conhecimento sobre o que é necessário realizar para atingir o CCPF, limitações organizacionais, barreiras individuais e limitações interdisciplinares” (2019, p.679). Segundo os profissionais, a falta de suporte por parte dos colegas (identificado nos enfermeiros), a competição para desempenhar o papel de controlo sob a pessoa em situação crítica, equipas de enfermagem jovens, carga horária, rácios pessoa em situação crítica-enfermeiro desadequados, *burnout*, falta de orientações e ferramentas para colocar em prática o CCPF, técnicas de comunicação deficientes, falta de motivação e dificuldade em ter uma visão holística da pessoa e da família (...), são alguns dos motivos apontados como dificultadores ao CCPF, não só neste artigo, mas em praticamente todos os que incluíam profissionais.

Sublinha-se que, para além das dificuldades relacionadas com a informação e comunicação, a falta de motivação teve um lugar de destaque nos artigos associados ao mesmo tema (Hetland et al., 2017; Kiwanuka et al., 2019).

Um estudo curioso, é o de See et al. (2017), que consistiu na observação da prestação de duas equipas médicas, antes e depois da implementação de um horário alargado de visitas numa UCI, e os resultados demonstraram que o horário prolongado das visitas não aumentou as distrações da equipa médica, devido ao facto de constituírem uma percentagem muito reduzida das abordagens. Seria interessante aplicar uma investigação semelhante, junto das equipas de enfermagem, até porque a dinâmica é distinta e os enfermeiros passam mais tempo próximo da pessoa em situação crítica e da sua família.

Inclusive, no trabalho de Eugênio & Souza (2020), foi aplicado um questionário às pessoas internadas e aos profissionais de saúde após a implementação de um horário alargado de visitas e constatou-se que a equipa de saúde, e especificamente os enfermeiros, revelaram que a estratégia trouxe um impacto negativo, no que diz respeito ao cuidado da pessoa em situação crítica, uma vez que o trabalho destes profissionais, foi constantemente interrompido com questões e solicitações de informação, mesmo durante a realização de procedimentos, com necessidade de alertar constantemente os familiares por percorrerem as camas dos outros utentes. No entanto, as respostas dos familiares são contrárias à dos profissionais, pois estes não sentiram que estivessem a afetar a dinâmica da UCI, o que demonstra a necessidade de realizar formação, também aos familiares. Posto isto, ambos os grupos, salvo algumas exceções, concordaram que a presença da família provoca uma diminuição do *stress* e da ansiedade na pessoa internada.

Nos trabalhos estudados, existe alguma ênfase na questão da comunicação, nomeadamente nas lacunas que se encontram a este nível e que são sentidas por vários grupos profissionais (Scott et al., 2018; Poerschke et al., 2019; Kydonaki et al., 2020; McAndrew et al., 2020; Wong et al., 2019; Eugênio & Souza, 2020; Kiwanuka et al., 2019; Imanipour et al., 2019; Kalocsai et al., 2018).

De um modo geral, averigua-se que os familiares sentem necessidade de participar no processo de cuidado à pessoa em situação crítica e necessitam de um maior empoderamento ao longo do mesmo (Hetland et al. 2017; Kalocsai et al. 2018; Scott et al. 2018; Poerschke et al. 2019; Kydonaki et al., 2020; McAndrew et al., 2020; Wong et al., 2019;).

No que diz respeito às intervenções que facilitam a aderência ao CCPF, em Kiwanuka et al. (2019), ficou assente que, para existir este cuidado, há que fomentar o trabalho de equipa porque a falta de coordenação da mesma, implica uma duplicação de trabalho e, em ambientes altamente exigentes como o das UCIs é imprescindível o funcionamento harmonioso das equipas interdisciplinares, começando por alterar o discurso do “eu” para o “nós”.

Em Kean & Milner (2020), são sugeridas estratégias como a realização de reuniões e treino sobre a abordagem familiar, através de práticas simuladas (*role-play*) para ajudar ultrapassar as barreiras relacionadas com a comunicação, associadas aos profissionais de saúde.

De modo a criar maior aptidão nos profissionais, Kiwanuka et al. (2019), demonstra estratégias individuais para cada pessoa, atribuindo-lhes uma responsabilidade

específica do CCPF e aqui, é intensificada, novamente, a importância de explicar aos profissionais de saúde, a relevância desta prática e os *outcomes* positivos para a pessoa, família, instituição e profissionais de saúde que resultam, da colaboração entre eles.

Alguns artigos apontam, que o enfermeiro deve ser responsável por desmistificar todo o ambiente e informação recebida pelo familiar (Imanipour et al., (2019; Kalocsai et al., 2018; Eugênio & Souza, 2020; Scott et al., 2018; Poerschke et al., 2019; Kydonaki et al., 2020; McAndrew et al., 2020). Nos estudos expostos em Kydonaki et al. (2020), a preparação dos familiares pela equipa de enfermagem para questões que possam ser colocadas durante as reuniões formais, constitui-se como um fator positivo e o mesmo faz referência a um projeto piloto, que envolveu a estruturação de um guia orientador para a comunicação com os familiares, que incluía o estado da pessoa em situação crítica, objetivos de tratamento e o plano para o dia.

No trabalho de Kydonaki et al (2020), é ainda demonstrada a importância da comunicação e admissão na inclusão dos familiares, sendo que as 24, 72 e 96 horas após a entrada na UCI, foram apontadas como momentos-chave para interagir com os mesmos. Os estudos de Kydonaki et al. (2020) e McAndrew et al. (2020), abordam a necessidade de estar presente fisicamente para receber atualizações, como obstáculo à transmissão de informação sobre o estado da pessoa em situação crítica. Neste último, os familiares colocaram a hipótese de meios alternativos de contacto, através da criação de uma aplicação ou plataforma segura que permita a comunicação com os profissionais de saúde, visto que nem sempre é possível fazê-lo presencialmente.

Como já foi descrito, os familiares sentem necessidade de maior empoderamento e integração nos cuidados e em Wong et al. (2019), apura-se que estes procuram garantir que todos os cuidados são prestados.

Há evidência que alguns familiares desejam participar nos cuidados diretos à pessoa em situação crítica, através da realização de atividades como a higiene, massagem e exercícios. Todavia, estes não são claros relativamente a esta temática, uma vez que depende de cada familiar.

No seguimento do mesmo documento, na maioria das vezes, a presença dos familiares, faz com que a pessoa em situação crítica colabore mais nos cuidados, tendo um papel importante no cumprimento do plano terapêutico, como é o exemplo da realização dos exercícios de mobilidade e respiratórios.

Por último, o trabalho de McAndrew et al. (2020), sugere, que os enfermeiros em cuidados intensivos, executem um plano de cuidados para a pessoa em situação crítica e

sua família, apropriado a cada nível de envolvimento dos familiares, pois nem todos estão ao mesmo nível, e nem todos, se sentem confortáveis com as mesmas estratégias de inclusão.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Atendendo à extensão do tema, não foram consideradas as especificidades das pessoas em situação crítica, que estavam internadas nas UCI's mas que já sofriam de algum grau de dependência, pois nestes casos, os comportamentos e as necessidades familiares são distintas;

- Foram incluídas no estudo, populações de países desenvolvidos e outros em via de desenvolvimento. Como tal, as necessidades em saúde são diferentes e a formação dos profissionais, também é distinta o que influencia os resultados;

- Não foram realizadas distinções de acordo com as características demográficas;
- Neste estudo não foram considerados os aspetos culturais.

CONCLUSÃO

Através desta investigação, conclui-se que existe, de facto, uma preocupação emergente com o tema em estudo e devido à sua complexidade, os artigos incluídos demonstram as várias perspetivas de abordagem, identificando, *à priori*, os fatores facilitadores para o CCPF, as suas barreiras e intervenções.

Analisa-se que do ponto de vista dos familiares, os indicadores que mais se destacaram para que a sua experiência na UCI melhorasse foram, a informação e esclarecimento, confiança, disponibilidade e suporte da equipa, conforto e ambiente. É possível observar que os obstáculos dos familiares a esta prática são diversificados e influenciados por variáveis como a idade, cultura, relação com a pessoa em situação crítica, escolaridade e a própria conceção do termo “família”.

Atendendo a que os constrangimentos à implementação do CCPF não são exclusivos dos familiares, foi necessário expor os principais impedimentos relacionados com os profissionais, constatando-se que equipas muito novas ou profissionais com mais anos de profissão, a falta de trabalho de equipa, falta de formação, rácio enfermeiro-pessoa em situação crítica desadequado, falta de confiança, dificuldade em ter uma visão holística da pessoa e carga horária elevada, são alguns dos elementos apontados como obstáculos à implementação do CCPF.

Ao longo do trabalho, são sugeridas intervenções para minimizar estas dificuldades e alguns exemplos conseguem ser muito práticos e realizáveis, mas entende-se, que existe ainda, um extenso trabalho a ser feito nesta área.

Algumas das intervenções apresentadas, passam pela atuação da equipa de enfermagem, que deve desempenhar a função de suporte e ter um papel mais ativo na transmissão de informação e no esclarecimento de conceitos.

Dependendo da população em questão, outra das abordagens, pode passar por incluir os familiares nos cuidados diretos, mas salienta-se que a aplicação desta intervenção deve depender das necessidades e capacidades dos mesmos.

No que diz respeito ao facto dos familiares adquirirem maior responsabilidade na tomada de decisão como intervenção, existe ainda, muito controvérsia, uma vez que há estudos que revelam resultados diferentes desta abordagem, no desenvolvimento de stress pós-traumático.

Para a implementação de uma prática focada no CCPF, são necessários mais profissionais ou uma reestruturação das equipas e horas para que se possa trabalhar no tema, de forma a possibilitar o desenvolvimento de um projeto que permita identificar o tipo de população do hospital, o conjunto de necessidades inerentes a esta e aos profissionais, e realizar intervenções de acordo com os problemas emergentes da análise.

Não obstante, e concomitantemente, é necessário aumentar o nível de literacia em saúde dos familiares para que estes consigam participar de forma ativa no processo de hospitalização da pessoa em situação crítica, reconhecendo a sua importância, e explicar aos profissionais de saúde, a relevância da prática do CCPF, efetuando formação sobre a mesma.

Em suma, comprova-se que o CCPF é um conceito complexo e por isso, deve estar bem definido e suportado através da evidência científica. Para este existir, é imprescindível que haja uma cultura desta prática no hospital, e que seja apoiado pelas políticas institucionais.

APLICAÇÃO DO ESTUDO NA PRÁTICA:

- Aplicar um questionário de satisfação dos familiares, validado para a população portuguesa;
- Realizar um estudo sobre o horário prolongado das visitas e o aumento de distrações nos enfermeiros;

- Formar grupos de trabalho para explicar a importância da inclusão dos familiares;
- Elaborar uma revisão sistemática sobre as intervenções de enfermagem para a inclusão dos familiares nas UCI's.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

3.1 - A UNIDADE DE QUEIMADOS

O presente estágio foi realizado numa Unidade de Queimados na área metropolitana de Lisboa, que dá apoio a “3,5 milhões de pessoas abrangendo a população desde o Médio-Tejo até ao Algarve (excetuando a região do Oeste) sendo que pode receber ainda qualquer vítima do restante território e ilhas, após confirmação prévia da vaga” (Amaral, 2013, p.21). Esta unidade, está inserida na área das especialidades cirúrgicas nomeadamente associada à cirurgia plástica e reconstrutiva (CPR), e presta cuidados ao grande queimado de médio e alto risco.

Atendendo às especificidades desta área, a unidade é restrita à entrada de pessoas, apresenta ar climatizado e pressões positivas, direcionando o fluxo de ar das zonas mais limpas para as menos limpas como medida de prevenção da infeção.

Relativamente à disposição do espaço, destacam-se três quartos de isolamento, dois deles com antecâmara e um sem, acrescidas de outras cinco camas distribuídas no mesmo quarto. Na presença de uma pessoa em situação crítica, com necessidade de ventilação, utilizam-se preferencialmente os quartos de isolamento.

Para além do anteriormente descrito, sublinha-se, entre outros, uma área de *transfer*/sala de admissão, duas salas de balneoterapia equipadas com ventilador e material de penso, sala de bloco operatório e sala de trabalho.

A equipa médica é formada por um chefe de serviço da área da CPR, três a quatro assistentes hospitalares, um interno da especialidade e um elemento responsável pela equipa que permanece 3 meses, com esquema de equipas rotativas.

A unidade integra ainda, um anestesista colocado de acordo com a escala de trabalho e um médico com formação em cuidados intensivos, atribuído consoante escala e que, não estando presente no serviço, se desloca até lá todos os dias e sempre que necessário.

A equipa de cuidados, é constituída por 30 enfermeiros destacando-se um enfermeiro chefe e um enfermeiro responsável. Compõe-se ainda por assistentes operacionais, um fisioterapeuta no período da manhã, psicólogo, dietista e outros profissionais e serviços inerentes ao funcionamento do hospital.

Tendo em conta a especificidade da PFPQ, e visando a sua menor deslocação, há uma tentativa de realizar a maior parte dos procedimentos na unidade. Neste sentido, esta possui uma sala de bloco operatório que funciona essencialmente nos dias em que está previsto a realização de desbridamentos e/ou enxertos, previamente agendados.

A equipa da sala do bloco operatório, é constituída por um médico anestesista, dois médicos da CPR e um enfermeiro circulante que é responsável, também pela monitorização hemodinâmica da PFPQ.

3.2 - O PERCURSO DA PESSOA COM FERIDA PROVOCADA POR QUEIMADURA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

Após admissão no serviço de urgência, o médico da CPR é ativado para proceder a avaliação da PFPQ de acordo com os critérios de gravidade e área de superfície queimada. Para além das competências inerentes ao exercício da profissão, utiliza como suporte o procedimento multisectorial TRC.1033 “Percurso do Doente na Unidade de Queimados” e a norma 022/2012 da DGS referente à “Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.” Após avaliação objetiva e vários exames complementares de diagnóstico, é efetuado o encaminhamento da PFPQ com base nos critérios de inclusão na unidade de queimados nomeadamente:

“Queimaduras de 2º ou 3º grau de mais de 10% da superfície total corporal em doentes com mais de 50 anos de idade” (Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC], TRC 1033, 2013, p.4). Note-se, que alguma bibliografia faz referência a idades entre os 60 e os 65 anos pois, para além das inúmeras alterações que ocorrem com a idade, a partir dos 60 anos existe “uma redução significativa da espessura da epiderme e derme” (Oriá et al, 2003, p. 433). Isto significa, que as queimaduras superficiais, são pouco comuns nas pessoas com mais de 60 anos porque a própria derme se torna mais frágil e, portanto, uma queimadura superficial num jovem pode representar uma profunda nas pessoas com idade mais avançada. Isto ocorre, por se tratar de uma pele com menor capacidade de adaptação às alterações externas e, com o passar dos anos, ocorrer uma maior probabilidade de existirem co-morbilidades na pessoa, complicando o processo de cicatrização (Victorian Adult Burns [Vicburns], 2016).

São também integradas nos critérios de inclusão na Unidade de Queimados:

“Queimaduras do 2º ou 3º grau com mais de 20% da superfície total corporal, em doentes entre os 15 e 50 anos; Todas as queimaduras do 2º e 3º grau em áreas funcionais ou estéticas, da face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações; Queimaduras eléctricas incluindo “flash” eléctrico; Queimaduras químicas, em áreas funcionais ou estéticas; Queimaduras envolvendo outros traumatismos ou doenças debilitantes nas quais a queimadura possa contribuir para o aumento da morbidade ou mortalidade; Queimaduras com lesões inalatórias; Epidermólise tóxica;” (TRC 1033, 2013, p.4).

Identificados os critérios de admissão, a entrada da PFPQ, é feita pela sala de admissão, onde se efetua a balneoterapia, momento chave para identificar, validar e tratar a área da superfície corporal queimada. Nesta fase, importa salvaguardar que apesar da “Regra de Wallace (Regra dos nove)” e a da palma da mão serem as mais práticas e rápidas de utilizar, não são totalmente precisas, uma vez que não contemplam a população pediátrica ou obesa (Vicburns,2016). Assim sendo, na unidade, a escala utilizada é de Lund Browder.

No início do turno, e após a transmissão de informação, procede-se a distribuição dos enfermeiros, sendo que um elemento é responsável pela sala de bloco operatório e outro por circular na sala de balneoterapia.

Na sala de transmissão de informação, existe um plano de cuidados, onde está incluída a planificação da realização dos pensos de cada pessoa internada na unidade, e que habitualmente, é efetuado pela equipa médica da CPR, em conjunto com a equipa de enfermagem e ajustado consoante a evolução da queimadura, condições da pessoa e planeamento de atividades (nomeadamente exames ou outros procedimentos).

De acordo com a avaliação realizada pela equipa, é decidido se a PFPQ tem indicação e/ou beneficia da balneoterapia. Caso se confirme, esta normalmente é realizada sob sedoanalgesia devido à dor provocada pelas lesões.

A minha inexperiência com esta técnica, levou a que este procedimento se tenha revelado muito enriquecedor, pois para além da observação, foi-me permitido realizá-lo. Habitualmente, e tendo em conta que a pessoa está sob sedoanalgesia, é nesta fase que é executado o desbridamento mecânico e, a remoção dos pensos. Este define-se como momento-chave para a realização de exercícios ativos, visando a redução dos danos provocados pela retração da pele.

Dependendo da extensão da queimadura e/ou boa evolução cicatricial, os cuidados de higiene e conforto podem ser realizados no leito ou duche de acordo com as necessidades de cada pessoa e posteriormente, são realizados os pensos na sala de tratamentos com ou sem sedoanalgesia atendendo à dor, extensão e tipo de queimadura.

3.3 - O TRATAMENTO DA FERIDA PROVOCADA POR QUEIMADURA

3.3.1 – Principais Causas da Queimadura

Os mecanismos que levam ao desenvolvimento de uma queimadura são muito diversificados, mas é essencial detetar o agente causador, uma vez que irá condicionar todo o tratamento. Por isso, quanto à sua origem podemos identificar essencialmente três, as queimaduras térmicas, químicas e elétricas (Echinard, 2012).

As queimaduras térmicas, são as mais comuns e surgem, por exemplo, no decorrer do contacto com chamas ou explosões de gás, sendo que estas últimas, requerem atenção especial, pela facilidade de provocarem compromisso da via aérea secundária à queimadura da árvore traqueobrônquica. Embora as térmicas sejam, frequentemente, causadas por fontes de calor, as temperaturas extremamente baixas, também provocam queimaduras. Sendo o vírus SARS-COV2, um assunto extremamente atual, é importante sublinhar que a maioria das vacinas utilizadas, requerem temperaturas de armazenamento muito baixas, e ao atingir o estado de sublimação, o gelo seco, na qual são transportadas, pode desenvolver alterações respiratórias graves (American Burn Association [ABA], 2020), tornando-se assim, um exemplo de que o melhor tratamento da queimadura, é a sua prevenção, praticada através da utilização de vestuário adequado, proteção respiratória ajustada a cada situação e explicação dos riscos que podem ocorrer, caso estes critérios não sejam cumpridos.

Nos países em vias de desenvolvimento, as queimaduras elétricas acabam por ter uma grande representatividade, sendo responsáveis por muitos acidentes devido à fraca regulamentação da eletricidade, nomeadamente no que toca a circuitos seguros, (World Health Organization [WHO], 2011).

As lesões decorrentes da eletricidade, são consideradas de acordo com o seu grau de intensidade, isto significa, que queimaduras por alta voltagem, definem-se como aquelas com energia superior a 800 ou 1000 volts (Echinard, 2012), e normalmente são provocadas por contacto com linhas de alta tensão. Este tipo de queimadura, caracteriza-se pelos danos extremamente graves que provoca nos órgãos internos, uma vez que na queimadura elétrica grave, procura-se o, vulgarmente conhecido, “ponto de entrada” que

tal como o próprio nome indica, é o local por onde “entra” a corrente elétrica, percorrendo o corpo com um percurso aleatório e saindo pelo designado “ponto de saída” encontrado, normalmente, nos membros inferiores (Echinard, 2012). Esta queimadura requer uma atenção especial, porque a maior parte dos danos são provocados internamente, e por isso, o prognóstico não deve ser realizado com base na aparência da pele, porque esta não reflete as lesões mais profundas (Echinard, 2012).

Por último, desenvolvemos as queimaduras químicas, que de acordo com o relatório elaborado pela ABA de 2004 – 2015, constituem 3% das admissões na população americana (não se conseguiram dados da população portuguesa). Apesar de não serem as mais frequentes, “são quase sempre, profundas, graves e sérias” (Otman, 2012, p. 405) e quanto à sua origem, podem ser divididas em ácidas e alcalinas. Ainda que, não tenham grande representatividade, é fundamental abordar estas queimaduras, visto que existem cerca de 2500 produtos no mercado, que podem desencadear este tipo de lesões e que são facilmente encontrados no domicílio, levando frequentemente, ao contacto involuntário por crianças e adultos (Echinard, 2012). Embora existam algumas particularidades quanto à reação da água com os agentes químicos, após o seu contacto, deve ser iniciada irrigação com água tépida e contactar o Centro de Informação Antivenenos. (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). Posteriormente, na presença de um profissional de saúde, devem então, ser identificadas as possíveis reações de acordo com o produto em causa e administrar os neutralizantes.

3.3.2 – A Pele e Material de Penso

Desde muito cedo, a pele é vista como um órgão que reveste e protege o corpo humano, sendo imprescindível para “o controlo hemodinâmico, o equilíbrio hidro-eletrolítico, a termorregulação, o metabolismo energético, o sistema sensorial e a defesa contra agressões externas.” (Menoita, 2015, p.23). Assim sendo, é expectável que lesões extensas e profundas neste órgão, torne a PFPQ numa pessoa em situação crítica.

Para entender exatamente a que nível se estratificam as queimaduras, é importante recordar a histologia da pele, que é constituída por três camadas por nós já conhecidas, a epiderme, derme e hipoderme.

A epiderme constitui a camada mais superficial e “é responsável pela protecção contra as agressões exteriores e pela impermeabilização da pele, mantendo a água na superfície, dando-lhe elasticidade e suavidade ao toque” (Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia [SPDV], 2021). A derme, “é responsável por conferir

resistência e elasticidade à pele” (SPDV, 2021) e é altamente vascularizada (Greenhalgh, 2019). Por último, a hipoderme apresenta-se como uma camada mais profunda, “composta por células de gordura (...) e funciona como um depósito de gordura” (SPDV, 2021).

Os graus das queimaduras são determinados pela camada atingida e, portanto, uma queimadura de primeiro grau é considerada superficial e só afeta a epiderme, tendo uma coloração avermelhada e manifestando-se como um “eritema doloroso” (Echinard, 2012, p.24), o tratamento passa, essencialmente, pela hidratação. (Greenhalgh, 2019).

As queimaduras de segundo grau, podem ser divididas em segundo grau superficial e segundo grau profundo. O segundo grau superficial, atinge as camadas mais próximas da derme e é caracterizado, muitas vezes, pelo aparecimento de uma flictena serosa (Echinard, 2012) e a pele pode ficar vermelha ou rosada (Agency for Clinical Innovation [ACI], 2019). O segundo grau profundo, atinge a derme e, como referido anteriormente, sendo uma camada altamente vascularizada, são queimaduras muito dolorosas e que, durante o desbridamento mecânico sangram. (Echinard, 2012). As lesões provocadas por queimaduras deste grau, são “vermelhas, acastanhadas e com exsudado” (Echinard, 2012, p.25).

Finalmente, surgem as queimaduras de terceiro grau que, desenvolvendo-se na camada mais profunda, menos vascularizada e rica em gordura - hipoderme, normalmente não causam tanta dor como as de segundo grau e não sangram (Greenhalgh, 2019). Nestas queimaduras, a “vascularização desapareceu e a inervação cutânea foi destruída (...). Não existe hipótese de regeneração espontânea” (Echinard, 2012, p.26). Por isso, normalmente o prognóstico é muito pior que nas outras lesões, pois os resultados passam maioritariamente pela cicatrização e retração da pele (Greenhalgh, 2019). A queimadura de terceiro grau, geralmente, surge como uma “zona branca, cartonosa, cerosa, marmoreada e em alguns casos, pode estar “completamente negra” (Echinard, 2019, p.26).

Ao longo do percurso na unidade de queimados, houve oportunidade de observar e identificar na prática estes conceitos, o que permitiu adquirir maior experiência na diferenciação dos graus das queimaduras. O momento da balneoterapia e realização do penso, é fundamental para estabelecer esta avaliação e é necessário ter em atenção, que se o desbridamento mecânico não for bem efetuado, podemos confundir uma queimadura de segundo grau profundo, com uma de terceiro grau, por exemplo.

É pertinente salientar que a remoção do tecido desvitalizado da ferida, é vital para o seu tratamento, e deve ser feita através da limpeza com água filtrada e desbridamento mecânico, uma vez que diminui a carga microbiana e promove a granulação (European

Burns Association [EBA], 2017). O facto de executar a técnica de desbridamento mecânico com maior frequência, fez com que ganhasse mais confiança no procedimento, principalmente na pressão exercida, que foi uma das maiores dificuldades sentidas.

A principal ideia que nos ocorre quando se fala em queimadura, é o risco de infeção associado. Para além dos cuidados que já foram abordados previamente, é pertinente falar-se na questão da antibioterapia, uma vez que é importante salientar que, atualmente, a sua utilização sistémica como profilaxia, não está preconizada (EBA, 2019) pois é necessário lembrar que “o antibiótico deve utilizar-se tendo presente que o alvo não é o doente, mas sim a bactéria” (Ravat, 2012, p.155) e, portanto, a sua introdução deve ser ponderada, criteriosa e dependente de vários fatores.

Hoje em dia, existem muitos materiais de penso, mas especificamente na unidade, apesar de haver outros, o mais utilizado durante a minha permanência, foi o Flaminal® Forte, que é constituído por uma enzima alginogel, embebida em alginatos hidratados, que mantêm o ambiente húmido da ferida, e enzimas que atuam na carga microbiana (Wounds-UK, 2018). Em comparação com a sulfadiazina de prata, por nós vulgarmente conhecida, traz o benefício de requerer uma mudança menos frequente dos pensos (Rashaan et al, 2018).

À parte do Flaminal® Forte, existe também o Flaminal® Hydro, cujo a sua utilização se diferencia, essencialmente, pela quantidade de exsudado que a ferida contém, sendo o forte mais adequado para feridas com maior exsudado.

Vale a pena salientar, que apesar dos estudos demonstrarem resultados muito positivos com a utilização do Flaminal® em relação a outros materiais, por nós já conhecidos, “a escolha do penso deverá sempre depender da causa, tamanho, profundidade, localização quantidade de exsudado, sinais de infeção e custo” (EBA, 2017, p.39).

No que diz respeito à aplicação do penso secundário, este tema torna-se ainda mais relevante no âmbito das queimaduras, uma vez que durante a sua aplicação, deve ser tido em conta os efeitos nefastos da retração da pele, decorrentes da cicatrização de uma queimadura, tornando-se imprescindível a sua correta colocação, especialmente, em áreas funcionais como as mãos ou o pescoço. Ao longo do estágio, as áreas funcionais mais afetadas foram, sem dúvida, as mãos. Neste caso, em concreto, a aplicação do penso secundário, deve considerar o edema como fator condicionante uma vez que, de acordo com a ACI (2019), na presença de edema, os dedos devem ser individualizados com o material de penso primário e a ligadura deve ser aplicada em toda a mão. Contrariamente,

quando o edema desaparecer, o penso secundário deve evitar cobrir a mão toda e sim, individualizar os dedos também.

A estimulação de áreas críticas através de exercícios de mobilidade, como as mãos ou o pescoço, é fundamental para a recuperação. Durante a balneoterapia, os membros estão longe das restrições provocadas pelos pensos e/ou ligaduras, traduzindo-se num momento ideal para a mobilização destas zonas, obtendo-se resultados melhores.

Outro aspeto fundamental das queimaduras, são os enxertos de pele, estes devem ser realizados em queimaduras de terceiro grau ou quando uma ferida demore mais de 2 a 3 semanas a apresentar tecido de granulação (Greenhalgh, 2019).

Os pensos dos enxertos têm várias especificidades e uma delas está, essencialmente, relacionada com a região dadora. Com o objetivo de preservar ao máximo esta área, o seu tratamento passa por ser, predominantemente, conservador e, por isso, a manipulação desta zona deve ser evitada 7 a 15 dias após o procedimento, salvo algumas exceções.

Considerando que o intuito principal é promover a regeneração da região dadora, sempre que há necessidade de refazer o penso, deve ser recortada apenas a parte do material primário que não está aderente à pele, mantendo todo o resto de modo a evitar a remoção traumática do material, permitindo que o leito da ferida continue intacto. Ao final de 2 a 3 semanas, a região dadora deve estar com tecido de epitelização (Greenhalgh, 2019).

Relativamente à região recetora, o penso só deve ser realizado, no mínimo, 72 horas após o procedimento, observando se a aderência é favorável ou não, e a presença de sinais de infeção.

Na área dos enxertos e desbridamentos cirúrgicos, a sala de bloco desempenhou um papel fundamental, pois permitiu a consolidação de todos os procedimentos e o entendimento de todo o processo por “detrás dos pensos”.

Por último, importa destacar, que este estágio foi imprescindível para a obtenção das competências inerentes ao enfermeiro especialista, que serão desenvolvidas em capítulo próprio.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO GCL - PPCIRA

4.1 – O GCL-PPCIRA

Apesar do tema das infeções hospitalares ser muito antigo, mantém-se muito atual e não deixou de ter menos importância com o passar do tempo. Pelo contrário, segundo o INSA, “factores como o número, cada vez maior, de procedimentos médicos e técnicas invasivas (...); hospitais sobrelotados, e deficientes práticas de controlo da infeção favorecem (...) a transmissão de bactérias multi-resistentes entre os doentes.” (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA,202, p.7). Portugal, é considerado um dos países com taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde e taxa de resistência aos antimicrobianos mais elevadas da União Europeia (Diário da República [DR], 2016).

Em virtude do anteriormente descrito, em Fevereiro de 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que advém da junção de dois programas já existentes, o Programa Nacional de Controlo de infeção (PNCI) e o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana (PNPRA).

O PPCIRA “orienta três vectores de intervenção principais: a campanha de precauções básicas de controlo de infeção, o programa de apoio à prescrição antibiótica e a vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos” (DR, p 9254-(2)). Assim sendo, foram criados vários grupos locais para fazer face às necessidades antes expostas. O estágio foi desenvolvido num destes grupos, inserido na área de Lisboa.

À parte destes três vetores, em campo, é efetuada: - Uma avaliação do risco de infeção, tendo em conta não só as vias de transmissão, mas também a estrutura física de cada serviço, facilitando a colocação das pessoas internadas; - São sinalizados todos os exames complementares de diagnóstico que identifiquem microrganismos multirresistentes ou com alto grau de contágio e é ativado o serviço, informando as precauções a ter; - Procedem-se à elaboração e atualização de políticas e procedimentos relativamente à área do controlo de infeção e é responsável pela formação, supervisão e orientação das práticas a todos os grupos profissionais, fornecendo apoio a qualquer dúvida.

4.2 – PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Sabe-se que as infeções hospitalares são um problema grave que provoca mortes e aumento do tempo de internamento.

A suspeita de que “alguma “coisa sólida” pudesse transmitir doenças de um individuo a outro” (Fontana, 2006, p.703) surgiu na idade média em 1846 com o médico Johann Klein e depois em 1854 com Florence Nightingale, ambos verificaram que aspetos como o ambiente, a salubridade e a separação dos doentes são importantes, e com grande impacto na diminuição das mortes da época (Fontana, 2006). No entanto, só em 1863 é que o holandês Anton Van Leeuwenhock através do microscópio, identificou os “*espíritos do demônio*”, futuramente chamados de bactérias, lançando assim as bases da bacteriologia” (Fontana, 2006, p.704).

Em 1864, noutro contexto, Louis Pasteur descobriu que a acidificação do vinho era produzida por organismos microscópicos vivos que estavam no ar, impulsionando desta forma vários estudos que relacionam esta descoberta com o que se sucedia no corpo humano (Fontana, 2006).

Salienta-se que, “no século XIX Von Pettenkoffer apontou a existência da suscetibilidade individual e a influência do ambiente para o desenvolvimento das doenças, ressaltando a interação de três fatores, a saber: o agente, o hospedeiro e o meio ambiente” (Fontana, 2006, p.704). Com isto, estão sedimentadas as bases que têm vindo a motivar o estudo das infeções hospitalares.

Embora existam resistências a múltiplos microorganismos, neste relatório, são apenas desenvolvidas, as dos antibióticos, pois são assinaladas como as mais frequentes nos hospitais e aquelas que estão na origem de cerca de 90% das infeções nosocomiais (Khan et al., 2015).

Com o passar do tempo, e com a indevida utilização dos antibióticos, as bactérias vão-se adaptando e modificando. Neste momento, a resistência aos antibióticos está descrita como um dos principais desafios da Organização Mundial de Saúde, e de acordo com a mesma fonte, só em 2015, na União Europeia, existiram 67 0000 infeções decorrentes de microrganismos multirresistentes dos quais resultaram 33 000 mortes. (WHO, 2020).

Ao longo do estágio, foram estudados documentos legais como por exemplo a origem da formação do grupo, os seus objetivos e avaliados alguns dos procedimentos multisectoriais presentes na intranet do centro.

Tal como descrito anteriormente, a sinalização do serviço depende de aspetos como o tipo de microrganismo isolado, vias de transmissão e TSA. De forma sucinta, os microrganismos mais comuns que provocam infeções nosocomiais são:

1. *Eschericia coli:*

Faz parte da nossa flora intestinal e torna-se um microrganismo de extrema importância, uma vez que é muito comum, quer em meio hospital quer em ambulatório e é responsável por provocar múltiplas infeções salientado, as da corrente sanguínea e as do trato urinário. Este torna-se particularmente interessante e preocupante porque desenvolve resistência às fluoroquinolonas (ex. ciprofoxacina) e torna-se produtor de beta-lactamases de largo espectro (ESBL) e de carbapenemos. (European Centre for disease prevention and control [ECDC], 2016). Quando estes são produtores das enzimas mencionadas, é necessário notificar o serviço.

2. *Klebsiella pneumoniae*

Esta bactéria é transmitida, essencialmente, em meio hospital e encontra-se alojada no trato gastrointestinal, pele e vias respiratórias. A importância da *Klebsiella pneumoniae* é evidenciada pelo facto da sua resistência aos beta-lactâmicos e aos carbapenemos ter aumentado muito nos últimos anos. (ECDC, 2016).

3. *Pseudomonas aeruginosa e Espécies de Acinetobacter*

São grupos distintos, mas que tomam particular importância, devido à capacidade que têm de selecionar ativamente várias moléculas dos antibióticos, evitando assim que estes atuem sobre elas e, portanto, são resistentes a uma serie de antimicrobianos (ECD,2016).

4. *Streptococcus pneumoniae*

Surge nesta lista, porque é regularmente resistente à penicilina e aos beta-lactâmicos, reduzindo assim o número de antibióticos passíveis de serem utilizados (ECDC,2016).

5. *Staphylococcus aureus*

Frequentemente presente na pele, caracteriza-se pela sua capacidade de resistência à meticilina e a alguns beta-lactâmicos. Constitui um verdadeiro desafio pois é uma das principais causas de infeção da corrente sanguínea da Europa. (ECDC, 2016).

6. *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium*

Os mais comuns da classe de *enterococcus*, fazem parte da flora intestinal e estão discriminados aqui principalmente pela sua resistência aos glicopéptidos (vancomicina) e aminoglicosídeos (gentamicina) (ECDC,2016).

Expostas algumas das principais noções dos microorganismos mais preocupantes e frequentes do meio hospitalar, fica a faltar abordar um tema que tem vindo a preocupar os hospitais, que são as Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC).

As Enterobactérias (por exemplo: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Serratia* e *Enterobacter*) estão, frequentemente, presentes na nossa flora intestinal, mas tal como muitas outras, podem evoluir e desenvolver resistências devido a vários fatores. As Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), são um subgrupo da família e caracterizam-se por possuírem resistência aos carbapenemos, tornando-as numa preocupação muito atual (PPCIRA, 2017).

Tendo em conta que existem várias mutações, algumas ERC são produtoras de betalactamases (por exemplo ESBL) e outras produzem carbapenemases (EPC). As produtoras de carbapenemases (EPC) identificadas são: “*Carbapenemase de Klebsiella pneumoniae (KPC)*, *Nova Deli Metallo-betalactamase (NDM)*, *Verona Integron-encoded Metallo-betalactamase (VIM)*, *Oxacilinase tipo 48 (Oxa-48)*, *Imipenemase Metallo betalactamase (IMP)*” (PPCIRA, 2017, p.4).

É de salientar, que de acordo com as recomendações emitidas pelo PPCIRA para a prevenção da transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos, a carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae (KPC)*, é a que parece ter maior capacidade de transmissão cruzada (PPCIRA, 2017).

Este assunto, transforma-se de facto num problema sério pois “algumas destas bactérias têm a capacidade de partilhar plasmídeos de resistência entre várias espécies, o que facilita a emergência de estirpes resistentes noutras Enterobacteriáceas coexistentes no organismo” (PPCIRA, 2017, p.4).

Todas estas enzimas, quando identificadas, requerem alerta e comunicação ao serviço por parte do GCL-PPCIRA.

Atendendo à pandemia mundial, SARS-COV2, foi imprescindível reformular alguns documentos da instituição, entre eles a CIRA-104 – Precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão e sendo um dos meus objetivos, a participação na elaboração de políticas e procedimentos associadas ao controlo de infeção, esta traduziu-se numa oportunidade indispensável para o meu processo de aprendizagem.

É importante mencionar que a senhora enfermeira especialista, envolvida na minha orientação, era a principal responsável pela abertura de um novo serviço, e, portanto, considerando a necessidade de uma gestão diferenciada dos enfermeiros, definiu como importante, a formação na área das “Precauções Básicas de Controlo de Infeção – PBCI”; “Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão – PIBVT”; “Feixe de Intervenções da Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” e “Suporte Básico de Vida”. Quando o meu estágio começou, estes objetivos já estavam definidos, mas tive a possibilidade de participar nas “Precauções Básicas de Controlo de Infeção”, “Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão” e na apresentação sobre o “Feixe de Intervenções da Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC).

O programa de vigilância epidemiológica, foi criado em 1998, onde o Parlamento Europeu decidiu que deveriam ser desenvolvidas atividades para a identificação, e posterior, alerta e prevenção de doenças transmissíveis (Parlamento Europeu, 2009).

Com base neste pressuposto, e visando a uniformização, mais tarde surgiu o programa HELICS (Hospitals in Europe Link For Infection Control Through Surveillance) definido para duas situações: infeção nosocomial nas UCI (HELICS-UCI) e infeção associado ao local cirúrgico (HELICS- Cirurgia). Neste último, está o protocolo europeu para o registo da infeção do local cirúrgico e “tem como finalidade criar uma base de dados europeia para as cirurgias mais relevantes, nomeadamente cirurgia do cólon, colecistectomia, cesariana, artroplastia da anca e angioplastia coronária” (DGS, 2021).

Considerando que o novo serviço se tratava de um CRITO (Centro de Responsabilidade Integrada de Traumatologia Ortopédica), a formação foi predominantemente associada à cirurgia ortopédica e à monitorização da aplicação do “Feixe de Intervenção” ou Bundle da “Infeção do Local Cirúrgico”. Esta foi apresentada por um médico ortopedista e pela enfermeira incluída no programa.

“Feixes”, “são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior

impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.” (DGS, 2015, p.5), revelando-se numa estratégia inovadora e promissora.

Para a abordagem das “Precauções Básicas de Controlo de Infeção” e “Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”, foi efetuada a demonstração e supervisão da aplicação correta de EPI’s, após uma breve apresentação do tema.

Perante o contexto atual da pandemia mundial do vírus SARS-COV2, e atendendo à minha experiência em cuidados intensivos com o vírus, consegui partilhar a realidade deste contexto e colaborar na demonstração, supervisão e esclarecimento de práticas associadas à colocação e remoção dos EPI de forma segura, evitando a contaminação do profissional e do ambiente

Para além do descrito anteriormente e de modo a identificar as necessidades dos enfermeiros do CRITO para *a posteriori* planear intervenções que pudessem contribuir às suas expectativas, fatores de motivação e satisfação profissional, foi realizado um diagnóstico inicial através da aplicação de um questionário “CRITO – Motivação para a Satisfação Profissional dos Enfermeiros”.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à sua análise segundo a técnica da análise de conteúdo preconizada por Bardin [1994] que deu origem à nossa matriz categorial. É de salientar, que todo este processo foi realizado juntamente com a enfermeira orientadora e com a colaboração da docente responsável pelo meu estágio. Ressalva-se ainda, que, quando iniciei a minha participação no trabalho, todos os requisitos prévios iminentes à aplicação de um questionário, nomeadamente as autorizações, já tinham sido assegurados e o trabalho ainda está em desenvolvimento.

Ainda no processo da abertura do novo serviço, surgiu a preocupação da escolha dos recursos materiais (mobiliário, equipamento e materiais) para equipar a unidade, e participei na reunião para a decisão dos mesmos, o que possibilitou ter em conta alguns aspetos necessários à abertura de uma nova unidade, escolhendo os itens mais adequados, atendendo ao orçamento.

À parte de todo este trabalho, foi requerida ainda a colaboração do PPCIRA sobre uma situação que ocorreu na instituição e que, após discussão com a orientadora clínica, motivou a realização de uma reflexão que aborda questões éticas e legais.

Tal como no estágio da Unidade de Queimados, a minha formação no GCL-PPCIRA, serviu para consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista, desenvolvidas em capítulo próprio.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De todas as competências atribuídas ao mestre, destacam-se, na sua alínea c) do ponto 1 do artigo 15 ° do Decreto-Lei nº 74, a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada (...), incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;” (DR, 2006, p.2246), e o desenvolvimento de “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (DR, 2006, 2246).

Especificamente no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, importa definir que pessoa em situação crítica, é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (DR, 2018, p.19362). No contexto onde desempenho funções, esta definição está constantemente presente e como tal surge um sentido de responsabilidade emergente, pela procura constante de melhores cuidados.

O estágio realizado no PPCIRA e na Unidade de Queimados, permitiu o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e no que concerne à competência “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (DR, 2018, p.19359), esta foi maioritariamente consolidada e aplicada na Unidade de Queimados e num dos estágios que me foi permitido realizar no âmbito do Mestrado, na Unidade Curricular de “Vigilância e Decisão Clínica” no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Relativamente à competência “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (DR,2018, p. 19359), esta foi explorada através da elaboração do relatório de estágio, pesquisa para a prestação de cuidados, prática clínica e construção de uma *scoping review*, efetuada com o intuito de obter maior suporte teórico

para delinear intervenções que melhorem a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

No que diz respeito à competência, “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (DR,2018, p. 19359), esta foi aperfeiçoada no estágio do PPCIRA embora seja transversal a qualquer contexto.

Não é possível fixarmo-nos numa competência específica do enfermeiro especialista, uma vez que ao longo da prática, é necessário conjugar uma série de fatores para a tomada de decisão e, tratando-se de um Mestrado de natureza profissional, a realização dos estágios permitiu não só, desenvolver investigação como também aplicá-la nos contextos.

É certo, que dependendo das experiências, existem competências que são mais ou menos aprofundadas. Porém, o que se pretende é que o Mestrado se constitua como um fator impulsionador na procura constante, de informação fundamentada e atualizada, fomentando o espírito de pesquisa e curiosidade. Não obstante, o especialista deve ter em conta os aspetos ético-deontológicos inerentes à profissão e, portanto, foi desenvolvida uma reflexão que sustenta, quer a prática reflexiva, quer os aspetos ético-deontológicos que nos permitem crescer enquanto profissionais e pessoas.

No exercício da profissão, é crucial que o mestre domine algumas ferramentas de investigação, pois como explicito no Decreto-Lei nº 104/98 “o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde” (DR, 1998, p. 1739). Compreende-se então, que a investigação é uma componente necessária e vital para o desempenho da atividade profissional, pois foi através desta, que a enfermagem se conseguiu afirmar enquanto profissão rigorosa.

Ainda sobre o tema investigação, este trabalho permitiu o desenvolvimento de uma *scoping review*, através da utilização de algumas ferramentas de investigação, associando o conhecimento científico aos valores inerentes à profissão pois “mesmo incorporando alguns dos maiores avanços da ciência e da tecnologia a enfermagem, no que respeita aos valores, mantém-se inalterada, em muitas das suas características iniciais como a Humanização, a Justiça, a Abnegação, o Altruísmo (...) de entre outros” (Martins, 2021, p.5).

CONCLUSÃO

A enfermagem de hoje-em dia não é a que se praticava há 20 anos, o que não significa, necessariamente, que seja melhor ou pior. É diferente! Pois, a população também é diferente e, portanto, há uma redefinição e apuramento das necessidades, não só no âmbito da saúde, mas em todos os componentes da vida humana, o que faz com nós enfermeiros, também tenhamos de acompanhar essa mudança, enquanto pessoas e profissionais.

Este percurso acima de tudo, incutiu e despertou o interesse na área da investigação, pois permitiu-me, sentir a necessidade e curiosidade de pesquisar e fundamentar todas as práticas.

Considero que a valorização da profissão, prende-se também com aquilo que nós, enfermeiros dizemos e fazemos, por isso, importa demonstrar que toda a nossa prática, tem uma base teórica, sendo necessário divulgar e explicar às pessoas as nossas ações, não só em contextos formais, mas também informais, como é o momento da visita, por exemplo. Explicar os procedimentos de enfermagem, permitir que os familiares assistam ou participem nos cuidados, é fundamental não só para a pessoa e família, mas também para a valorização da profissão.

Acredito, que o empoderamento da pessoa em situação crítica e da sua família, é um dos caminhos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos profissionais a longo prazo, mas a inclusão dos familiares deve ser compreendida como um processo complexo e adaptado a cada serviço, família, equipa e cuidados prestados, pois existe uma cultura de internamento, incutida na própria pessoa, onde o indivíduo e a família têm um papel muito passivo, sendo necessário mudar a própria conceção de internamento. O CCPF tem de deixar de ser um tema do qual se teoriza muito, mas pouco se põe em prática, necessitando de estar organizado e ter orientações próprias.

A grande aprendizagem é sem dúvida, a importância de aliar o conhecimento à ação e à inovação.

Apesar da pandemia a SARS-COV2 ter dificultado este estudo, tornou ainda mais evidente, a necessidade do suporte familiar e da sua inclusão nos cuidados.

Finalmente, e com a intenção de participar e dar continuidade a este trabalho, no serviço onde desempenho funções, há um grupo responsável pela aplicação de um questionário de satisfação dos familiares, validado para a população portuguesa que foi implementado com o intuito de elaborar uma instrução de trabalho própria, para o acompanhamento das famílias no momento da visita.

Apesar da pandemia a SARS-COV2 ter dificultado este estudo, tornou ainda mais evidente, a necessidade do suporte familiar e da sua inclusão nos cuidados. Finalmente, e com a intenção de participar e dar continuidade a este trabalho, no serviço onde desempenho funções, há um grupo responsável pela aplicação de um questionário de satisfação dos familiares, validado para a população portuguesa que foi implementado com o intuito de elaborar uma instrução de trabalho própria, para o acompanhamento das famílias no momento da visita.

Este percurso trouxe sem dúvida vivências inesquecíveis que me influenciaram enquanto pessoa e profissional pois enalteceu a importância de manter a humanização e a personalização dos cuidados como aliados do rigor e da seriedade, inerentes ao cuidado do ser humano.

BIBLIOGRAFIA

Agency for Clinical Innovation. (2019). *Clinical Guidelines Burn Patient Management* (4th ed). NSW Statewide Burn Injury Service – ACI.

Amaral, T. (2013). *Garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta grande queimada* [Master's thesis]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15940>

American Burn Association. (2016). *Burn Incidence and treatment in the United States: 2016*. ABA. <https://ameriburn.org/who-we-are/media/burn-incidence-fact-sheet/>

American Burn Association. (2020, December 22). *Preventing Dry Ice Burns*. ABA. <https://ameriburn.org/preventing-dry-ice-burns/>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.

Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional nº 1/2005. Diário da República, nº 155/2005, Série I-A. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>

Assembleia da República. (2019). Lei nº 95/2019. Diário da República nº 169/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Assembleia da República. (1976). Decreto de Aprovação da Constituição. Diário da República nº 86/1976, Série I. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

Auriemma, C. L., Lyon, S.M., Strelec, L.E., Kent, S., Barg, F.K., & Halpern, S.D. (2015). Defining the Medical Intensive Care Unit *in The Words of Patients and Their Family Members: A Freelisting Analysis*. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 47-55. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015717>

Biblioteca Virtual em Saúde. (2021). *DeCS/ MeSH Descritores em Ciências da Saúde*. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=11797&filter=ths_termall&q=%22profissional%20family%20relations%22

Caldeira, S., & Timmins, F. (2016). Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*, 63, 191-199. <https://doi.org/10.1111/inr.12268>

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. (2013). O Percurso do Doente na Unidade de Queimados. *Procedimento Sectorial TRC. 1033* (CHLC).

Clark, A. P., & Guzzetta, C. E. (2017). A Paradigm Shift for Patient/Family-Centered Care in Intensive Care Units: Bring in the Family. *Critical Care Nurse*, 37(2), 96-98. <https://doi.org/10.4037/ccn2017142>

Departamento da Qualidade na Saúde., Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos., Ordem dos Médicos. (2015). Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Direção-Geral da Saúde-DGS.

Despacho nº 3844-A do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República: II série, n. °52. <https://dre.pt/application/conteudo/73865550>

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*, Direção-Geral da Saúde - DGS.

Direção Geral da Saúde - Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e Resistência aos Antimicrobianos., Direção Geral de Alimentação e Veterinária., Agência

Portuguesa do Ambiente. (2019). *Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2021 – “Uma só Saúde”*. DGS.

Direção-Geral da Saúde - Departamento de Qualidade na Saúde., Ordem dos Médicos. (2012). Norma 022/2012 atualizada em 2017 – *Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. DGS.

Direção-Geral de Saúde. (2021). *HELICS- Cirurgia*. DGS. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/vigilancia-epidemiologica/infeccao/helics-cirurgia.aspx>

Dossey, B.M. (2020). Barbara Dossey’s Theory of Integral Nursing. In M.C. Smith (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5th ed., pp.211-234). F.A Davis.

Echinard, C. (2012). Queimaduras eléctricas. In C. Echinard, J. Latarjet (Eds.), *Queimaduras* (1st ed., pp 395-403). Lusociência.

Eugênio, C., & Souza, E.N (2020). Why extended visits in an adult ICU receive a more positive evaluation from patient relatives than from the health care team? Preprint version. *SciELO preprints*.1-18. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1106>

European Burns Association. (2017). *European Practice Guidelines for Burn Care* (4th ed). EBA.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe*. Surveillance Report - ECDC.

European Patients Forum. *WHAT IS PATIENT EMPOWERMENT*. EPF. <https://www.eu-patient.eu/policy/Policy/patient-empowerment/>

Fontana, R.T. (2006). As Infecções Hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706. https://www.researchgate.net/publication/250052837_As_infeccoes_hospitalares_e_a_evolucao_historica_das_infeccoes

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Despacho nº 9496/2017. Diário da República nº 208/2017, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9496-2017-114109523>

GCL – PPCIRA (2017). Procedimento Multissetorial: *CIRA 104 – Precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão*. CHLC.

George, J. B. (2000). MYRA ESTRINE LEVINE. In J.B George e Colaboradores (Ed.), *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª Ed., pp. 159-167). Artes Médicas Sul.

Gonçalves, J.P.A., Costa Moura, S.M., & Rabiais, I.C.M. (2017). Integrative Review-Nursing Interventions in the Stress Control of the Family of the Sick Person in a Critical Condition. *International Journal of Nursing*, 4(1), 27-37. <https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v4n1a5>

Greenhalgh, D. (2019). Management of Burns. *The New England Journal of Medicine*, 380, 2349-59. http://dickyricky.com/Medicine/Papers/2019_06_13%20NEJM%20Management%20of%20Burns.pdf

Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., & Daly, B. (2017) Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. *American Association of Critical-Care Nurses*, 28(2), 160-170. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118>

Hilary Arksey & Lisa O'Malley (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Imanipour, M., Kiwanuka, F., Rad, S.A., Masaba, R., & Alemayehu, Y.H. (2019) Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Nordic College of Caring Science*, 569-581. <https://doi.org/10.1111/scs.12675>

Janardhanlyengar, S.M., Srinivasan, R., Venkateshmurthy, B.M., Katari, Y., & Hiremathada, S. (2019). Family Satisfaction in a Medical College Multidisciplinary Intensive Care Unit (ICU)-How Can We Improve. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487606/>

Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S.P., Taylor, P., Downar, J., & Conn, L.G. (2018). “It’s better to have three brains working instead of one”: a qualitative study of building of building a therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18:533, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>

Kean, L., & Milner, K. (2020). Implementation of Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit: An Evidence-Based Practice Quality Improvement Project. *Critical Care Nurse*, 40(2), 76-78. <https://doi.org/10.4037/ccn2020661>

Khan, H. A., Ahmad, A. & Mehboob, R. (2015). Nosocomial infections and their control strategies. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(7), 509-514. <https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.001>

Kiwanuka, F., Shayan, S.J., & Tolulope, A.A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*, 6:676-684. <https://doi.org/10.1002/nop2.253>

Kleinpell, R., Buchman, T.G., & Harmon, L., Nielsen, M. (2017) Promoting Patient- and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit: A Dissemination Project. *American Association of Critical-Care Nurses*, 28(2), 155-159. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017425>

Kydonaki, K., Takashima, M., & Mitchell, M. (2020) Family ward rounds in intensive care: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 113(2021), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103771>

Martins, L. (2021). Pensar, sentir e refletir nos valores em Enfermagem. *O valor de uma Enfermagem com valores*. (pp. 5–9). E-book - Universidade Católica-Instituto de Ciências da Saúde.

McAndrew, N.S., Mark, L., & Butler, M. (2020). Timely Family Feedback to Guide Family Engagement in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40(6), 42-51. <https://doi.org/10.4037/ccn2020644>

Menoita, E. C. (2015). Histofisiologia da pele. In E. C. Menoita (Eds.), *Gestão de Feridas Complexas* (1st ed., pp. 23-38). Lusodidacta.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto – Lei nº 74/2006. Diário da República nº 60/2006, Série I-A. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>

Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). *Prevenção de infeções Adquiridas no hospital – Um Guia Prático*. Direção-Geral da Saúde - DGS.

Ministério da Saúde - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Prevenção Da Transmissão De Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos*. Direção-Geral da Saúde - DGS.

Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº 161/96. Diário da República nº 205/1996, Série I-A. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Munn, Z., Peters, M. D.J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E., (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research*, 18:143, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011. Diário da República n.º 35, Série II. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecificenfessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Diário da República n.º 135, Série II. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Oriá, R.B., Santana, E.N., Fernandes, M.R., Ferreira, F.V.A., & Brito, G.A.C. (2003). Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 78 (4), 425-434. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000400004>

Otman, S. (2012). Queimaduras químicas. In C. Echinard, J. Latarjet (Eds), *Queimaduras* (1st ed., pp 406-411). Lusociência

Parlamento Europeu e do Conselho. (2009). Regulamento (CE) n.º 596/2009. Jornal Oficial n.º L 188/14. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009R0596&from=HU>

Poerschke, S.M.B., Salbego, C., Gomes, I.E.M., Andrade, A., Nietsche, E.A., & Silva, T.C. (2019). The Nursing Team Approach When Facing the Feelings of Relatives of Patients Undergoing Intensive Therapy. *Cuidar é fundamental*, 11(3), 771-779. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6829/pdf>

Rashaan, Z., Krijnen, P., Kwa, K., Van der Vlies, C., Schipper, I. & Breederveld, R. (2019). Flaminal® versus Flamazine® in the treatment of partial thickness burns: A randomized controlled trial on clinical effectiveness and scar quality (FLAM study). *Wound Repair and Regeneration The International Journal of Tissue Repair And Regeneration*, 27(3), 257-267. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wrr.12699>

Ravat, F. (2012). Utilização dos antibióticos no queimado. In C. Echinard, J. Latarjet (Eds), *Queimaduras* (1st ed., pp 155 -163). Lusociência.

Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2018). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 00, 1-15. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>

See, K.C., Song, X.Y., & Aung, H.T. (2017). Effect of extended visiting hours on physician distractions in the ICU: a before-and-after study. *Critical Care*, 21:243. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5604139/>

Serviço Nacional de Saúde. (2019, Outubro 14). *Como agir em caso de Intoxicação*. (SNS). <https://www.sns24.gov.pt/guia/como-agir-em-caso-de-intoxicacao/>

Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia. (2021). *A pele*. SPDV. https://www.spdv.pt/_a_pele

Victorian Adult Burns Service. (2016, Novembro 22). Burn Assessment Tips and Pitfalls. Vicburns. <https://www.vicburns.org.au/burn-assessment-overview/tips-and-pitfalls/>

Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., & Bucknall, T. (2019). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33, 317 – 325. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>

World Health Organization. (2011). *Burn prevention: success stories and lessons learned*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97938/9789241501187_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2018, Março 6). *Burns key Facts*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>

World Health Organization. (2020, Março 19) *Moving towards a multisectoral approach to tackling antimicrobial resistance*. WHO. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/news/news/2020/3/moving-towards-a-multisectoral-approach-to-tackling-antimicrobial-resistance>

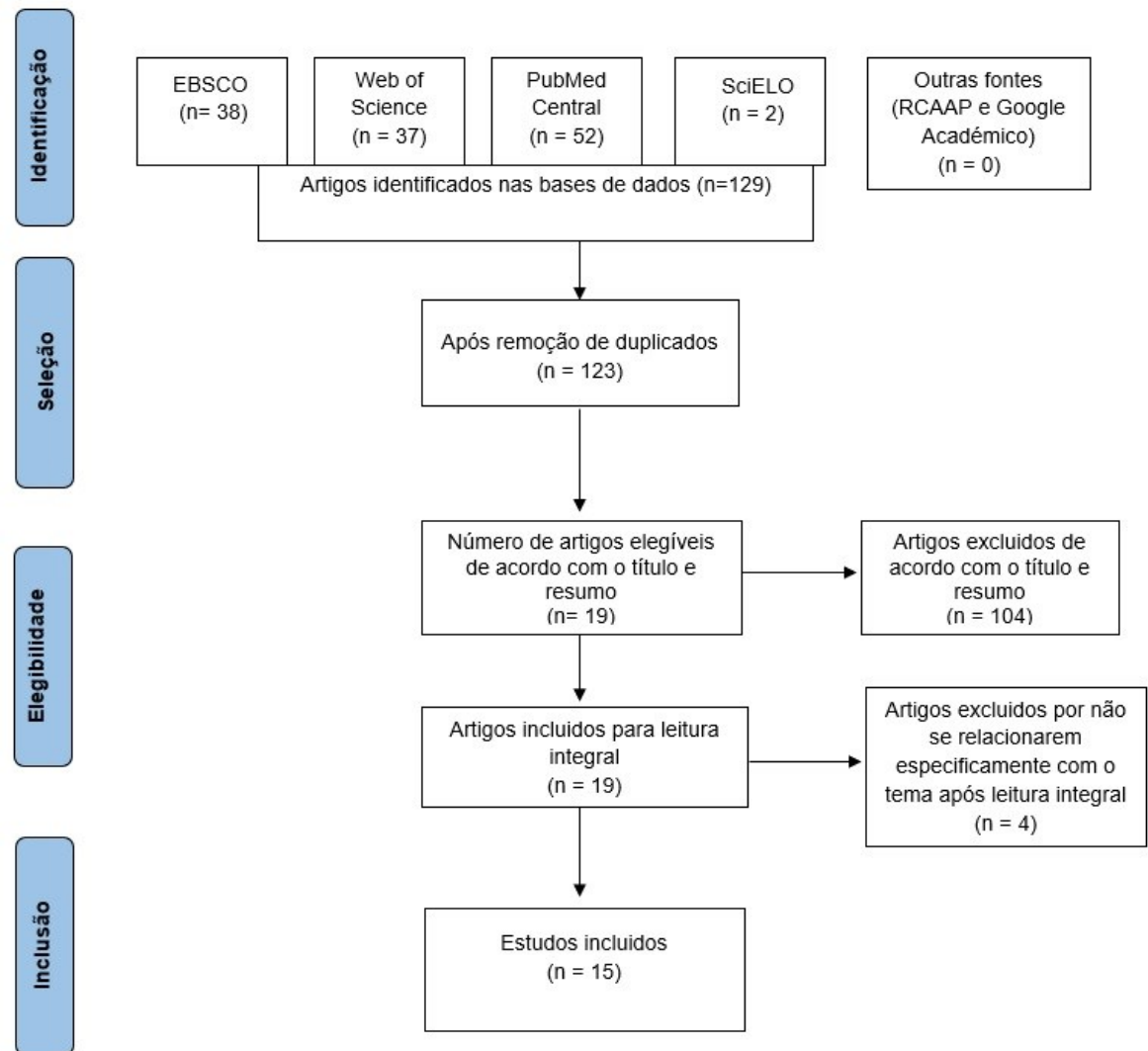
World Health Organization. (2020, Outubro 13) *Antimicrobial Resistance*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

Wounds Uk. (2018, Outubro 22). *Quick Guide Flaminal® (Enzyme Alginogel®)*. Wounds-Uk. <https://www.wounds-uk.com/resources/details/quick-guide-flaminal-enzyme-alginogel-in-practice>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma PRISMA

Fluxograma PRISMA



APÊNDICE II – Tabela Resumo dos Artigos

Tabela 1 – Ordem dos Enfermeiros

EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina)			
Título do Estudo	Estudo	Resumo	Conclusões
Kean, L., & Milner, K. (2020). Implementation of Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit: An Evidence-Based Practice Quality Improvement Project. <i>Critical Care Nurse</i> , 40(2), 76-78.	Estudo numa UCI que consiste na implementação de um projeto de visitas abertas e avalia a adesão dos profissionais de saúde.	Visita aberta é definida, neste estudo, como o acesso a visitas a qualquer hora do dia, permitindo permanecer no serviço durante o período noturno. São incluídos enfermeiros, médicos e secretárias clínicas da unidade, demonstrando-lhe as recomendações da American Association of Critical-Care nurses (AACN) e da Society for critical care medicine (SCCM) para a implementação de visitas abertas nas UCI's. Antes da implementação do projeto, são efetuadas reuniões e treinamentos sobre a abordagem familiar através de práticas simuladas (role-play). Não são permitidas visitas no período de tempo entre a passagem do turno da noite para a manhã, uma vez que é onde há maior transferência de informação. Os enfermeiros poderiam restringir as visitas sempre que achassem necessário.	O horário de visitas alargado suporta o CCPF e, através da prática baseada na evidência, foram desenvolvidas estratégias que melhorassem a inclusão dos familiares nas UCI's. De acordo com as conclusões do estudo, a implementação deste modelo, aumentou a satisfação de enfermeiros, pessoa em situação crítica e as suas famílias.
Imanipour, M., Kiwanuka, F., Rad, S.A., Masaba, R., & Alemayehu, Y.H. (2019) Family members' experiences in adult intensive care units: a	Revisão sistemática da literatura sobre as experiências dos familiares de pessoas internadas nas UCI's.	O estudo destaca as três fases que os familiares vivenciam, não necessariamente de forma cronológica. A fase <i>“floating”</i> que inclui a mistura de sentimentos e incertezas do início, a vulnerabilidade, medo da morte do familiar e o confronto com o ambiente ameaçador da UCI. Segue-se a segunda fase,	O trabalho apresenta as experiências dos familiares de pessoas internadas nas UCI's através de três fases: - <i>“floating”</i> , <i>“probing”</i> e <i>“continuity and closure”</i> , tornando claro a enorme

<p>systematic review. <i>Nordic College of Caring Science</i>, 569-581.</p>		<p>designada por “probing”, onde há a necessidade de explorar e questionar, surgindo as primeiras dificuldades na comunicação, uma vez que os familiares se vão tornando gradualmente mais ativos e tentam entender todo o ambiente, máquinas, etc. Nesta fase, os trabalhos incluídos no artigo, destacam a procura de informação e a obtenção de confiança na equipa de enfermagem como fundamental para os familiares. A terceira e última fase é “continuity and closure phase”, os familiares adaptam-se à rotina dos hospitais, o que interfere com a vida pessoal, pois sentem a responsabilidade de serem cuidadores e o dever de participar na decisão clínica. Aqui, experienciam diversos mecanismos de <i>copping</i>, e existe muito foco na espiritualidade.</p> <p>De acordo com os autores incluídos no estudo, é importante entender em que fase os familiares se encontram, para realizar intervenções adaptadas à mesma, por exemplo, na primeira fase, a realização da admissão parece ser fundamental para que a pessoa consiga compreender o ambiente da UCI. Um dos trabalhos referidos no estudo, menciona que a inclusão dos familiares, nesta primeira fase, é muito importante, pois é aqui que sentem a necessidade de ser “advogados” da pessoa em situação crítica e por isso, se se sentirem excluídos pela equipa ou experienciarem falta de confiança na mesma, a responsabilidade de defesa aumenta. Outro exemplo, é que na segunda fase, os familiares passam por dificuldades na</p>	<p>responsabilidade que é, desenvolver um cuidado integral.</p> <p>O estudo permite conhecer os sentimentos e necessidades que os familiares experienciam durante o internamento nas UCI’s, permitindo antecipar e desenvolver estratégias específicas e adaptadas.</p>
--	--	---	---

		<p>comunicação e, portanto, se não existir uma comunicação eficaz, estes podem não transitar para a fase seguinte ou regressar à fase anterior, tornando toda a experiência da UCI mais traumática.</p> <p>O estudo demonstra que os enfermeiros são os que melhor estão posicionados para auxiliar a família a transitar este processo, mas é necessário experiência, competência e uma boa relação enfermeiro-família.</p>	
<p>Auremma, C. L., Lyon, S.M., Strelec, L.E., Kent, S., Barg, F.K., & Halpern, S.D. (2015). Defining the Medical Intensive Care Unit In The Words Of Patients And Their Family Members: A Freelisting Analysis. <i>American Journal of Critical Care</i>, 24(4), 47-55.</p>	<p>Aplicação da técnica “<i>free listing</i>” a pessoas internadas e aos seus familiares numa UCI, 60 dias após a alta.</p>	<p>Foi realizada uma entrevista em que as pessoas tinham de colocar todas as palavras que lhes surgissem para definir a UCI. Os resultados foram separados de acordo com quatro categorias: o total, familiares de pessoas que estiveram internados e sobreviveram, as pessoas internadas e os familiares daqueles que não sobreviveram. A relevância das respostas, foi obtida através da ordem e da frequência com que as palavras surgiram. As palavras mais expostas e comuns a todos os grupos foram: - Doença, cuidado, medo, tristeza, profissionais de saúde e aspetos relacionado com o ambiente da UCI. No estudo, embora os autores agrupem médicos, enfermeiros e outros profissionais na categoria profissionais de saúde, para facilitar a análise, é interessante observar que na descrição das tabelas, a profissão mais descrita foi enfermagem.</p> <p>Os autores exaltam ainda, termos que foram apenas escritos por um dos grupos, que no caso das pessoas internadas, foi barulho. A única descrita apenas por familiares de pessoas que</p>	<p>O estudo permite a identificação de temas que podem estar relacionados com um maior ou menor grau de satisfação com a experiência na UCI, nomeadamente no que se refere ao cuidado, sentimentos e ambiente das UCI's.</p>

		sobreviveram foi movimento e a apontada, apenas, pelos familiares daqueles que não sobreviveram, foi esperança.	
Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., & Daly, B. (2017). Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. American Association of Critical-Care Nurses, 28(2), 160-170.	Questionário aplicado a 433 enfermeiros de cuidados intensivos	Existem alguns estudos que falam sobre a inclusão dos familiares, mas que se focam em formas passivas de envolvimento, nomeadamente na comunicação, informação etc. Relativamente à participação ativa nos cuidados, a maioria dos enfermeiros permitiu, apenas, a inclusão em atividades simples como a higiene oral, cuidado aos olhos e aplicação de terapia emoliente, resultados compatíveis com outros estudos também incluídos no artigo. Aspectos como a idade (enfermeiros mais novos ou mais velhos e com mais experiência no cuidado à pessoa em situação crítica, tendem a ver a inclusão dos familiares de forma mais positiva do que a faixa etária entre 25-49 anos), grau académico (enfermeiros com mais estudos tendem a incentivar o CCPF), rácio, tipo de UCI (pediatria inclui mais os familiares) e carga de trabalho influenciam a implementação do CCPF. É necessário haver formação para os enfermeiros sobre o CCPF.	Para ser implementado um CCPF é necessário o envolvimento dos enfermeiros e como tal, antes da aplicação de um modelo onde os familiares desempenhem um papel mais ativo, é fundamental entender como é que os enfermeiros percecionam a inclusão dos mesmos e que obstáculos e dificuldades sentem na sua aplicação. Para que ocorra o envolvimento mais presente dos familiares, é imprescindível existir uma cultura organizacional que o defenda e que apoie os profissionais na sua implementação.
Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S.P., Taylor, P., Downar, J., & Conn, L.G. (2018). “It’s better to have three brains working instead of one”: a qualitative	Estudo qualitativo, com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, aos familiares para explorar as experiências e perspetivas	O estudo salienta que, como comprovado por investigações anteriores, a comunicação não é o único fator responsável pela inclusão dos familiares. Os resultados demonstram, que a aliança terapêutica assenta em 3 condições: - Comunicação, integração e colaboração entre a equipa e os familiares, e empoderando para que estes possam participar na tomada de	Observa-se que áreas como a integração e o empoderamento necessitam ser mais trabalhadas e, portanto, a investigação permite entender a interação entre familiares, médicos e enfermeiros, bem como os aspectos que a família

<p>study of building of building a therapeutic alliance with family members of critically ill patients. <i>BMC Health Services Research, 18:533, 1-9.</i></p>	<p>da construção de relações positivas entre médicos, enfermeiros e familiares. A investigação foi desenvolvida numa UCI cirúrgica.</p>	<p>decisão. Comunicação: A equipa médica é apontada como aquela que fornece informação, enquanto a equipa de enfermagem, desmitifica os conceitos, explica o que foi transmitido e confere suporte emocional. Uma comunicação eficaz e sincera, proatividade na partilha e a repetição frequente, foram aspetos apontados como positivos, sendo elementos facilitadores para as pessoas que fazem muitas perguntas e para as que não sabem que perguntas fazer. O estudo revela que, apesar dos familiares reconhecerem a comunicação empática da equipa médica, notam que os enfermeiros expressam empatia de forma mais consistente; Integração e colaboração: Os médicos, são os únicos reconhecidos por integrar as famílias na equipa de saúde, através da sua inclusão nas visitas clínicas, participação na troca de informação e na tomada de decisão. Os familiares identificaram que a equipa médica está mais presente nas visitas clínicas e nas reuniões formais dos familiares, enquanto os enfermeiros estão mais disponíveis e próximos (de forma contínua) da pessoa em situação crítica, não conseguindo estar tão presentes para os familiares, devido ao seu horário e carga de trabalho. O enfermeiro é visto como intermediário entre os familiares e os restantes profissionais de saúde, aquele que, habitualmente responde, mais vezes, às questões colocadas e o que envolve os familiares nas atividades mais diretas. É descrito ainda, que a presença, reduzida, dos médicos nos</p>	<p>considera positivos e negativos, identificando áreas que necessitem ser melhoradas.</p>
--	---	---	--

		<p>quartos, faz com que a família não se sinta integrada na equipa, e revelam não saber quem é realmente o responsável pelo seu familiar. Algumas pessoas mencionaram nunca ter falado, diretamente, com o médico responsável e que o facto de os profissionais não estarem correctamente identificados, gera um clima de confusão. Apesar de assinalarem a ausência dos médicos como um problema, entendem que isto acontece, por terem coisas mais importantes a fazer e preferem que estes utilizem o pouco tempo que têm para tratar das pessoas internadas em vez de lhes dar atenção.</p> <p>No âmbito da colaboração, os familiares referem que trabalhar ativamente com enfermeiros e médicos, reforça o sentimento de colaboração <i>“It’s better to have three brains working instead o one”</i> (Resposta providenciada por familiar, p.5). Neste assunto, os médicos são essenciais, na resposta a questões relacionadas com a tomada de decisões que envolvam o suporte de vida e os enfermeiros, como aqueles que ouvem as suas sugestões acerca da pessoa em situação crítica e suas preferências. Os médicos colaboram com os familiares no estabelecimento de objetivos complexos e a longo prazo, enquanto os enfermeiros colaboram, juntamente com os familiares, nos objetivos do dia-a-dia;</p> <p>Empoderamento: Os familiares sinalizam, que os médicos têm um papel fundamental no empoderamento para a tomada de decisão, identificando as reuniões formais como positivas mas</p>	
--	--	--	--

		<p>as informais, como as realizadas no quarto ou por telefone, como negativas, pois traduzem-se numa oportunidade perdida de criar/fortalecer a relação terapêutica.</p> <p>Os familiares referem ainda, alguma inconsistência da equipa médica na visão que têm acerca dos benefícios da inclusão dos familiares nas decisões de pequena escala (exemplo: pedir consentimento para exames à última da hora).</p>	
<p>Clark, A. P., & Guzzetta, C. E. (2017). A Paradigm Shift for Patient/Family-Centered Care in Intensive Care Units: Bring in the Family. <i>Critical Care Nurse</i>, 37(2), 96-98.</p>	<p>Revisão integrativa</p>	<p>Alguns dos trabalhos incluídos no artigo expõem, que muitos profissionais de saúde são resistentes à implementação de visitas abertas, ou seja, contínuas, por manifestarem receio que os familiares interfiram negativamente na prestação de cuidados, dificultando o sucesso dos mesmos.</p> <p>Estudos demonstram, que familiares que conseguem estar presentes e com maior frequência, com a pessoa em situação crítica, apresentam taxas mais baixas de stress pós-traumático, pois sentem que estiveram sempre com a pessoa e puderam observar que foi feito tudo o que era possível. Assim, mesmo que o desfecho seja a morte, estes mantêm a certeza de que estiveram sempre próximos e junto do familiar.</p> <p>Os autores sublinham ainda, que os enfermeiros são os profissionais que, frequentemente, tentam desenvolver intervenções para o CCPF, embora também já seja uma <i>práxis</i> muito comum e defendida pelas equipas médicas.</p>	<p>As visitas abertas têm muitos benefícios, mas devem estar bem definidas, suportadas com evidência científica e expressas em procedimentos e políticas institucionais. O desenvolvimento desta intervenção, requer treino e estudo para que seja implementada corretamente e com sucesso.</p> <p>O trabalho expõe uma série de referências a favor da maior presença dos familiares no internamento.</p> <p>O estudo contempla ainda, os benefícios da presença da família durante a reanimação cardiopulmonar.</p>

Tabela 2 – Pesquisa PubMed Central

PubMed Central			
Título do Estudo	Estudo	Resumo	Conclusões
<p>Kiwanuka, F., Shayan, S.J., & Tolulope, A.A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. <i>Wiley</i>, 6:676-684.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura. A pesquisa tem como objetivo identificar as barreiras sentidas por alguns profissionais de saúde (especificamente médicos e enfermeiros), pessoas internadas e familiares, na aplicação do CCPF nas UCI's</p>	<p>Os autores definem quatro categorias que se traduzem como principais barreiras ao CCPF: - 1. Falta de conhecimento sobre o que é necessário realizar para atingir o CCPF, nesta categoria, os artigos incluídos no estudo, destacam aspetos como a falta de suporte por parte dos colegas (enfermeiros) e a disputa por desempenhar o papel de controlo sob a pessoa em situação crítica; 2. Limitações organizacionais, das quais se salienta equipas de enfermagem muito novas, carga horária, rácios pessoa-enfermeiro desadequados, <i>burnout</i>, falta de orientações e ferramentas para colocar em prática o CCPF, dificuldades nas técnicas de comunicação e a perceção do CCPF ser um tema abordado, mas pouco desenvolvido na prática; 3. Barreiras individuais, que de acordo com os autores incluídos no estudo, prendem-se essencialmente com a falta de motivação por parte dos colegas, desinteresse, dificuldade em ter uma perspectiva holística da pessoa e da família e a falta de tempo para explicar todas as informações necessárias, desde a admissão à alta; 4. Limitações interdisciplinares, que se definem como alguns constrangimentos e tensão entre profissionais de saúde na decisão do plano terapêutico da pessoa.</p>	<p>A identificação das barreiras ao CCPF, permite o desenvolvimento de intervenções adequadas aos problemas existentes. O estudo demonstra, que para se atingir o CCPF é necessário a coordenação e união das equipas.</p>

		<p>Nesta investigação, as pesquisas apontam ainda, que o trabalho de equipa é fundamental para se obter o CCPF, pois a falta de coordenação da mesma, implica uma duplicação do trabalho, e em ambientes altamente exigentes como o das UCI, é imprescindível o funcionamento harmonioso das equipas interdisciplinares. Utilizar estratégias como, alterar o discurso do “eu” para o “nós” pode ser um dos primeiros passos a ser desenvolvido.</p> <p>Um dos estudos expõe que é fundamental cultivar uma cultura otimista e a visão positiva da mudança e da aprendizagem.</p> <p>A falta de motivação ganhou um papel importante na análise dos trabalhos e como forma de lidar com esta situação, os autores propõem definir estratégias individuais, como atribuir uma responsabilidade específica do CCPF. Salienta-se também, que é importante explicar aos profissionais de saúde que a colaboração entre profissionais e familiares, contribui para melhores resultados para a pessoa, família, instituição e profissionais de saúde.</p>	
<p>Janardhanlyengar, S.M., Srinivasan, R., Venkateshmurthy, B.M., Katari, Y., & Hiremathada, S. (2019). Family Satisfaction in a Medical College Multidisciplinary Intensive Care Unit</p>	<p>Aplicação de um questionário aos familiares após 48h da admissão na UCI de um hospital semi-rural. O tema centra-se na satisfação com os cuidados e com a tomada de decisão.</p>	<p>Após a análise dos resultados, as áreas identificadas como problemáticas, em que os familiares se sentiram menos satisfeitos e/ou que lhes provocou algum desconforto foram: - Dor, agitação, dificuldade respiratória, apoio emocional, ambiente da UCI, ambiente da sala de espera e as habilidades e competências da equipa de enfermagem.</p> <p>O estudo apresenta algumas limitações, como o facto de não ter sido estabelecida relação entre características demográficas como a idade,</p>	<p>Para os autores, a aplicação deste questionário é importante, pois permite identificar áreas deficientes e tratá-las especificamente por exemplo, o baixo resultado da satisfação com a equipa de enfermagem, traduziu-se na contratação de</p>

<p>(ICU)-How Can We Improve. <i>Indian Journal of Critical Care Medicine</i>, 23(2).</p>		<p>escolaridade ou nível socioeconómico.</p>	<p>novos enfermeiros, melhoria do rácio enfermeiro-pessoa internada e formação das equipas. Para avaliar a evolução das intervenções implementadas, foi elaborado um protocolo para obter <i>feedback</i> dos familiares de 2 em 2 semanas.</p>
<p>See, K.C., Song, X.Y., & Aung, H.T. (2017). Effect of extended visiting hours on physician distractions in the ICU: a before-and-after study. <i>Critical Care</i>, 21:243.</p>	<p>Estudo correlacional</p>	<p>Duas equipas médicas foram observadas ao longo da sua prestação numa UCI, antes e depois da implementação do horário alargado das visitas. As observações, foram realizadas por diferentes grupos de seis enfermeiros e as distrações foram definidas, como qualquer quebra de atenção que levasse o profissional a abandonar a tarefa ou que exigisse uma resposta verbal.</p> <p>De acordo com o presente estudo, o horário prolongado das visitas não aumentou as distrações da equipa médica, uma vez que estas constituem uma percentagem muito reduzida das abordagens.</p>	<p>Com esta investigação, observa-se que na área da medicina, e especificamente no contexto do estudo, a presença dos familiares não se constituiu como fator de distração e, portanto, é um argumento a favor de um horário de visitas alargado. No entanto, seriam necessários mais estudos para a implementação deste modelo, uma vez que o trabalho foi circunscrito apenas a um grupo profissional.</p>

Tabela 3 – Web of Science

Web of Science – Primeira Pesquisa			
Título do Estudo	Estudo	Resumo	Conclusões
<p>Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2018). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. <i>Wiley, 0</i>, 1-15.</p>	<p><i>Scoping review</i> sobre as necessidades e experiências dos familiares admitidos nas UCI's e as intervenções que existem para melhorar a satisfação da família, saúde e bem-estar.</p>	<p>As necessidades familiares mais identificadas foram informação, proximidade, conforto e suporte. Os familiares sentem necessidade de estabelecer uma “aliança” com os profissionais de saúde, e os estudos incluídos no trabalho, revelam que, as famílias que apresentavam maior confiança nas habilidades dos profissionais, sentiram-se à vontade para sair e passar a noite em casa, permitindo-lhes tratar de si próprios e da restante família. Um dos artigos expõe ainda, que esta confiança, auxilia a preparação da alta.</p> <p>De acordo com alguns dos autores presentes no estudo, para os familiares, médicos e enfermeiros não entendem, frequentemente, as necessidades familiares, subvalorizam o seu papel e/ou não suportam suficientemente os mesmos.</p> <p>Múltiplos estudos demonstraram, que os familiares estão muito satisfeitos com as habilidades e competências dos profissionais, mas revelam insatisfação com fatores como o suporte emocional, coordenação dos cuidados e a falta de informação. Fornecer um conteúdo claro e atualizado (independentemente do horário), através da utilização de termos que os familiares compreendam, foram identificados</p>	<p>O trabalho identifica uma série de fatores que influenciam o internamento e apresenta algumas intervenções que podem ser desenvolvidas para melhorar o processo de inclusão dos familiares e a sua experiência.</p> <p>Verifica-se que a ansiedade e a incerteza estão sempre, muito presentes e por isso, é fundamental providenciar informações de forma constante e preparar a família para os processos de transição.</p> <p>Intervenções como, a distribuição de folhetos acerca da patologia, organização de reuniões e a seleção de um enfermeiro responsável para fornecer suporte, parecem ajudar na</p>

		<p>como importantes para a participação ativa dos mesmos. Aspectos como a ansiedade e a incerteza, dificultaram a capacidade, dos familiares lidarem com o internamento.</p> <p>Os artigos abordados na investigação, demonstram que a ansiedade está presente na maioria dos familiares e é influenciada por fatores como a idade, ser esposa, admissões na UCI não programadas, baixa escolaridade, padrão de sono deficiente, fadiga e falta de reuniões com os profissionais. Um dos trabalhos, identificou a entrega de um folheto com as informações sobre a doença e o tratamento, como intervenção facilitadora para a compreensão da situação. Embora, de acordo com os resultados, esta não tenha apresentado grande repercussão na satisfação. No entanto, combinar informação oral e escrita resulta numa diminuição da ansiedade, fazendo com que os familiares não necessitem de estar constantemente a pedir informação.</p> <p>Outro estudo, avaliou se a satisfação da família aumentava se lhe fosse atribuído um enfermeiro específico para dar suporte, em que o papel seria fornecer e clarificar informação, explicar o ambiente e equipamento da UCI, doença, tratamento e prognóstico. Foram também facilitadas reuniões com a equipa médica e outros profissionais envolvidos no plano de cuidados e os resultados, demonstraram que a satisfação aumentou com estas intervenções. Um dos trabalhos, descreve que uma boa avaliação das necessidades familiares no momento da admissão e a prestação de cuidados de acordo com as mesmas, aumenta significativamente a satisfação.</p>	<p>satisfação e transição dos familiares.</p>
--	--	---	---

		<p>Um dos artigos revelou que a inclusão dos familiares na prestação de cuidados, melhorou o respeito, colaboração e a satisfação, salvaguardando que esta abordagem foi aplicada apenas a pessoas com internamento prolongado (mais de 11 dias) e, portanto, seriam necessários mais estudos para assegurar que esta intervenção, influencia a satisfação em todas as situações.</p> <p>Alguns autores referem que, sendo os enfermeiros, os profissionais mais presentes nos quartos, detêm uma posição ideal para assegurar que a informação e as necessidades familiares estão a ser tidas em conta. Porém, alguns dos trabalhos incluídos, mencionam que os enfermeiros revelam falta de confiança em providenciar informação, por receio de não estar a transmiti-la da forma correta, o que acontece por acharem que não estão academicamente preparados e que não são suficientemente qualificados para transmitir a complexidade da informação.</p> <p>Outros trabalhos, revelam que a equipa médica tem dificuldade em fornecer informação de forma, a que as famílias entendam, pois apresentam técnicas de comunicação insatisfatórias, treino insuficiente para lidar com os familiares e uma visão de cuidado centrada apenas na pessoa internada.</p>	
Poerschke, S.M.B., Salbego, C., Gomes, I.E.M., Andrade, A., Nietsche, E.A., &	Revisão integrativa da literatura que procura identificar os sentimentos vivenciados pelos familiares	Alguns dos principais sentimentos identificados nos familiares e na pessoa internada na UCI, são: angústia, tristeza, desespero e medo. Segundo este estudo, as intervenções de enfermagem que podem minimizar estes sentimentos são o acolhimento, a comunicação eficaz,	O estudo identifica os principais sentimentos vivenciados pelos familiares durante o internamento na UCI e, desenvolve algumas

<p>Silva, T.C. (2019). The Nursing Team Approach When Facing the Feelings of Relatives of Patients Undergoing Intensive Therapy. <i>Cuidar é fundamental</i>, 11(3), 771-779.</p>	<p>de pessoas internadas nas UCI's e perceber como é que os enfermeiros atuam face a estes sentimentos.</p>	<p>falar frequentemente com a equipa médica e a transmissão transparente das informações.</p> <p>Um dos artigos incluído no estudo, revela que para a equipa de enfermagem, a falta de profissionais, de sensibilidade da equipa, de materiais, a elevada carga de trabalho e a resistência à mudança são os principais fatores que provocam a pouca satisfação das necessidades familiares e, conseqüentemente, a sua exclusão. A religião e a espiritualidade, foram descritas como fatores que auxiliam a família a gerir melhor as suas emoções e todo o processo de hospitalização. Estar internado numa UCI, por si só, transmite a ideia de uma situação grave, o que piora todos os sentimentos descritos anteriormente.</p> <p>Ao longo dos trabalhos, é salientada a importância de prestar atenção à comunicação verbal e não verbal dos familiares e é revelado que os familiares que participaram nas visitas, estavam mais satisfeitos com a comunicação prestada pelos profissionais de saúde, identificando os enfermeiros como essenciais na explicação das situações, fornecendo aos familiares mais confiança o que lhes permitiu gerir melhor a situação. Algumas pesquisas revelam, que o tempo fornecido pelos enfermeiros para dar informações é muito reduzido, mas que as informações dadas por estes, nomeadamente no que se refere à gestão dos cuidados e à dinâmica da unidade, são muito importantes para a diminuição da ansiedade na família. Outro aspeto identificado, foi o suporte emocional, revelando que uma abordagem empática por parte dos enfermeiros, fornece conforto e segurança, e que intervenções como atender ao</p>	<p>intervenções que se consideram eficazes para o CCPPF.</p>
--	---	--	--

		<p>conforto da pessoa e família, incentivar a expressão de sentimentos e suportar práticas espirituais, constituem atitudes que os encorajam a retomar o seu dia-a-dia.</p> <p>Estratégias como permitir a presença de mais familiares em determinadas circunstâncias, bem como, o prolongamento do tempo de visita consoante a situação, faz com que os familiares sintam, que as intervenções realizadas estão a ser personalizadas, não se resumindo apenas ao clima “frio” que se vive nas UCI’s.</p> <p>Finalmente, alguns dos estudos expõem ainda, que a participação dos familiares nos cuidados diretos, ajuda em todo processo de recuperação e mais uma vez, é sublinhada a importância de alterar o discurso individual de cada profissional para um discurso coletivo, com foco na pessoa e no familiar e não no próprio profissional</p>	
--	--	--	--

Web of Science – Segunda Pesquisa

Título do Estudo	Estudo	Resumo	Conclusões
Kydonaki, K., Takashima, M., & Mitchell, M. (2020) Family ward rounds in intensive care: An integrative review of the literature.	Revisão integrativa da literatura sobre: - O impacto para os profissionais de saúde e familiares, da inclusão da família nas visitas clínicas da UCI;	O envolvimento dos familiares nas visitas clínicas, aumenta a sua interação com os profissionais de saúde, resultando numa relação de interajuda. A partilha de informação clínica, é extremamente importante entre familiares e profissionais de saúde, pois permite melhorar todo processo de inclusão, fazendo com que as famílias se sintam mais satisfeitas e confortáveis para colocar questões, permanecendo atualizadas acerca da condição e plano terapêutico, o que se traduz numa	As principais conclusões do estudo, assentam, em clarificar, que a elaboração de protocolos pré-definidos para a participação dos familiares nas visitas clínicas, não se traduz no aumento da satisfação dos familiares. Os profissionais de saúde,

<p><i>International Journal of Nursing Studies</i>, 113(2021), 1-15.</p>	<p>- A forma como é realizada a inclusão dos familiares nas mesmas.</p>	<p>maior participação na decisão clínica. Contrariamente, o pouco envolvimento dos familiares nas visitas clínicas, resultou em maiores níveis de ansiedade e experiências mais traumáticas devido à falta de informação. Para os profissionais de saúde, a inclusão dos familiares, possibilitou um melhor entendimento da situação da pessoa internada, pois as famílias tiveram a oportunidade de partilhar os seus objetivos e preocupações.</p> <p>Um dos estudos, concluiu que a equipa médica sente-se mais à vontade com a participação dos familiares nas visitas clínicas, comparativamente aos enfermeiros e outros profissionais de saúde.</p> <p>A avaliação dos estudos assenta em três principais conclusões acerca dos procedimentos necessários para assegurar o envolvimento dos familiares nas visitas clínicas:</p> <p>Interacção e comunicação: - Os estudos salientam a comunicação e a admissão como forma de inclusão familiar, e um deles revela a necessidade de fazê-lo em pontos chave, nomeadamente às 24, 72 e 96 horas, após a entrada na unidade. De acordo com alguns trabalhos, isto traduz-se positivamente na satisfação dos familiares, na participação, na tomada de decisão e no trabalho em equipa.</p> <p>Organização: - O horário e a organização das visitas clínicas, devem ser definidos, consoante as necessidades familiares ao longo do internamento. Os enfermeiros parecem ter um papel passivo no que toca à comunicação e tomada de decisão, perante a presença dos familiares.</p> <p>Um dos estudos, sugere que a equipa de enfermagem, prepare os</p>	<p>a pessoa internada e os familiares, devem em conjunto, tentar encontrar intervenções que façam sentido no contexto, de modo a melhorar a inclusão dos familiares nas visitas clínicas.</p>
--	---	--	---

		<p>familiares para questões que possam ser colocadas antes das visitas clínicas, garanta que a família ouve o que está a ser transmitido e desmistifique algumas ideias no final. Há evidência da necessidade de organizar e estruturar as visitas clínicas, mas os estudos apresentaram informação limitada sobre a planeamento e elaboração das mesmas, pois explicam que apesar da sua existência ser muito importante, têm de fazer sentido aos profissionais e aos familiares uma vez, que não devem ser apenas mais uma formalidade ou um requisito pré-concebido da instituição. Portanto, a estrutura e a organização das visitas, deverá ser personalizada e estruturada de acordo com a instituição e, se assim o fizer sentido. A cultura em cuidados intensivos: - A pesquisa evidencia, que a mudança de chefes de equipa, as várias equipas, o prognóstico impreciso, devido à instabilidade da condição da pessoa em situação crítica e o ambiente característico das UCI's, são aspetos que aumentam o medo e a ansiedade dos familiares, dificultando a participação ativa dos mesmo no processo.</p> <p>Finalmente, um dos autores menciona que os profissionais de saúde, e especificamente os enfermeiros, devem reconhecer a sua importância na explicação do ambiente e cultura da UCI e na desmitificação de receios.</p> <p>Os autores ressaltam ainda, que num estudo piloto, foi estruturado um guia orientador para a comunicação com os familiares, que incluía o estado da pessoa em situação crítica, objetivos de tratamento e o plano para o dia. Este estudo foi bem aceite quer pelos familiares, quer pelos profissionais de saúde, aumentando a comunicação entre os dois grupos,</p>	
--	--	--	--

		e permitiu uma interação mais coordenada entre as equipas.	
McAndrew, N.S., Mark, L., & Butler, M. (2020). Timely Family Feedback to Guide Family Engagement in the Intensive Care Unit. <i>Critical Care Nurse</i> , 40(6), 42-51.	Estudo qualitativo sobre a experiência familiar nas UCI, de acordo com a perspectiva da família. Aplicação de um questionário de satisfação às famílias das pessoas internadas numa UCI.	O questionário aplicado, continha questões sobre áreas importantes para a satisfação das necessidades familiares, nomeadamente, no que concerne a garantir proximidade, cuidado à pessoa em situação crítica informação, conforto da família e suporte familiar. Da análise de conteúdo, surgiram cinco grandes temas: - As interações familiares com a equipa interdisciplinar , onde os familiares reconhecem que a colaboração com os profissionais de saúde, traduz-se na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e salientam a influência da equipa de enfermagem, durante todo o internamento na UCI. A explicação dos procedimentos e medicação, foram intervenções apontadas como positivas; - Partilha de informação e comunicação eficaz , corresponde à oportunidade que os familiares têm de receber informações verdadeiras, mas de forma gentil, valorizando a consistência e transparência na comunicação, para que esta seja perceptível por todos. Nesta categoria, destacam a importância de partilhar informações com a equipa e dos profissionais de saúde, os manterem atualizados sobre o plano de cuidados, embora tenham referido dificuldade em falar com a equipa médica. Atendendo a esta questão, e ao facto dos familiares nem sempre conseguirem estar fisicamente presentes, estes sugeriram meios alternativos de contacto, através da criação de uma aplicação ou plataforma segura que permitisse a comunicação com os profissionais de saúde;	Os familiares sentem necessidade de estar mais presentes e incluídos no internamento. O estudo fornece uma série de dados que têm como objetivo formular <i>guidelines</i> sobre a inclusão dos familiares nas UCI's. Os resultados demonstram que a prestação dos enfermeiros e a sua inclusão no CCPF é fundamental devido ao papel que desempenham no cuidado à pessoa em situação crítica.

		<p>- O ambiente das UCI, este aspeto diz respeito ao modo como os familiares percecionam e gerem o ambiente desafiador da unidade, e a influência deste, na sua capacidade de fornecer apoio ao familiar. A falta de explicação sobre o espaço, rotinas do serviço, regras e procedimentos foram apontados como elementos insatisfatórios neste contexto. Aqui, revelaram ainda, desagrado com a impossibilidade de passar a noite na unidade, sendo este tópico ainda mais significativo para as pessoas que já eram cuidadoras. Para além de todos os itens mencionados anteriormente, para melhorar esta categoria sugeriram, a colocação de cadeirões confortáveis para os familiares, fácil acesso à internet e a inclusão de máquinas de distribuição de alimentação e bebidas, no serviço, ou próximo dele;</p> <p>- Participação dos familiares nas UCI, os familiares sentem necessidade de serem incluídos nos cuidados, e muitos deles, sendo cuidadores, manifestaram vontade de estar presentes, e participar nalguns cuidados como os que faziam em casa. Ser o mesmo enfermeiro a ficar com o familiar, foi também identificado como um elemento positivo nesta categoria, transmitindo calma aos familiares, por este já conhecer melhor a pessoa e os seus problemas;</p> <p>- Qualidade dos cuidados prestados à pessoa, descreve a forma como os familiares percecionam a qualidade dos cuidados e está dependente da relação entre os fatores enunciados anteriormente.</p> <p>Em suma, apesar de serem identificados muitos pontos positivos, o desafio associado ao ambiente das UCI merece algum investimento como por exemplo, a elaboração de programas formais de apoio às</p>	
--	--	---	--

		<p>famílias para que estas possam ter alguma orientação e maior conforto. Com este estudo, entende-se que as famílias querem mais empoderamento e que uma estratégia pertinente, seria ter uma enfermeira responsável por desenvolver uma lista de planos de cuidados, apropriada a cada nível de envolvimento dos familiares, pois nem todos estão ao mesmo nível, e nem todos se sentem confortáveis com as mesmas estratégias de inclusão. De um modo geral, foi possível verificar que familiares com oportunidade de estar presentes nas reuniões interdisciplinares, tiveram uma visão mais favorável da sua inclusão nas UCI.</p> <p>Finalmente, um dos estudos incluídos no trabalho, exhibe ainda, que apesar dos enfermeiros serem uns dos profissionais mais próximos e com maior contacto com a pessoa em situação crítica e seus familiares, na maioria das vezes, não estão presentes nas reuniões interdisciplinares. Porém, a sua inclusão é fundamental para o envolvimento dos familiares nos cuidados.</p>	
<p>Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., & Bucknall, T. (2019). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive</p>	<p>Estudo qualitativo que procura descrever a participação da família nas UCI's e a sua percepção de participação nos cuidados.</p>	<p>Muitos estudos revelam que o CCPF diminui o tempo de internamento, e participação é um conceito fundamental quando se aborda este tema. No entanto, ainda é pouco conhecido o tipo de participação a que se referem as investigações, ou seja, é importante perceber o que é que se pode fazer, concretamente, para incluir os familiares. Neste trabalho, os autores definiram participação "ativa" como as atividades que podem realmente ser efetuadas pelos familiares (higiene oral, cuidados aos olhos, higiene e prevenção de úlceras por pressão) e outras menos</p>	<p>Esta investigação, sustenta a ideia de que a inclusão dos familiares é fundamental no processo de internamento.</p> <p>Os profissionais de saúde ainda mantêm alguma renitência à maior inclusão dos familiares.</p> <p>Apesar da pesquisa demonstrar que</p>

<p>care unit: A qualitative study. <i>Australian Critical Care</i>, 33, 317 – 325.</p>		<p>alcançáveis que envolvem aspectos como a participação na decisão clínica, suporte e conforto emocional.</p> <p>O tema principal, foi a família como parte da equipa prestadora de cuidados, surgindo vários subtemas. O fator motivador para a participação da família nos cuidados, está relacionado com o facto de quererem o melhor para o seu familiar e defendê-lo.</p> <p>Os familiares demonstraram, o desejo de serem informados de forma mais adequada e estar atualizados acerca do estado de saúde da pessoa internada, decisões de tratamento e planos. Pretendem informação verdadeira e numa linguagem que consigam compreender.</p> <p>Está descrito que os familiares, desempenham um papel importante na recuperação, através da defesa, suporte social (evitam o isolamento social da pessoa internada), emocional e apoio no tratamento. As funções de defesa, prendem-se essencialmente com o facto da pessoa não conseguir falar pois, muitas vezes, a comunicação está afetada por dispositivos médicos. Assim, sentem necessidade de defender o seu familiar para que não surjam consequências negativas, e possam garantir a responsabilidade por parte da equipa (assegurar que os exames são feitos ou que a medicação é administrada no horário certo). Apoiar psicologicamente a pessoa internada, revelou-se fundamental, pois a maioria dos familiares, reconhece que os profissionais de saúde, não têm tempo para o fazer. Este cuidado era desenvolvido através do toque, companhia e conversa.</p> <p>Os familiares pretendem ainda, garantir que todos os cuidados são</p>	<p>alguns familiares se sentem à vontade e querem estar envolvidos na prestação de cuidados diretos, os dados acerca da participação, não são suficientes para comprovar estes resultados.</p> <p>No entanto, é fundamental entender que cada familiar é único e que as capacidades de participação da família nos cuidados, dependem da sua resposta emocional, ideias pré-concebidas, crenças e emoções.</p>
--	--	--	--

		<p>prestados e, portanto, gostam de participar em atividades como a higiene, massagem, exercícios, entre outros</p> <p>A presença dos familiares desempenha um papel importante na reabilitação, pois incentiva a colaboração da pessoa internada em áreas como a realização de exercícios de mobilidade e respiratórios.</p> <p>É importante ressaltar, que as atividades que os familiares participam, dependem, do tipo de relação familiar, aptidão, habilidade e conforto na realização de determinadas tarefas. Verificou-se que, quando a participação dos familiares é encorajada e é fornecida uma explicação das atividades, a probabilidade de participarem nos cuidados é maior. Alguns familiares referiram que em algumas ocasiões, lhes foi pedido para se afastarem do quarto, durante determinados procedimentos, quando na realidade eles gostariam de estar presentes para dar apoio ao seu familiar.</p> <p>Este estudo vai ao encontro de investigações anteriores, pois volta a ser reforçada, a importância da comunicação e da transmissão de informações claras e consistentes para que possam ser tomadas decisões conscientes. Salientam ainda, a organização de reuniões familiares mais frequentes, para melhorar o processo da integração dos familiares.</p>	
--	--	---	--

Tabela 4 – SciELO

SciELO			
Título do Estudo	Estudo	Resumo	Conclusões
<p>Eugênio, C., & Souza, E.N (2020). Why extended visits in an adult ICU receive a more positive evaluation from patient relatives than from the health care team? <i>SciELO Preprints</i>. Preprint version.1-18. doi: 10.1590/SciELOPreprints.1106.</p>	<p>Aplicação de um questionário aos familiares de pessoas internadas numa UCI e aos profissionais de saúde (enfermeiros nutricionistas, fisioterapeutas, psicologistas e médicos envolvidos no cuidado à pessoa internada). acerca do horário alargado de visitas, implementado num hospital.</p>	<p>O modelo de horário de visitas alargado, permitia que dois membros da família estivessem presentes no quarto durante 12 horas do período diurno. Apesar de ambos os grupos (profissionais de saúde e familiares) terem considerado o horário prolongado e flexível como fator positivo, os profissionais de saúde apontaram, que este trouxe um impacto negativo no que diz respeito ao cuidado da pessoa em situação crítica, uma vez que o trabalho dos enfermeiros, foi interrompido com questões e solicitações de informação, mesmo durante os procedimentos. Para além disso, houve necessidade de alertar, constantemente, os familiares por estarem a percorrer as camas dos outros utentes.</p> <p>Os dois grupos revelaram existir uma diminuição do stress e da ansiedade da pessoa internada na presença da família, embora os profissionais sublinhem que em alguns casos, não se tratava de uma diminuição significativa, levando mesmo a um aumento do <i>stress</i> na pessoa internada, devido às constantes interferências. Os autores defendem que, em situações onde os profissionais verifiquem que a presença dos familiares,</p>	<p>Apesar do questionário ser extensivo aos vários profissionais de saúde, a amostra maior dividiu-se entre médicos e enfermeiros.</p> <p>De um modo geral, familiares e profissionais de saúde, reconhecem a importância do horário de visitas alargado, mas estes últimos, descrevem um aumento nas interrupções e conseqüentemente na quantidade de trabalho.</p> <p>Ao longo do trabalho é descrita a importância de adaptar as intervenções às especificidades de cada família e a necessidade de realizar uma preparação da mesma, para a implementação deste modelo.</p>

		<p>desencadeia reacções negativas na pessoa internada e no próprio serviço, cabe à equipa tomar as decisões que considerem adequadas para lidar com o problema. Não obstante ao anteriormente descrito, os autores descrevem que, grande parte do desconforto sentido pelos profissionais, deve-se à inexperiência de serem observados e ressalvam, mais uma vez, a necessidade da formação e preparação, antes da implementação deste modelo.</p> <p>O estudo evidencia ainda, a importância da existência de uma reunião familiar com os profissionais nas primeiras 24-48 horas após a admissão, uma vez que permite a clarificação de dúvidas, treino da comunicação, explicação do espaço e ambiente e o desenvolvimento da relação entre profissionais e familiares.</p>	
--	--	--	--

**APÊNDICE III – FORMULAÇÃO DO OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS
ESPECÍFICOS DO ESTÁGIO NA UNIDADE DE QUEIMADOS**

UNIDADE DE QUEIMADOS

Objetivo Geral:

• **Desenvolver competências técnico-científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de queimadura e família;**

Objetivo Específico:

1. Entender o percurso da pessoa vítima de queimadura desde a admissão até à Unidade de Queimados ;

Indicadores de Processo

- a) Consultar a documentação disponível no serviço e especificamente o procedimento sectorial - TRC 1033;
- b) Consultar o processo clínico;
- c) Consultar o quadro de gestão dos dias da realização de penso e bloco operatório;
- d) Recolher informações da equipa multidisciplinar;
- e) Assistir à transmissão de informação;

Indicadores de Resultado

- a) Gerir o percurso da pessoa na unidade de Queimados;
- b) Prever e antecipar o percurso da pessoa na unidade de queimados;
- c) Planear antecipadamente as intervenções de enfermagem;

Objetivo Específico:

2. Prestar cuidados diferenciados à ferida provocada por queimadura

Indicadores de Processo

- a) Conhecer a fisiopatologia e os mecanismos que desencadeiam a formação de uma queimadura;
- b) Avaliar correctamente a área de superfície queimada de acordo com a tabela de Lund and Bounder;
- c) Identificar a queimadura quanto ao seu grau de profundidade;
- d) Caracterizar correctamente a ferida através da observação ativa dos profissionais e da consulta de bibliografia;

- e) Identificar, de acordo com a melhor evidência científica, o tratamento adequado à ferida;
- f) Conhecer o material de penso disponível no serviço;
- g) Observar e realizar a balneoterapia;
- h) Colocar adequadamente o penso secundário de forma a evitar contracturas.

Indicadores de Resultado

- a) Realizar uma correta caracterização da queimadura;
- b) Ser capaz de realizar o tratamento à queimadura;
- c) Ser capaz de aplicar o penso secundário atendendo à funcionalidade do membro.

**APÊNDICE IV – FORMULAÇÃO DO OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS
ESPECÍFICOS DO ESTÁGIO DO GCL-PPCIRA**

GCL-PPCIRA

Objetivo Geral:

• **Desenvolver competências na área da Gestão em cuidados de Saúde e Controlo de Infecção;**

Objetivo Específico:

1. Colaborar como agente ativo nos programas de Prevenção e Controlo de Infecção;

Indicadores de Processo

a) Consultar as políticas e procedimentos do CHULC referentes à área da infecção;

b) Colaborar na formação de profissionais para o uso correto dos EPI salvaguardando a necessidade dos mesmos e a importância da sua correta utilização, quer no momento da colocação quer na sua remoção;

c) Assistir à dinâmica das reuniões dos interlocutores e dinamizadores do GCL-PPCIRA;

d) Assistir à formação sobre a aplicação do “Feixe de intervenção” para a “Prevenção da Infecção do local cirúrgico”;

e) Consultar os exames complementares de diagnóstico que identificam microrganismos e seleccionar os que necessitam notificação de acordo com o tipo, TSA e elevada taxa de contágio; alertar o serviço e esclarecer dúvidas referentes ao assunto;

f) Colaborar na reestruturação e atualização da Política de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos “CIRA-104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão;”

g) Realizar uma reflexão acerca do direito a recusar a realização de um teste SARS-COV2, perante o problema da pandemia mundial;

Indicadores de Resultado

a) Ser capaz de realizar formação e elaborar políticas multissectoriais na área do controlo de infecção.

Objetivo Específico:

2. Adquirir competências na área da Gestão em Saúde

Indicadores de Processo

- a) Acompanhar as atividades para a abertura de um novo serviço;
- b) Colaborar na análise dos dados recolhidos e discussão dos resultados do questionário “CRITO – Motivação para a Satisfação Profissional dos Enfermeiros”;
- c) Identificar, através dos questionários, as áreas de satisfação e insatisfação dos enfermeiros relativamente ao serviço, características do enfermeiro gestor e abertura de um novo serviço;
- d) Colaborar na elaboração do plano das estratégias a implementar face às necessidades identificadas.

Indicadores de Resultado

- a) Ser capaz de realizar atividades no âmbito da gestão dos cuidados, dos recursos e da formação;

APÊNDICE V - REFLEXÃO “SOBRE O DIREITO DE RECUSAR”

“Sobre o Direito de Recusar”

Atualmente, é impossível ficar indiferente à pandemia mundial SARS-COV 2 e com esta, surgiram inúmeras questões éticas, morais e legais.

Esta reflexão advém de um acontecimento real e atual, que acontece constantemente nos dias de hoje, em que perante um contacto identificado como risco, num serviço de internamento hospitalar, o utente se recusou a realizar o despiste de SARS-COV2.

Antes de centralizar a ideia chave, é importante apresentar alguns conceitos, como o termo “empowerment” que, para além do significado por nós já conhecido, é também fortemente utilizado na área da saúde, tendo assumido um maior destaque em 2012 quando, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde, várias entidades realizaram a primeira “Conferência Europeia sobre o Empoderamento do Doente” – “European Conference on Patient Empowerment” (WHO,2012). Segundo o EPF (European Patient Forum), este “é um processo que ajuda as pessoas a terem controlo nas suas vidas e aumenta a capacidade de agir perante problemas que os próprios definem como importantes” (EPF). Com isto, depreende-se que o foco principal, é de facto, a pessoa ter um papel ativo no seu processo de saúde e doença. Ainda, segundo a mesma entidade, este processo de empoderamento inclui aspetos como, a decisão partilhada e a literacia em saúde sendo que, para o tema atual, cede-se especial ênfase ao último.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a literacia em saúde é definida como as “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2029, p.6). Com base em inquéritos realizados em 2016, e comparando os resultados com os países que participaram no Health Literacy Survey EU 2014, Portugal “é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde.” (DGS, 2019, p.6). Face a estas declarações, a DGS tem definido o “Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2020” revelando-se um tópico de extrema importância, não só para o contexto atual, mas também para outros problemas já identificados na área da saúde.

Posto isto, e após realização do enquadramento, interessa perceber exatamente como é que nós, profissionais de saúde, devemos agir perante a situação inicialmente abordada. Nesta fase, para além da ética, teremos de nos munir de alguns aspetos legais e pensar na visão. particular, onde se salvaguarda a proteção dos direitos da Pessoa enquanto

Ser de Direito, sobre o ponto de vista ético-social, onde se refletem as questões da proteção da saúde pública, bem como, da prevenção e sanção de condutas ilícitas.

Sobre o ponto de vista individual, a Constituição da República Portuguesa defende no seu artigo 13º, os direitos à igualdade e à não discriminação – “todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei” (DR,1976, p.4) e no seu artigo 64º, “a proteção na saúde fundamenta-se no direito social segundo o qual são garantidos cuidados de saúde adequados a todos” (DR,176, p.21). Também o ponto 4 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde [Lei 95/2019], aclama o direito a “decidir receber ou recusar cuidados”, mas refere como deveres:

“Respeitar os direitos das outras pessoas; colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relevantes para a melhoria do seu estado de saúde; Observar as regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde a que recorrem”. (DR, 2019, p.57)

Ora, após esta apresentação, é claramente perceptível, estarmos perante um dilema. Se por um lado, a pessoa tem direito a receber ou recusar cuidados, também tem o dever de respeitar os direitos dos outros, e de tudo aquilo que está inerente ao ponto 4 da Base 2 do documento acima citado. Assim como, segundo, a alínea b) do ponto 2 da Base 4, cabe às políticas de Saúde “a melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;” (DR,2019, p.57)

Após esta reflexão, entende-se a complexidade deste assunto, de certa forma, a atitude do utente, demonstra empoderamento e um papel ativo no seu processo de saúde e doença, fator este que, frequentemente, não é observado na nossa prática clínica. Ou seja, será que estamos preparados, para que as pessoas façam, realmente, parte do seu plano de cuidados?

No entanto, a mesma atitude pode, ao invés disto, revelar, não um empoderamento informado por parte da pessoa, mas sim uma falta de literacia em saúde. A questão torna-se ainda mais complexa, quando se recorre ao enquadramento legal, como foi anteriormente exposto, pois a ambivalência mantém-se.

Numa tentativa de melhorar a atuação dos profissionais, é fundamental ter consciência do problema, e reconhecer os recursos existentes na instituição, como por

exemplo, a comissão de ética. Esta, pode apoiar a intervenção da equipa multidisciplinar, para que, de modo conservador e ponderado, se evite recorrer a instâncias superiores e externas à instituição.

Finalmente, com base no respeito pela dignidade e liberdade humana, conclui-se que, para além do que foi descrito, é imprescindível, em todas as situações, salvaguardar a importância do consentimento informado, como preconizado na alínea e) do ponto 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde.

“Todas as pessoas têm o direito a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;” (DR, 2019, p.56)

Só assim, é possível, aumentar a literacia em saúde e o empoderamento do utente, assegurando que este compreende não só os seus direitos, mas também os seus deveres.

ANEXOS

Anexo I – Tabela de Lund e Browder

REGIÃO ANATÓMICA	IDADE (ANOS) e percentagem corporal (%) a considerar					
	0 anos	1 ano	5 anos	10 anos	15 anos	> 15 anos
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco Anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádegas	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitais	1	1	1	1	1	1
Braço	4	4	4	4	4	4
Antebraço	3	3	3	3	3	3
Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Fonte: Lund CC, Browder NC, 1994.

Adaptado de DGS, 2017

**Anexo II – Certificado Participação no VII Congresso Internacional de Cuidados
Intensivos**

VII CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE CUIDADOS
INTENSIVOS

E de repente...
TUDO MUDOU

27 e 28 - FEVEREIRO - 2021

ONLINE

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Rita Viveiros**, participou no **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021. (Duração:20horas)



Aníbal Marinho

José António Pinho

ORGANIZAÇÃO:



Associação de Apoio ao
Serviço e Cuidados Intensivos do
Centro Hospitalar do Porto
www.asci.org.pt

COLABORAÇÃO:



