Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Maria Sousa Mendes

Presença Familiar em Unidades de Cuidados Intensivos: práticas para visitas seguras e humanizadas

abril de 2026

Presença Familiar em Unidades de Cuidados Intensivos: práticas para visitas seguras e humanizadas

Joana Maria Sousa Mendes

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Maria Sousa Mendes

Presença Familiar em Unidades de Cuidados Intensivos: práticas para visitas seguras e humanizadas

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sobre a orientação do
Professora Doutora Ana Paula Macedo

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.
Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.
Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho:



https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

"O cuidado é a essência da enfermagem."

Jean Watson

Agradecimentos

À minha orientadora científica, à Professora Doutora Ana Paula Macedo, pela disponibilidade, orientação, rigor científico e apoio ao longo de todo este percurso, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste projeto.

À equipa de enfermagem e profissionais de saúde com quem tive o privilégio de aprender durante o estágio, nomeadamente aos meus supervisores clínicos, pela partilha de conhecimentos, experiências e pelo exemplo diário de profissionalismo e dedicação à pessoa em situação crítica.

À Enfermeira Gestora e restantes colegas do meu local de trabalho, pelo constante apoio, disponibilidade e incentivo ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos, pela motivação, paciência e presença ao longo desta etapa.

Aos meus pais e irmão, e a toda a minha família, pela compreensão e pelo incentivo constantes, mesmo nos momentos mais desafiantes, sendo sempre um pilar fundamental.

Por fim, e não menos importante, ao Rui, o meu marido, pela paciência, apoio incondicional e por ter estado sempre presente, acreditando em mim em todos os momentos sem nunca me fazer duvidar daquilo que sou capaz.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Resumo

Introdução: O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Este percurso formativo tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre promovendo simultaneamente o desenvolvimento de competências especializadas sustentadas numa prática baseada na evidência e centrada na pessoa em situação crítica com especial enfoque na humanização dos cuidados em contextos altamente diferenciados. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo analisar, de forma crítica e reflexiva, o processo de desenvolvimento de competências comuns e especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, bem como desenvolver uma componente de investigação sobre a presença familiar em uma Unidade de Cuidados Intensivos, identificando práticas que promovam visitas seguras e humanizadas e avaliando o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados. **Métodos:** A abordagem metodológica utilizada foi de natureza descritiva e reflexiva, sustentada na análise crítica das experiências clínicas e na integração da evidência científica a partir de três contextos assistenciais distintos – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência, Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva. A componente investigativa consistiu numa *scoping review,* realizada de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, envolvendo a definição da questão de investigação, pesquisa estruturada em bases de dados científicas e análise narrativa dos dados. **Resultados:** A experiência clínica permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica em contextos de elevada complexidade, particularmente a nível do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada e da prestação de cuidados seguros e com qualidade centrados na pessoa e na família. Os resultados da *scoping review* demonstram que a inclusão da família em unidades de cuidados intensivos, quando devidamente organizada e sustentada por normas e protocolos, contribui significativamente para o bem-estar emocional do doente e dos seus familiares, promovendo a humanização dos cuidados sem comprometer a segurança. **Conclusão:** O percurso formativo desenvolvido revelou-se determinante para o fortalecimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. A inclusão da família em contexto de unidade de cuidados intensivos revela-se vantajosa para a humanização dos cuidados, devendo ser promovida através de abordagens estruturadas que garantam a sua segurança e integração no processo terapêutico.

Palavras-Chave: Humanização dos cuidados; Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista; Presença familiar; Unidade de Cuidados Intensivos.

Abstract

Introduction: This internship report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of the Critically Ill Person, at the School of Nursing of the University of Minho. This educational pathway aims to obtain a Master's degree while promoting the development of specialized competencies supported by evidence-based practice and focused on the person in critical condition, with particular emphasis on the humanization of care in highly complex contexts. **Objectives:** This study aims to critically and reflectively analyse the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of the Critically Ill Person, as well as to develop a research component on family presence in an Intensive Care Unit, identifying practices that promote safe and humanized visits and evaluating their impact on the quality and safety of care. **Methods:** A descriptive and reflective methodological approach was adopted, based on the critical analysis of clinical experiences and the integration of scientific evidence across three different care settings: Intermediate Care Unit in the Emergency Department, Emergency Department, and Intensive Care Unit. The research component consisted of a scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines, involving the definition of the research question, structured database searching, and narrative data analysis. **Results:** The clinical experience enabled the development and consolidation of specialized competencies in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Person, particularly in clinical reasoning, informed decision-making, and the provision of safe, high-quality, person- and family-centred care. The scoping review results demonstrate that family inclusion in intensive care units, when properly organized and supported by protocols, significantly contributes to the emotional well-being of patients and their families, promoting the humanization of care without compromising safety. **Conclusion:** The training pathway proved to be essential for strengthening the competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Person. Family inclusion in intensive care settings emerges as a relevant strategy for the humanization of care and should be promoted through structured approaches that ensure safety and effective integration into the therapeutic process.

Keywords: Humanization of care; Critical Care Nursing; Specialist Nurse; Family presence; Intensive Care Unit.

Índice

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS i
Agradecimentos iii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv
DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) v
Resumo vi
Abstract vii
Índice viii
Índice de Tabelas x
Índice de Figuras xi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos xii
Introdução 1
Parte I – Componente Clínica 6
1. Caracterização do serviço de unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência 7
2. Caracterização do serviço de urgência 10
3. Caracterização do serviço de medicina intensiva 14
4. O cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica 19
4.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 21
4.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 21
4.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade 28
4.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados 33
4.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 38
4.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica 43
4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 44
4.2.2. Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 50
4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica 53
Parte II – Componente de Investigação 58

1. Enquadramento 59
2. Tipo de Estudo 65
2.1. Objetivo e finalidade do estudo 65
2.2. Questão de Investigação 66
2.3. Seleção de Termos de Investigação 67
2.4. Seleção de Estudos 70
2.5. Apresentação de Resultados 73
2.6. Discussão de Resultados 83
2.7. Considerações Éticas 88
2.8. Limitações do estudo 90
2.9. Implicações para a Prática 90
2.8. Considerações Finais da *Scoping Review* 92
Conclusão 94
Referências bibliográficas 98
Anexos 103
Anexo I - II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da Unidade Local Saúde Braga 104
Anexo II - Comissão organizadora do VII Encontro de Enfermagem do Serviço de Cardiologia, na Unidade Local Saúde Alto Ave 105
Apêndices 106
Apêndice I – Panfleto Acidente Vascular Cerebral – Unidade Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 107
Apêndice I – Panfleto Acidente Vascular Cerebral – Unidade Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (Continuação) 108

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estratégias de Pesquisa nas diferentes bases de dados..... 70
Tabela 2: Estudos incluídos na scoping review 81

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama PRISMA..... 72

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA - *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS - *Bispectral Index*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CCCTN - *Critical Care Cardiology Trials Network*

CCF – Cuidados Centrados na Família

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção individual

ERC - *European Resuscitation Council*

EUA - Estados Unidos da América

IACS –Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR - *Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

KPC - *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*

MEMCEPSC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MESH – *Medical Subject Headings*

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSF - *Open Science Framework*

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCC - População, Conceito e Contexto

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

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

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEEEPSC - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PRISMA-SCR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation–Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional Dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

STM – Sistema de Triagem de *Manchester*

SU – Serviço de Urgência

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UL-PPCIRA – Unidade Local Programa Prevenção Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

O presente Relatório foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEPSC) lecionado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho no ano letivo 2025/2026.

Esta fase, que representa um momento importante do percurso formativo decorrido até então, permite a articulação entre o conhecimento adquirido ao longo de todo o curso e a sua aplicabilidade em contexto de prática clínica, assim como, o desenvolvimento de competências especializadas promovendo uma abordagem profissional baseada na reflexão, no pensamento critico e na promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Num contexto de cuidados de saúde em constante mudança e evolução, marcada por inúmeros avanços científicos, tecnológicos e organizacionais, a aprendizagem contínua assume-se como um pilar fundamental na prática de enfermagem. Na área da pessoa em situação crítica (PSC) existe uma complexidade de situações clínicas, aliada à necessidade de respostas rápidas e eficazes exigindo do enfermeiro não apenas a aquisição de conhecimento ao longo do percurso formativo, mas também a sua atualização permanente ao longo da sua vida profissional.

A crescente complexidade dos cuidados de saúde, associada à evolução tecnológica e científica, tem vindo a reforçar a necessidade de profissionais altamente qualificados, capazes de integrar conhecimentos teóricos, competências técnicas e capacidades de raciocínio clínico em contextos de elevada exigência. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), distingue-se pela sua capacidade de prestar cuidados altamente diferenciados, gerir situações clínicas complexas e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sustentando a sua prática na melhor evidência científica disponível.

Para além da dimensão técnica e científica, a prática de enfermagem em contextos críticos implica também uma forte componente ética, na medida em que o doente crítico se encontra frequentemente em situação de vulnerabilidade acrescida, muitas vezes incapaz de expressar as suas necessidades e preferências.

Neste relatório serão evidenciadas todas as vivências práticas que permitiram consolidar e aprofundar competências adquiridas ao longo do mestrado. Todas as experiências descritas refletem a integração entre conhecimentos teóricos, capacidades técnicas e competências profissionais. Importa salientar que

as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e as competências especificas do EEEMCPSC desenvolvidas ao longo deste percurso formativo encontram-se alinhadas com o que se encontra atualmente padronizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), orientando a prática profissional especializada, promovendo cuidados seguros, fundamentados na evidência científica e centrados nas necessidades da pessoa e da sua família. Segundo a OE (2019a), o EE caracteriza-se por deter um conjunto de conhecimentos, competências técnicas e capacidades relacionais que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem diferenciados numa área específica de especialização.

Ao longo do presente trabalho será adotado, de forma predominante, o termo PSC, por refletir uma abordagem centrada na pessoa, em consonância com os princípios da prática de enfermagem. Não obstante, poderão ser utilizados os termos "doente" ou "utente" sempre que decorrentes de citações, documentos normativos ou contextos específicos em análise.

Para o desenvolvimento de todas as competências foram realizados três estágios de natureza profissional em contextos assistenciais distintos, todos eles relacionados com o cuidado à PSC. Todos os estágios tiveram uma duração de 200h, o primeiro estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) entre 22 de abril de 2025 e 16 de junho de 2025, proporcionando contacto com doentes em situação de instabilidade clínica e que necessitavam, de vigilância e monitorização contínua diferenciada. O segundo estágio teve lugar no Serviço de Urgência (SU), entre 8 de setembro de 2025 e 9 de novembro de 2025, contexto caracterizado pela necessidade de respostas rápidas e eficazes perante situações clínicas críticas. Por fim, o terceiro estágio foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), entre 10 de novembro de 2025 a 25 de janeiro de 2026, permitindo uma experiência aprofundada no cuidado à PSC.

A diversidade destes contextos clínicos possibilitou o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas à PSC, bem como a reflexão critica sobre a prática profissional e sobre os desafios presentes à prestação de cuidados em ambientes altamente complexos.

O Estágio e a realização do presente relatório preveem que o aluno, no final seja capaz de: i) demonstrar conhecimentos, aptidões e competências no cuidar à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; ii) demonstrar competências para identificar, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; iii) demonstrar conhecimentos e competências na prevenção, intervenção e controlo da infeção, e da resistência a antimicrobianos; iv)

identificar problemáticas dos contextos da prática de enfermagem à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; v) conceber um projeto de estágio que evidencie a relevância das problemáticas dos contextos da prática de enfermagem à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; vi) demonstrar competências na implementação do projeto de estágio elaborar o relatório de Estágio (Universidade do Minho, s.d.).

Este relatório representa, assim, a conclusão de um ciclo de estudos conducente à obtenção ao grau académico de Mestre.

Paralelamente à prática clínica, o percurso do mestrado integra também o desenvolvimento de competências na área da investigação, reconhecendo a importância do desenvolvimento de conhecimento científico para a melhora dos cuidados de saúde. Neste sentido foi desenvolvido um estudo de investigação sob a forma de *Scoping Review.*

A metodologia adotada seguiu as orientações da *Joanna Briggs Institute* (JBI), incluindo a definição da questão segundo o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), pesquisa estruturada em bases de dados relevantes, aplicação de critérios de inclusão e exclusão, e apresentação e discussão dos resultados.

No âmbito desta componente de investigação, foi selecionada a temática da presença familiar em unidades de cuidados intensivos (UCI), reconhecida atualmente como uma dimensão fundamental na prestação de Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), contribuindo para o bem-estar emocional do doente e da família, bem como para a humanização dos cuidados (Davidson *et al.*, 2017). Tradicionalmente, os contextos de cuidados intensivos são caracterizados por políticas restritivas relativamente às visitas, fundamentadas sobretudo em preocupações relacionadas com o controlo de infeções, a segurança clínica e a organização dos cuidados. Contudo, a evolução do conhecimento científico e a crescente valorização da humanização dos cuidados têm vindo a questionar estes modelos, promovendo uma maior integração da família no processo de cuidar.

A presença da família junto da PSC assume um papel relevante, não apenas no suporte emocional ao doente, mas também na redução da ansiedade, no reforço da comunicação com a equipa de saúde e na promoção de uma abordagem mais holística e individualizada dos cuidados. Apesar dos benefícios identificados, a implementação de políticas de visitas em UCI continua a levantar desafios relacionados

com a segurança dos cuidados e o controlo de infeções, exigindo a adoção de estratégias baseadas na evidência (Olding *et al.*, 2016).

Neste contexto, torna-se pertinente a identificação de práticas baseadas na evidência que permitam conciliar a presença familiar com a manutenção de elevados padrões de qualidade e segurança. Assim, a realização desta *scoping review* teve como finalidade mapear a evidência existente sobre estratégias que promovam visitas seguras e humanizadas em UCI, contribuindo para a melhoria da prática clínica e para a tomada de decisão fundamentada pelos profissionais de saúde.

Neste enquadramento, o presente relatório tem como finalidade descrever e refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio, articulando a prática clínica com a evidência científica.

Neste sentido, pretende-se: descrever os contextos de estágio, nomeadamente a sua organização, dinâmica e especificidade na prestação de cuidados à PSC; analisar criticamente as experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns do EE; desenvolver e refletir sobre as competências específicas do EEEMCPSC; integrar conhecimentos teóricos e evidência científica na análise da prática clínica, promovendo uma abordagem fundamentada e reflexiva; desenvolver competências na área da investigação através da realização de uma *scoping review*, contribuindo para a melhoria da prática baseada na evidência; e refletir sobre o contributo do percurso formativo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EE.

O relatório está assim dividido em quatro partes. A primeira parte é, assim, composta pela introdução, onde se contextualiza o estágio em termos de tempo e lugar, apresentam-se os objetivos do trabalho e descreve-se toda a metodologia aplicada para a sua execução.

A segunda parte, é a componente clínica, onde é realizada a caracterização dos três contextos de estágio abordando: recursos físicos e humanos disponíveis; método e modelo de trabalho adotados; dinâmica da equipa multidisciplinar; projetos de melhoria contínua desenvolvidos ou acompanhados, assim como uma reflexão critica sobre o desenvolvimento de competências comuns do EE e do EEEMCEPSC.

A terceira parte é dedicada à componente de investigação, onde se apresenta o tema estudado, a sua importância, tanto em termos teóricos como práticos, o tipo de estudo desenvolvido, a metodologia aplicada, a interpretação e discussão de resultados com base na evidência científica mais recente.

Uma última parte, a conclusão, onde se sintetiza as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, objetivos alcançados, contributos do estágio e da elaboração deste relatório para o crescimento pessoal e profissional.

Este documento encontra-se redigido segundo as normas de formatação das teses e de mestrado e de doutoramento da Universidade do Minho, regulado pelo despacho RT 3/2026 (Universidade do Minho, 2026), e as referências bibliográficas pelo estilo da sétima edição da *American Psychological Association* (APA).

Parte I – Componente Clínica

O presente relatório resulta da realização de um estágio que decorreu em três contextos distintos, decorridos em diferentes hospitais situados na região Norte do país. Estes três locais de estágio diferenciam-se pelo tipo de cuidados que prestam e pela importância que colocam no cuidado da PSC.

Este percurso formativo permitiu assim uma experiência diversificada, o primeiro estágio, desenvolvido no primeiro ano, segundo semestre, decorreu em contexto de UCISU; o segundo, no segundo ano, primeiro semestre, num SU; e o terceiro, realizado no segundo ano, segundo semestre, foi desenvolvido num SMI. Cada um destes contextos proporcionou oportunidades de aprendizagem muito diferenciadas, contribuindo para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e relacionais essenciais à prática profissional em ambientes de elevada complexidade e exigência, como são os cuidados à PSC.

Nesta primeira parte, propõe-se, por isso, a realização da caracterização de cada um dos contextos de estágio e posteriormente uma análise reflexiva acerca do percurso de desenvolvimento das competências comuns do EE, bem como das competências específicas inerentes ao exercício profissional do EEEMCPSC.

1. Caracterização do serviço de unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência

O estágio em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios, inserido no SU, decorreu no período de 22 de abril de 2025 a 16 de junho de 2025 com uma duração de 200h.

O SU do respetivo hospital onde realizei o estágio, tem como missão o atendimento de todos os utentes de acordo com a sua necessidade de cuidados de saúde, orientando a sua prática por princípios de qualidade, competência, rigor técnico-científico e humanização dos cuidados. Segundo o regulamento do serviço, o atendimento em urgência é definido como o ato de assistência prestado a utentes admitidos de forma não programada, na sequência de uma alteração súbita ou do agravamento do seu estado de saúde, exigindo uma resposta célere, eficaz e adequada à gravidade clínica apresentada.

No que respeita à sua organização e funcionamento, o SU encontra-se estruturado em quatro áreas distintas: a Urgência de Adultos, a Urgência Pediátrica, a Urgência Obstétrica e a UCISU integrando igualmente a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta organização permite uma resposta diferenciada e adequada às necessidades específicas dos diferentes grupos de utentes, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

O meu estágio foi realizado numa destas áreas do SU, na UCISU, a qual se destina à prestação de cuidados diferenciados a doentes que necessitam de vigilância clínica e monitorização contínua, que não reúnem critérios para internamento em cuidados intensivos.

Segundo a OE (OE, 2019, p.145), as unidades intermédias "visam basicamente monitorização não invasiva e pressupõem a capacidade de assegurar manobras de reanimação e de articulação com outras unidades e serviços de nível superior", onde existem "as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva" (Paiva, 2017, p.7).

A UCISU distingue-se pela utilização de tecnologia avançada e disposição de profissionais com experiência, preparados para responder às necessidades exigidas pelos doentes que requerem vigilância clínica

e contínua rigorosa. Pela complexidade do seu estado de saúde, os doentes encontram-se rodeados de diversos equipamentos de monitorização e suporte, permitindo uma monitorização contínua e possibilitando intervenções imediatas sempre que houver alguma intercorrência. A UCISU encontra-se organizada em duas áreas distintas, de acordo com a tipologia e as necessidades específicas dos doentes que acolhe. No total, a unidade dispõe de nove camas, das quais três são destinadas aos doentes da área da medicina e as restantes seis dão origem à Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC). Esta divisão permite uma gestão mais eficiente dos recursos e a prestação de cuidados diferenciados, ajustados à condição clínica de cada doente, garantindo simultaneamente uma vigilância contínua e intervenções rápidas em situações de instabilidade.

A equipa desta unidade é composta por três grupos profissionais — médicos, enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) — que trabalham de forma articulada, garantindo cuidados seguros, eficientes e adequados à condição de cada pessoa. Segundo a OE, 2019, "para este tipo de unidades recomenda-se o rácio de 1 (um) enfermeiro, por cada 3 (três) camas de internamento" (p.145), e durante o período de estágio, foi possível verificar que a organização dos turnos de enfermagem se encontra alinhada com esta recomendação, pois, no que respeita à organização dos cuidados de enfermagem na UCISU, cada turno de trabalho é assegurado por uma equipa constituída por três enfermeiros, sendo garantida, de forma permanente, a presença de pelo menos um EEEMCPSC. Esta organização, assegura uma dotação adequada de profissionais por número de camas possibilitando a prestação de cuidados diferenciados, assegurando uma resposta adequada às situações de maior complexidade clínica, favorecendo a vigilância contínua bem como o suporte técnico-científico à restante equipa de enfermagem, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o regulamento do serviço, o enfermeiro generalista é responsável pela identificação, planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem, assegurando a sua execução e o respetivo registo. Integra as atividades de planeamento e programação do trabalho em equipa e presta cuidados de enfermagem aos doentes, utentes sob a sua responsabilidade. A sua intervenção abrange o indivíduo, a família e a comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Compete-lhe ainda avaliar os cuidados prestados, analisando os fatores que contribuíram para os resultados obtidos, bem como supervisionar a atividade dos TAS, desenvolvendo esforços contínuos para a promoção da saúde e da segurança dos doentes, profissionais e acompanhantes, no cumprimento do regulamento interno da instituição.

O EE desenvolve a sua prática com base nestas competências comuns, acrescentando funções de maior diferenciação e complexidade. Para além das referidas anteriormente, o EE desempenha ainda um papel relevante na supervisão da atividade de enfermeiros e dos TAS, bem como no desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem e de enfermeiros em contexto académico ou profissional. Cabe-lhe ainda planear, coordenar, desenvolver e executar intervenções de maior complexidade no domínio de especialização e ainda, para além de avaliar os cuidados prestados, efetuando os respetivos registos, analisar os fatores que contribuíram para os resultados obtidos, e reavaliar as necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Assim, a intervenção do EE traduz-se num reforço da qualidade, segurança e rigor dos cuidados prestados no SU, complementando e aprofundando a atuação do enfermeiro generalista.

A UCISU caracteriza-se por ser um espaço onde o doente nunca permanece sem supervisão, sendo um espaço aberto, caracterizado como *open space*, dado que a presença e a prestação de cuidados médicos e de enfermagem são constantes.

Neste contexto de estágio, a prática de enfermagem encontra-se alicerçada na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, que enfatiza a importância da relação do enfermeiro com o doente, a humanização dos cuidados e a promoção do bem-estar físico, emocional, social e espiritual da pessoa (Evangelista *et al.*, 2020). A aplicação desta teoria permitiu orientar a minha prática de forma reflexiva e consciente, valorizando a empatia e a importância das necessidades individuais de cada doente, família e cuidador.

O horário de visita está dividido em dois períodos, compreendidos entre as 12:30h - 14:30h, e as 17:30h - 19:30h, com a presença de duas pessoas. Neste horário existe sempre um médico assistente, que compete a transmissão de informações à família ou alguém significativo da PSC acerca do seu estado clínico.

O tempo de permanência na UCISU varia em função da gravidade da situação clínica e da evolução de cada doente. Alguns apresentam uma recuperação rápida, enquanto outros necessitam de um período mais prolongado para estabilização. Quando o doente deixa de necessitar de cuidados diferenciados, é então transferido para um serviço de internamento apropriado, ou em caso de agudização, transferido para um nível superior de cuidados, garantindo continuidade dos cuidados e uma transição segura no seu percurso terapêutico.

2. Caracterização do serviço de urgência

O estágio em contexto de SU, decorreu no período de 8 de setembro de 2025 a 9 de novembro de 2025 com uma duração de 200h.

O SU constitui uma unidade essencial no sistema de saúde, tendo como principal finalidade a receção, diagnóstico e tratamento de doentes em situação de doença súbita ou vítimas de acidente que necessitam de cuidados imediatos em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Neste enquadramento, o SU onde decorreu o estágio assume como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, em articulação com os cuidados de saúde primários e com as instituições hospitalares que integram a Rede Nacional de Saúde. Paralelamente, integra na sua missão a promoção da formação contínua de todos os profissionais envolvidos nas atividades do SU, de acordo com o estipulado a nível nacional, como objetivo de garantir uma prática atualizada, segura e baseada na evidência científica. O serviço visa ainda assegurar o atendimento da população da sua área geográfica de influência em tempo útil, com eficiência e qualidade, promovendo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados de saúde. A visão do SU assenta na ambição de ser uma referência nos domínios da enfermagem e na excelência da prática de cuidados, bem como tornar-se uma referência em cuidados de saúde secundários e terciários em termos de satisfação da população e dos seus profissionais, procurando sempre responder às necessidades dos mesmos.

Os valores que orientam a prática de enfermagem neste contexto integram os princípios éticos da profissão e refletem o conhecimento científico mais atual da disciplina, traduzindo-se numa atuação pautada pela competência, humanismo, rigor e transparência dos profissionais. Estes valores constituem a base da prestação de cuidados no SU, orientando a tomada de decisão clínica e a relação estabelecida com o doente, a família e a equipa multidisciplinar, são eles a competência, a disponibilidade, a excelência, a inovação, o respeito, a responsabilidade e a satisfação.

Neste contexto de estágio, a prática de enfermagem encontra-se também sustentada em referenciais teóricos que orientam a compreensão das necessidades da PSC. Têm, por isso, por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que descreve os processos de mudança que são vivenciados pelas pessoas, famílias ou comunidades ao longo do ciclo de vida ou perante alterações significativas no estado de

saúde. De acordo com esta teoria, as transições representam, na maioria das vezes, períodos de maior vulnerabilidade, exigindo intervenções de enfermagem que facilitem a adaptação e promovam resultados positivos em saúde (Costa, 2016). Neste sentido, o EE assume um papel fundamental no apoio à pessoa e à família durante estes momentos de mudança, procurando promover a adaptação à nova condição de saúde e acima de tudo assegurar os CCP.

O SU onde decorreu o meu estágio corresponde a um serviço médico-cirúrgico de carácter multidisciplinar, integrado numa estrutura ampla que agrega diversas áreas de atendimento. Este serviço inclui a urgência geral, a urgência pediátrica e a urgência de ginecologia e obstetrícia, garantindo assim uma resposta abrangente e diferenciada a utentes de diferentes faixas etárias e com necessidades clínicas variadas da sua área geográfica abrangente. A coexistência destas valências permite assegurar um percurso assistencial contínuo, desde situações de menor gravidade até emergências de maior complexidade, conferindo ao serviço um ritmo muito dinâmico e exigente.

O meu estágio decorreu especificamente na área de urgência geral, espaço destinado ao atendimento de adultos com patologias médico-cirúrgicas agudas. Esta área caracteriza-se por um elevado fluxo de doentes e pela diversidade de quadros clínicos, exigindo uma avaliação rigorosa, uma rápida capacidade de decisão e uma atuação coordenada por parte de toda a equipa. A experiência neste contexto permitiu-me contactar com situações clínicas de diferentes níveis de gravidade, contribuindo significativamente para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, científicas e relacionais.

A urgência geral compreende diferentes espaços funcionais, como a sala de espera para utentes e acompanhantes, o posto de triagem, a área verde/azul, área médica-amarela, área cirurgia/ortopedia, área laranja, unidade de observações, unidade de decisão clínica, sala de emergência e salas de apoio como farmácia, stocks de material, cada um com especificidades próprias e materiais diferenciados.

O funcionamento da urgência geral está estruturado de forma a responder com a maior brevidade possível às necessidades dos doentes. Após a admissão no hospital, estes são encaminhados para o posto de triagem, onde é utilizado o Sistema de Triagem de *Manchester* (STM), que permite classificar o nível de prioridade clínica e estabelecer tempos máximos de espera. Segundo Costa *et al.* (2022, pp. 1-8) o "STM procura dar resposta à excessiva afluência dos utentes aos SU, priorizando-os consoante a gravidade clínica que apresentam, contribuindo para a melhoria do funcionamento do serviço e da qualidade dos cuidados prestados".

Após esta etapa, os doentes são distribuídos por diferentes áreas de observação, consoante a sua gravidade clínica e a necessidade de vigilância ou intervenção terapêutica. A equipa de enfermagem desempenha um papel central em todo este processo, desde a primeira abordagem, com o STM até à monitorização contínua e realização de todos os procedimentos necessários.

A sala de emergência, em particular, é o espaço reservado ao atendimento de doentes críticos, aqueles que apresentam risco iminente de vida e que requerem intervenções imediatas, tecnicamente diferenciadas e sustentadas por uma forte capacidade de coordenação. O ambiente desta sala é marcado pela elevada complexidade, pela necessidade de tomada de decisões rápidas e pela atuação precisa e sincronizada de toda a equipa multidisciplinar, onde cada elemento desempenha um papel crucial na estabilização do doente. Para além da sua função direta no atendimento à urgência geral, a equipa presente na sala de emergência presta também apoio à emergência interna do hospital, intervindo sempre que surgem situações críticas noutros serviços do hospital, o que reforça a sua importância estratégica e a necessidade de elevada preparação técnica e clínica.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a sala de emergência "constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico" (2019, p. 7). Durante o meu estágio, esta área destacou-se como uma das minhas maiores zonas de interesse. A dinâmica intensa, a diversidade de situações clínicas e a exigência de um raciocínio clínico apurado proporcionaram-me um contexto extremamente rico para aprendizagem e desenvolvimento profissional, onde experienciei diversas situações complexas.

No que se refere aos recursos humanos, a equipa de enfermagem encontra-se organizada em cinco equipas, cada um com um enfermeiro responsável que assegura a coordenação da equipa e a distribuição dos profissionais pelos turnos de forma planificada e atempada. A equipa é constituída por um total de 96 enfermeiros, incluindo um enfermeiro gestor, quatro especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e quatro especialistas em enfermagem de reabilitação. No planeamento e organização dos turnos, procura-se sempre garantir que a sala de emergência é ocupada por um EEEMCPSC, assegurando assim a presença de competências técnicas diferenciadas junto dos doentes críticos. Paralelamente, a equipa de TAS é composta por 47 elementos, igualmente distribuídos pelos cinco grupos de trabalho.

O horário de visitas neste SU funciona com a presença de um familiar e/ou pessoa significativa de 2 em 2 horas por um período máximo de 15 minutos ao longo do seu tempo de permanência no SU.

O contacto com doentes em situações críticas permitiu-me perceber, de forma muito clara, a importância da monitorização rigorosa, da antecipação de complicações e da implementação atempada de intervenções terapêuticas.

3. Caracterização do serviço de medicina intensiva

O estágio em contexto de SMI, decorreu no período de 10 de novembro de 2025 a 25 de janeiro de 2026 com uma duração de 200h.

A Medicina Intensiva assume-se como uma área diferenciada das Ciências Médicas, sendo definida como "uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)" (Paiva *et al.*, 2017, p. 6).

Nos hospitais de maior dimensão tem-se assistido à concentração de várias UCI, (camas de nível III) e de cuidados intermédios (camas de nível II) num único SMI (Paiva *et al.*, 2017). Esta organização integrada corresponde exatamente ao modelo adotado na unidade onde realizei o meu estágio. Neste hospital, verificou-se a concentração de várias áreas de cuidados intensivos e intermédios num único SMI, reunindo camas de nível III e de nível II sob a mesma estrutura de gestão. Esta forma de organização permite otimizar a utilização dos recursos disponíveis, assegurar maior continuidade e coerência nos cuidados prestados e facilitar uma gestão mais equitativa e eficiente da lotação, reduzindo o risco de eventos adversos, readmissões em nível III e os custos associados ao tratamento.

Na prática, as camas de nível III, designadas como camas de cuidados intensivos, "devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico" (Paiva *et al.*, 2017, p.7). Já as camas de nível II, consideradas camas de cuidados intermédios, acolhem "doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva" (Paiva *et al.*, 2017, p.7).

O meu estágio decorreu especificamente, no SMI, na área das camas de nível III, o que me permitiu observar de perto a gestão de doentes críticos e a aplicação de cuidados altamente especializados. Esta experiência proporcionou-me compreender de forma clara a articulação entre diferentes graus de complexidade clínica e a importância da continuidade e rigor na prestação de cuidados à PSC.

Segundo o regulamento do SMI onde realizei o meu estágio, este possui uma missão própria centrada na prestação de cuidados de saúde diferenciados, programados e de urgência, em regime de internamento, aos doentes da sua área de influência. O serviço assegura a prestação de cuidados em

tempo útil, com recurso às melhores tecnologias disponíveis, promovendo a simplificação de procedimentos e a utilização racional dos recursos, de forma a garantir a eficácia, a eficiência e a qualidade dos resultados. Para além da atividade assistencial, o SMI desempenha um papel estratégico na formação pré e pós-graduada, na investigação clínica e na atualização contínua do conhecimento científico dos seus colaboradores.

Como já referi anteriormente, o SMI é constituído por duas unidades funcionais fisicamente separadas designadas Unidade 1 (SMI 1) e Unidade 2 (SMI 2). Ambas são unidades fechadas, polivalentes e multidisciplinares, destinadas exclusivamente a doentes adultos. O SMI 1 dispõe de 14 camas de cuidados de nível III, das quais quatro permitem isolamento físico. O SMI 2 integra 18 camas de nível II, com duas camas com possibilidade de isolamento físico e ainda, a capacidade de transformar duas destas camas em nível III, conforme as necessidades clínicas.

A equipa do SMI é funcionalmente dedicada e composta por médicos com formação multidisciplinar, preferencialmente especializados em medicina intensiva, enfermeiros e TAS, todos motivados e orientados para a prestação de cuidados a doentes críticos, seguindo rigorosamente os objetivos definidos no plano de atividades e respeitando as normas éticas da instituição. A assistência médica é garantida por um mínimo de quatro médicos em presença física, reforçada no período diurno, assegurando a continuidade de cuidados intensivos tanto no SMI como na sala de emergência, garantindo eficiência e eficácia no percurso do doente crítico. Segundo Paiva *et al.* (2017), as UCI devem assegurar presença médica diferenciada permanente, com capacidade de resposta imediata a situações de instabilidade clínica e decisão terapêutica complexa.

A equipa de enfermagem do SMI é composta por enfermeiros generalistas e EEEMCPSC. Cada turno é estruturado de forma a assegurar a presença permanente de pelo menos um EE, garantindo cuidados diferenciados, suporte técnico-científico à restante equipa com menos experiência e monitorização contínua dos doentes. Esta organização permite intervenções rápidas e coordenadas, fundamentais para a estabilização e recuperação dos doentes críticos, reforçando acima de tudo, a qualidade e segurança da prática assistencial.

O enfermeiro generalista assume responsabilidades fundamentais na identificação, planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem, registando todas as intervenções realizadas, participando no planeamento e programação do trabalho de equipa e garantindo a qualidade, eficiência e utilização racional dos recursos disponíveis. Presta cuidados individualizados aos doentes, familiares e

comunidades, englobando promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação, adaptação funcional e educação para o autocuidado, avaliando continuamente os resultados e ajustando as intervenções conforme as necessidades do doente. Colabora também no desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem e colegas em contexto académico ou profissional, contribuindo para a melhoria contínua da prática clínica e da organização interna do serviço.

O EE, por sua vez, complementa esta atuação com funções de maior complexidade e responsabilidade estratégica. Para além das competências comuns ao generalista, garante o cumprimento dos requisitos do sistema de gestão da qualidade do hospital, orienta e supervisiona enfermeiros e TAS, planifica, coordena e desenvolve intervenções no seu domínio de especialização e assegura a utilização otimizada dos recursos disponíveis, adequando-os às necessidades específicas dos doentes críticos. Assume um papel proativo na formação e desenvolvimento de competências de estudantes e colegas, participa em programas de investigação nacionais e internacionais, integra júris de concursos e colabora na definição e utilização de indicadores de qualidade.

Desta forma, a atuação conjunta de enfermeiros generalistas e especialistas permite garantir cuidados de elevada qualidade, seguros e centrados na pessoa, promovendo a continuidade, a eficiência e a humanização do atendimento aos doentes críticos. A complementaridade entre a intervenção generalista, focada na execução e monitorização dos cuidados, e a intervenção especialista, orientada para a complexidade clínica, supervisão, formação e investigação, constitui um elemento essencial para o funcionamento eficiente do SMI e para a otimização do percurso do doente crítico.

No contexto das unidades com camas de nível III, as orientações técnicas nacionais sublinham a necessidade de assegurar dotações seguras de enfermagem adequadas à elevada complexidade e variabilidade clínica destes doentes. Neste sentido, são preconizados rácios mínimos de referência próximos de um enfermeiro por cada dois doentes, entendidos como valor base orientador e não como limite rígido. Na prática, estes rácios devem ser dinamicamente ajustados de acordo com a gravidade, instabilidade hemodinâmica, necessidade de suporte orgânico avançado, volume de intervenções terapêuticas e carga global de cuidados exigida em cada turno e por cada doente. A adequação do rácio enfermeiro/doente constitui um elemento determinante para a vigilância contínua, deteção precoce de complicações, capacidade de resposta imediata e manutenção de elevados padrões de segurança e qualidade assistencial, sendo reconhecida como um dos pilares estruturais da organização dos cuidados em Medicina Intensiva (Paiva *et al.*, 2017). A OE diz também que devem existir rácios de 1 (um)

enfermeiro para 2 (dois) doentes, considerando-se que a complexidade e instabilidade dos doentes críticos pode justificar a redução deste rácio, de modo a assegurar uma maior vigilância contínua e segurança assistencial (OE, 2019). No contexto do estágio realizado, foi possível verificar que esta orientação era globalmente respeitada, sendo os rácios ajustados de forma dinâmica de acordo com a gravidade clínica e as necessidades de cuidados, garantindo uma vigilância próxima e uma resposta atempada às alterações do estado do doente.

O funcionamento eficiente da unidade depende de acesso rápido e facilitado a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, sendo essencial a colaboração de diversos serviços do hospital verificando sempre essa cooperação, trabalhando em prol do bem-estar da PSC. A articulação com a Unidade Local do Programa de Prevenção, Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) é um pilar central da prática do SMI, envolvendo médicos e enfermeiros responsáveis por esta área, que colaboram na elaboração de orientações, recomendações e auditorias.

No âmbito da humanização dos cuidados e da centralidade na pessoa e na família, o SMI dispõe de um regime de visitas regulamentado, definido de acordo com as necessidades clínicas do doente crítico e com os princípios de segurança e organização da unidade. O horário de visitas decorre entre as 12h00 e as 19h30, sendo permitida a presença de um máximo de duas visitas por doente, por dia. Este regime procura equilibrar a importância da presença da família no apoio emocional ao doente com a necessidade de garantir a prestação de cuidados diferenciados, a segurança clínica e o adequado funcionamento do serviço.

O referencial teórico que sustenta a prática de enfermagem na unidade é a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, já previamente explanada no capítulo referente à caracterização da UCISU.

A prática em contexto de medicina intensiva distingue-se pelo elevado grau de complexidade clínica e técnica, exigindo atuação estruturada, baseada em protocolos e na responsabilidade partilhada de toda a equipa de saúde. A diversidade e a sofisticação das intervenções realizadas, associadas à rápida evolução do conhecimento científico e tecnológico, tornam indispensável a formação contínua e o treino sistemático dos profissionais, bem como um processo de integração progressivo e exigente nas diferentes áreas funcionais do serviço.

Com o objetivo de promover a atualização permanente e o aperfeiçoamento das competências, a equipa encontra-se organizada em grupos de trabalho multidisciplinares orientados para áreas específicas de

intervenção, nomeadamente ventilação mecânica, monitorização avançada, suporte nutricional, técnicas de substituição renal, controlo de infeção, cuidados neurocriticos e trauma, entre outras.

4. O cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica

O cuidado à PSC caracteriza-se por um elevado grau de complexidade clínica, técnica e relacional, exigindo intervenções diferenciadas, atempadas e baseadas em evidência. A PSC "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" (OE, 2011, p. 8656).

Tal como diz a OE (2011), os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC correspondem a cuidados altamente diferenciados, prestados de forma contínua a indivíduos que apresentam uma ou mais funções vitais em risco imediato. Estes cuidados visam responder às necessidades humanas fundamentais que se encontram comprometidas, assegurando a manutenção das funções vitais, a prevenção de complicações e a minimização de incapacidades, com o objetivo último de promover a recuperação da PSC. A prestação destes cuidados implica uma vigilância permanente e sistemática, baseada na observação clínica rigorosa, na colheita e análise contínua de dados, permitindo um conhecimento atualizado e global do estado da PSC. Este processo possibilita a antecipação e deteção precoce de alterações e complicações, bem como a implementação de intervenções de enfermagem precisas, eficazes e atempadas. Neste contexto, a avaliação diagnóstica contínua e a monitorização intensiva assumem um papel central, constituindo pilares fundamentais do cuidado à pessoa com doença crítica e/ou falência orgânica.

Paralelamente, o EE mobiliza competências clínicas avançadas que lhe permitem não só cuidar da pessoa em situações de elevada complexidade, mas também intervir de forma organizada e eficaz em contextos de emergência, exceção e catástrofe, desde a fase de planeamento até à ação. Acresce ainda a responsabilidade de maximizar as estratégias de prevenção e controlo da infeção, adequando as intervenções à complexidade do estado clínico e à necessidade de respostas rápidas e fundamentadas.

O desenvolvimento de competências em enfermagem pode ser compreendido à luz do modelo de aquisição de competências proposto por Patricia Benner, baseado no Modelo *Dreyfus*, que descreve a evolução progressiva do enfermeiro desde o nível de Iniciado até ao de Perito, ao longo da sua experiência profissional. Este modelo evidencia que a competência não resulta apenas da aquisição de conhecimentos teóricos, mas sobretudo da sua integração na prática clínica, através de experiência e da reflexão da ação (Benner, 2001).

O enfermeiro Iniciado, não tem nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontados, caracteriza-se por uma atuação baseada em regras e orientações rígidas. O nível de Iniciado Avançado é aquele na qual o enfermeiro já vivenciou situações reais que lhe permite identificar fatores significativos para reproduzir em situações idênticas, ou seja, começa a reconhecer aspetos recorrentes das diferentes situações que possam ocorrer. No nível Competente, o enfermeiro trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e demonstra capacidade de planear e organizar os cuidados, atuando de uma forma deliberada e consciente. No nível Proficiente, desenvolve uma compreensão mais global e integrada das situações clínicas, sendo capaz de antecipar necessidades e ajustar a sua intervenção de forma mais flexível. Por fim, o nível Perito, o enfermeiro já não se apoia sobre uma regra, uma indicação, tem uma grande experiência e compreende de uma forma intuitiva cada situação, com capacidade de interpretar rapidamente situações complexas, tomando decisões intuitivas e eficazes, sustentadas na experiência acumulada (Benner, 2001).

Este modelo evidencia que o desenvolvimento profissional não depende apenas da aquisição de conhecimento teórico, mas sobretudo da sua integração na prática, reforçando a importância da experiência clínica e da reflexão contínua. Neste sentido, os diferentes contextos de estágio constituíram oportunidades fundamentais para o desenvolvimento progressivo das minhas competências, permitindo-me evoluir para uma prática mais segura, consciente e adaptada à complexidade do cuidado à PSC.

Neste capítulo procede-se à análise do cuidado especializado à PSC, com enfoque no processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EEEMCPSC. Serão inicialmente abordadas as competências comuns do EE, contemplando os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Posteriormente, serão exploradas as competências específicas, evidenciando o cuidar da pessoa e da família em contextos de doença crítica e falência orgânica, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, bem como a maximização das estratégias de prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos.

Importa ainda referir que, para além das competências, serão também abordadas as respetivas unidades de competência, enquanto elementos estruturantes da prática do EE. Entende-se por unidade de competência "um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-

se de um significado claro e de valor reconhecido no processo" (OE, 2019a, p. 4745). A consideração destas unidades permite uma análise mais detalhada e sistematizada da prática, facilitando a compreensão das diferentes dimensões que integram o exercício profissional especializado.

Esta abordagem permitirá refletir de forma estruturada sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágio e o contributo deste percurso para o desenvolvimento das diferentes competências.

4.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo a OE (2019a), as competências comuns correspondem a:

> Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (p. 4745)

O conjunto de domínios correspondentes às competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro pilares fundamentais:

I) domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

II) domínio da melhoria contínua da qualidade;

III) domínio da gestão;

IV) domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Assim, todos os enfermeiros que detêm o título de especialista, independentemente da sua área de especialização, partilham um núcleo comum de competências.

4.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é pressuposto que o enfermeiro desenvolva duas competências fundamentais, que se complementam na prática clínica especializada. A primeira consiste no desenvolvimento de "uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo

de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" (OE, 2019a, p.4746), o que implica que o enfermeiro exerça a sua prática de forma segura, profissional e ética, mobilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência fundamenta-se num corpo de conhecimento consolidado no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e na consideração das preferências do cliente (OE, 2019a).

Para isso o EE, como unidades de competência tem: "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão" (OE, 2019a, p.4746).

Complementarmente, a segunda competência exige que o enfermeiro garanta "práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (OE, 2019a, p.4746). Neste contexto, a sua atuação não se limita apenas à execução técnica dos cuidados, mas abrange a interpretação e análise crítica das situações específicas de cuidados especializados, permitindo-lhe gerir de forma competente cenários que possam comprometer o bem-estar ou a segurança do utente (OE, 2019a).

Para isso o EE, como unidades de competência tem: "Promove a proteção dos direitos humanos; Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente" ((OE, 2019a, p.4746).

Esta atuação encontra-se igualmente sustentada no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que define a enfermagem como uma profissão autónoma, responsável pela prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, ao longo do ciclo vital, assumindo, assim, o enfermeiro toda a responsabilidade pelos cuidados que presta. De acordo com este enquadramento legal, o exercício profissional é orientado por elevados padrões de competência técnica, científica e ética, reforçando a responsabilidade do EE na tomada de decisões clínicas fundamentadas, seguras e ajustadas ao contexto específico de cuidados (OE, 1996). O REPE pressupõe assim, clarificar conceitos, proceder à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também junto da população em geral (OE,1996).

A deontologia enfatiza a importância de que uma profissão adote determinadas características que definem a forma como deve ser exercida. Trata-se de um conjunto de normas que orientam o comportamento dos profissionais. Segundo a OE (2015):

> A Deontologia é uma palavra que vem associada ao dever e obrigação. É um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, cuja perfeição só pode ser atingida por uma livre vontade. (p.11)

O foco da deontologia está na correção das ações, oferecendo orientações claras e práticas sobre como agir corretamente, geralmente expressas de forma imperativa (OE, 2015a). Por isso, paralelamente ao REPE, a atuação ética e responsável do enfermeiro é coadjuvada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, documento que define os princípios, valores e normas que orientam a prática profissional em todos os contextos de cuidados.

O Código reforça que o enfermeiro deve exercer a sua profissão com integridade, competência e humanismo, promovendo a dignidade, autonomia e segurança do utente, assim como respeitando a confidencialidade e a justiça na prestação de cuidados, assim, o EE, colocar em prática este código, consolida a sua prática como profissional autónomo, reflexivo e ético, capaz de articular a execução técnica dos cuidados nunca colocando em causa o respeito pelos direitos do utente e pelas normas profissionais.

O respeito pelos direitos humanos assume-se como um eixo central da prática de enfermagem, estando diretamente relacionado com a dignidade, a autonomia e a integridade da pessoa, bem como com o direito à proteção da saúde. Em cuidados de saúde, estes princípios encontram suporte em instrumentos jurídicos e éticos de âmbito internacional e nacional, entre os quais a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada em Portugal pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, que reforça a obrigatoriedade de qualquer intervenção respeitar os direitos fundamentais da pessoa (Assembleia da República, 2001). Nos contextos de cuidados à PSC, marcados por maior vulnerabilidade clínica e, muitas vezes, por incapacidade de decisão, compete ao enfermeiro garantir a defesa ativa destes direitos, orientando a sua atuação pelo melhor interesse da pessoa.

Deste modo, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar estruturante da prática do EE, sustentando uma atuação autónoma, reflexiva e responsável, orientada para a excelência

dos cuidados, para a proteção dos direitos da PSC e para o cumprimento rigoroso das suas obrigações éticas, deontológicas e legais inerentes ao exercício profissional.

O desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constituiu um eixo transversal a todos os contextos de estágio realizados. Estes contextos caracterizam-se pela elevada complexidade clínica, pela necessidade de tomada de decisão em tempo útil e pela frequente incapacidade da PSC para exercer autonomamente os seus direitos, assim como demonstrar a sua vontade, o que exige do enfermeiro uma atuação profissional rigorosa, ética e legalmente fundamentada.

Neste contexto, a tomada de decisão assume um papel central na prática de enfermagem, especialmente em ambientes de elevada exigência como os cuidados à PSC. Como referem Freitas *et al.* (2025):

> A tomada de decisão é um processo inerente à prática de enfermagem, devendo estar alicerçado no conhecimento científico e orientado pelos princípios da deontologia profissional. Em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, este processo adquire uma natureza particularmente exigente, sendo necessárias decisões rápidas face à imprevisibilidade do cenário. Os caminhos que conduzem o enfermeiro à decisão podem ser diversos e complexos. (p. 40)

Em todos os contextos, o desenvolvimento deste domínio centrou-se particularmente na promoção da segurança do doente, no cumprimento rigoroso de protocolos institucionais estabelecidos e do qual procurei sempre ter conhecimento atempadamente, constituindo assim uma prioridade minha, numa gestão ética de situações de risco e na comunicação com os familiares.

A monitorização contínua da PSC, a administração segura de terapêutica complexa, nomeadamente de fármacos de maior risco e que necessitam de maior vigilância hemodinâmica, e a prevenção de eventos adversos exigiram-me uma prática profissional altamente responsável e fundamentada em normas e procedimentos definidos pelos diferentes serviços, dos quais procurei manter o conhecimento sempre atualizado. No entanto, numa fase inicial, senti alguma dificuldade na gestão simultânea de múltiplos fármacos, por exemplo no SMI, ou na sala de emergência, particularmente em situações de instabilidade hemodinâmica, o que exigiu um esforço acrescido de priorização e organização do meu raciocínio clínico.

A identificação correta do doente, a prevenção de quedas e de infeções associadas aos cuidados de saúde constituíram práticas essenciais para a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

A participação na discussão e avaliação de situações clínicas com as diferentes equipas e na tomada de decisões em equipa permitiu-me desenvolver a capacidade de análise ética de situações complexas, como a adequação das intervenções terapêuticas à situação clínica real da PSC e a ponderação dos benefícios e riscos associados aos cuidados prestados.

Simultaneamente, foi sempre valorizada a dignidade da PSC, assegurando cuidados de conforto, higiene e privacidade, mesmo em contextos de elevada dependência e instabilidade clínica, reconhecendo a PSC como sujeito de direitos e não apenas como objeto de intervenção técnica.

Procurei sempre manter uma preocupação constante no que concerne à preservação da confidencialidade da informação clínica, traduzindo-se na adoção de comportamentos adequados, como a proteção dos dados clínicos no sistema informático, a não divulgação de informação sensível em locais não apropriados para o mesmo e a salvaguarda da privacidade durante a prestação de cuidados e realização de procedimentos.

Paralelamente, foi promovido o direito à informação do doente, através da explicação clara e adequada dos cuidados de enfermagem, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, respeitando o nível de literacia em saúde de cada utente e garantindo, sempre que possível o consentimento informado em todos os procedimentos realizados.

O consentimento informado constitui um princípio estruturante da prática de enfermagem, estando diretamente associado ao respeito pela autonomia da pessoa. A obtenção de consentimento livre e esclarecido pressupõe que o doente receba informação adequada, compreensível e ajustada ao seu nível de literacia em saúde, relativa aos cuidados e procedimentos a realizar, seus objetivos, benefícios, riscos e possíveis alternativas, permitindo-lhe participar de forma consciente nas decisões sobre a sua própria saúde. Segundo a Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro:

> Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento. (p. 27).

Em contexto de estágio, a aplicação deste princípio revelou-se transversal aos diferentes serviços, ainda que com especificidades próprias. Sempre que me foi possível observei e procedi à explicação prévia de

procedimentos de enfermagem mais invasivos e mesmo quando considerados de rotina, sempre com o objetivo de promover o envolvimento da pessoa e obter o seu consentimento da intervenção profissional. Sempre que possível, procurei confirmar a compreensão da informação transmitida e respeitar a decisão expressa pelo doente. Em situações de limitação da capacidade de decisão, nomeadamente no contexto de cuidados mais exigentes à PSC, este princípio revelou-se particularmente desafiante, nomeadamente em situações de incapacidade de decisão. Nestes contextos, foi valorizado o recurso ao representante legal ou familiar de referência, bem como o respeito pelas orientações clínicas previamente definidas, garantindo que as intervenções realizadas se mantinham orientadas pelo melhor interesse da pessoa, exigindo uma ponderação ética contínua entre o respeito pela autonomia e o melhor interesse da pessoa. Desta forma, o consentimento informado foi entendido não como um ato isolado, mas como um processo contínuo de comunicação, respeito e responsabilidade ética na relação terapêutica.

A atuação ética em todos os contextos implicou, igualmente, o reconhecimento dos meus limites da autonomia profissional, com a solicitação de apoio e supervisão sempre que surgiam situações clínicas complexas ou decisões que extravasavam o meu âmbito de atuação de enfermeiro em formação. Esta postura refletiu o cumprimento das normas legais e deontológicas da profissão, bem como a responsabilidade profissional inerente à prática de cuidados seguros e de qualidade.

No SU, esta competência foi desenvolvida, também, sobretudo através da minha participação ativa no processo de admissão e observação inicial dos utentes, nomeadamente no âmbito da aplicação do STM. O STM:

> Tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. (Direção Geral de Saúde, 2018, p., 9-10).

Este processo implicou a tomada de decisões baseadas em critérios clínicos objetivos, garantindo uma priorização justa e equitativa dos cuidados, independentemente de fatores externos como a pressão de acompanhantes ou a condição social que por vezes sentimos quando nos é atribuído este tipo de função. A aplicação correta da triagem constituiu um exercício ético relevante, na medida em que visa assegurar o direito ao acesso aos cuidados de saúde de acordo com a gravidade clínica, respeitando os princípios da justiça e da equidade.

No SMI, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assumiu uma dimensão particularmente significativa, dada a gravidade das situações clínicas, a elevada dependência e a frequente incapacidade, características da PSC, para expressarem a sua vontade.

A prestação de cuidados a doentes sedados, ventilados ou com falência orgânica implicou uma vigilância rigorosa, uma atuação tecnicamente diferenciada e uma elevada responsabilidade ética, nomeadamente no que respeita à prevenção da dor, do desconforto e de complicações associadas à imobilidade e do tipo de procedimentos invasivos realizados. A confidencialidade e a privacidade foram asseguradas mesmo em ambientes abertos próprios em contexto do SMI, através de comportamentos profissionais adequados e do respeito pela dignidade da pessoa, independentemente do estado de consciência da PSC.

As execuções de intervenções de maior complexidade foram sempre realizadas sob supervisão do EE orientador, reconhecendo os limites da autonomia profissional e valorizando a supervisão clínica como elemento essencial para a segurança do doente e para o desenvolvimento de uma prática ética e legalmente responsável. A colaboração estreita com a equipa multiprofissional permitiu compreender a importância da articulação de competências e da responsabilidade partilhada, sem prejuízo da responsabilidade individual do enfermeiro pelos cuidados de enfermagem prestados.

A valorização do registo clínico como instrumento ético, legal e profissional foi uma constante, assegurando que os mesmo eram realizados de uma forma clara e atempada, clarificando as intervenções realizadas, a avaliação do doente e todas as decisões tomadas. Em todos os contextos de estágio, realização de registos clínicos foi assumida como parte integrante da responsabilidade legal do enfermeiro, reconhecendo o registo como um instrumento fundamental de comunicação, continuidade de cuidados e proteção jurídica A manutenção de padrões rigorosos de registos também contribuiu para a melhoria contínua da qualidade assistencial e para a defesa dos direitos do doente.

Procurei sempre assumir um papel central na defesa dos direitos da PSC, garantindo que os cuidados prestados são orientados pelo melhor interesse do doente, respeitando os princípios éticos da beneficência, "baseia-se no conceito de fazer o bem" (Rosa *et al.*, 2016, p.19), não maleficência, "não causar dano" (Rosa *et al.*, 2016, p.19), princípio da autonomia, "permite ao doente a liberdade de decisão" (Rosa *et al.*, 2016, p.19), e da justiça, "distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, bem como a garantia de acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos" (Rosa *et al.*, 2016, p.19).

Deste modo, a prática desenvolvida ao longo dos diferentes estágios contribuiu de forma significativa para a consolidação das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, permitindo uma atuação progressivamente mais autónoma, reflexiva e consciente, sustentada nos princípios éticos, no enquadramento legal da profissão e nas orientações da OE, em consonância com o REPE, o código deontológico e com as competências comuns do EE.

Este percurso permitiu-me, não só, adquirir segurança na tomada de decisão clínica, mas também desenvolver uma maior sensibilidade ética face à vulnerabilidade da PSC, constituindo um pilar fundamental para o exercício futuro enquanto EE.

4.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE exerce um papel central na promoção e manutenção de práticas seguras, eficazes e centradas na pessoa.

A primeira competência, consiste em garantir "um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (OE, 2019a, p.4747), implica que o enfermeiro participe ativamente na conceção, implementação e monitorização de projetos institucionais, assegurando que a disseminação de boas práticas atinja todos os níveis operacionais e que a equipa esteja apta a aplicar os conceitos de qualidade de forma consistente (OE, 2019a). Como unidades de competência o EE, "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade" e "Orienta projetos institucionais na área da qualidade" (OE, 2019a, p.4747).

A segunda competência, o EE desenvolve "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (OE,2019a, p. 4747), isto reforça a importância de o enfermeiro realizar uma avaliação contínua e sistemática das práticas de enfermagem, interpretando os resultados alcançados e ajustando procedimentos sempre que necessário (OE, 2019a). Este processo possibilita a implementação de programas de melhoria contínua, que não só aprimoram a qualidade do cuidado prestado, como também aumentam a segurança do utente, assegurando que a prática clínica se mantém atualizada, eficiente e sustentada em evidência científica (OE, 2019a). As respetivas unidades de competência são: "Avalia a qualidade das práticas clínicas", "Planeia programas de melhoria contínua" e "Lidera programas de melhoria contínua" (OE,2019a, p. 4747).

Por fim, importa salientar a terceira competência neste domínio, que consiste em "garantir um ambiente terapêutico e seguro" (OE, 2019a, p. 4747). Esta dimensão sublinha a necessidade de o EE gerir o

ambiente de cuidados de forma a torná-lo propício à recuperação, ao bem-estar e à segurança do utente. Neste sentido, a sua atuação é proativa e promove a envolvência adequada de utentes e famílias, prevenindo incidentes e garantindo a efetividade terapêutica das intervenções, reforçando assim a qualidade e a segurança em todas as etapas do cuidado (OE, 2019a). As unidades de competência correspondentes são: "Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo" e "Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais" (OE,2019a, pp. 4747-4748)

Segundo Lucas e Nunes (2020, p. 2), a "qualidade dos cuidados de enfermagem é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros pontos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro". A qualidade e a segurança, são ainda "uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados" (Diário da República, 2015a, p.13551).

A qualidade em saúde é definida pelo Despacho n.º 5613/2015 (Diário da República, 2015a, p. 13551) como "a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão". Este despacho estabelece a estratégia nacional que promove cuidados de saúde seguros, eficientes e centrados no utente, com monitorização contínua da qualidade.

Neste contexto, surge então, o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) como instrumento estratégico que operacionaliza estes princípios no âmbito da prática clínica. O PNSD assenta em cinco pilares essenciais que estruturam a melhoria contínua da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde: cultura e segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros (Direção Geral de Saúde, 2024). Estes pilares fornecem uma referência prática para que o EE implemente ações concretas, assegurando sempre como prioridade a segurança do doente e a efetividade dos cuidados prestados.

A OE define, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), que compreendem orientações que indicam o padrão de excelência direcionado para a prática de enfermagem, promovendo cuidados seguros, eficazes e orientados para o utente, que incluem a

satisfação do mesmo, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados (OE, 2001).

Posteriormente, foram criados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PQCEEEPSC). Estes padrões visam determinar o papel do EE junto dos clientes, da equipa, do público e dos decisores políticos, e compreendem: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) (OE, 2015b). Estes têm como objetivo, assegurar que os cuidados prestados se baseiam em evidências e práticas seguras, minimizando riscos para os utentes. Eles auxiliam como um padrão comum para a melhoria da prática profissional, assegurando que todo os enfermeiros atuam de uma forma uniforme independentemente do local ou contexto em que trabalham. Para além disso, funcionam como instrumento de avaliação do desempenho dos profissionais e das instituições, possibilitando assim, identificar oportunidades de melhoria e promovendo a qualidade contínua dos cuidados. Estes padrões também orientam a formação de novos enfermeiros, assegurando que desenvolvam competências essenciais e estejam preparados para atender às exigências profissionais. Por fim, reforçam o compromisso da enfermagem com a excelência e a responsabilidade ética, contribuindo para a confiança da população nos serviços de saúde (OE, 2001).

Deste modo, a qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto pilar central da prática especializada, articula-se com os programas institucionais e nacionais e os instrumentos de monitorização da segurança do doente, orientando o EE na implementação de cuidados seguros, eficazes, oportunos, centrados na pessoa e sustentados em evidência científica. A integração destes elementos fornece um quadro teórico sólido que permite relacionar diretamente as competências do enfermeiro com práticas concretas de melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos de cuidado.

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, procurei integrar este domínio da melhoria contínua da qualidade na minha prática diária, através de uma atuação consciente, crítica e alinhada com as orientações institucionais e com a evidência científica disponível. Desde o início, comecei em todos os campos de estágio pela consulta de normas, protocolos e procedimentos internos constituindo uma base essencial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade nos mesmos, permitindo-me compreender as diretivas institucionais, normas de trabalho existentes e posteriormente aplicá-las na prática clínica. Contudo, esta consulta foi sempre realizada com o objetivo de reflexão, procurando

sempre compreender os fundamentos que sustentavam a prática e questionando, de forma fundamentada, as razões subjacentes às diferentes abordagens que me eram apresentadas. O conhecimento e a adesão a estes documentos orientadores contribuíram para a uniformização dos cuidados prestados e para a redução da variabilidade na prática, cumprindo assim o objetivo dos mesmos.

Dei sempre prioridade à segurança do doente, no que toca à identificação do mesmo, "o uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança" (Direção Geral de Saúde, 2011, p. 1). No âmbito da prática clínica em contextos onde ocorreram os estágios, a sua identificação foi realizada de forma sistemática através de métodos padronizados, com uma pulseira que constasse pelo menos dois indicadores únicos: o "nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano (99/99/9999), número único de processo clínico da instituição (99.999.999)" (Direção Geral de Saúde, 2011, pp.1-2). Assim, antes da realização de qualquer intervenção, incluindo administração de fármacos, realização de procedimentos invasivos ou exames complementares procedi sempre à verificação da identificação do doente através da pulseira identificativa. A sua aplicação consistente contribuiu para a redução de erros evitáveis e fortalecimento de uma cultura de segurança no serviço. Como futura EE, procurei assumir um papel ativo na sensibilização da equipa sobre a importância desta prática, promovendo a adesão à mesma, mesmo em contextos de elevada exigência assistencial. Em contextos de elevada pressão assistencial como é o caso do SU ou do SMI, reconheço que a verificação sistemática da identificação do doente pode ser desvalorizada pela rotina, o que exigiu de mim uma vigilância consciente para garantir a sua aplicação consistente. A pulseira de identificação por vezes era necessária ser removida para a realização de certos procedimentos urgentes, como colocação de linhas arteriais, não sendo a sua recolocação uma prioridade para a equipa. Nestas situações procurei sempre identificar estas lacunas no sentido de melhorar comportamentos, reforçando junto das equipas salientando o papel da correta identificação do doente, particularmente em situações que este se encontra incapaz de se identificar de forma verbal.

A participação em passagens de turno através da técnica ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), momentos de briefing e discussão informal com os enfermeiros permitiu-me compreender a importância da comunicação eficaz na promoção da qualidade e da segurança.

No SU era realizada diariamente uma reunião, antes do início do turno, com um enfermeiro chefe e toda a equipa, na qual eram transmitidas orientações relevantes para o turno, refletidas situações previamente ocorridas e promovido um espaço de partilha de conhecimento com pequenos momentos formativos a relembrar procedimentos, normas ou aspetos fundamentais para a prática clínica.

No que respeita ao desenvolvimento de práticas de qualidade e à melhoria contínua, procurei realizar uma avaliação sistemática das intervenções de enfermagem, utilizando instrumentos e escalas validadas, como escalas de risco, parâmetros de monitorização clínica e registos estruturados. A análise da evolução clínica dos doentes, da resposta às intervenções implementadas e da ocorrência de potenciais complicações permitiu-me refletir sobre a adequação dos cuidados prestados e sobre a necessidade de ajustes oportunos sempre que necessário, reforçando uma prática baseada na avaliação contínua e na tomada de decisão fundamentada.

A integração da evidência científica na prática constituiu outro aspeto central deste domínio, tendo procurado fundamentar as intervenções de enfermagem em recomendações atuais e *guidelines* atualizadas, sobretudo em contextos de maior complexidade clínica. Esta abordagem permitiu-me compreender que a melhoria contínua da qualidade depende não apenas da execução técnica correta, mas também da capacidade de questionar a prática, identificar oportunidades de melhoria e adaptar os cuidados às necessidades específicas de cada pessoa.

Paralelamente, estive atenta aos indicadores de qualidade e segurança monitorizados nos serviços, bem como às práticas relacionadas com auditorias clínicas, ainda que de forma indireta. O cumprimento rigoroso dos critérios avaliados, a atenção aos registos de enfermagem e a preocupação com a rastreabilidade das intervenções contribuíram para o desenvolvimento de uma prática responsável e orientada para a qualidade dos cuidados.

Relativamente à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, procurei gerir o ambiente de cuidados de forma a promover a segurança física, psicológica e emocional do doente. Esta gestão traduziu-se na organização do espaço envolvente, na verificação do funcionamento adequado de equipamentos e dispositivos, na prevenção de quedas e outros incidentes, bem como na aplicação rigorosa dos princípios da segurança na administração de terapêutica, assegurando os "9 certos" da administração segura da terapêutica — doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registo certo, conhecimento certo, educação certa e alergias conhecidas certas (Teixeira *et al.*, 2024). A prevenção e controlo de infeção constitui uma prioridade constante na minha prática. A aplicação rigorosa e

sistemática de medidas de prevenção e controlo da infeção, nomeadamente através da colocação em prática das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) permitiu-me compreender que a segurança do doente depende não apenas do conhecimento técnico, mas também da consistência comportamental de cada profissional sendo elas a colocação/isolamento dos doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção Geral de Saúde, 2012).

Para além da dimensão física, procurei igualmente promover um ambiente humanizado e centrado na pessoa, valorizando a comunicação clara, empática e adaptada à situação clínica, respeitando os valores, crenças e necessidades do utente e da família. Sempre que possível, envolvi os familiares no processo de cuidados, reconhecendo o seu papel no bem-estar da PSC e na promoção de um ambiente mais seguro e terapêutico.

Em todos os contextos de estágio, procurei assegurar um ambiente terapêutico e seguro, promovendo a envolvência adequada dos utentes e familiares, prevenindo incidentes e garantindo a qualidade das intervenções. Todas estas ações foram realizadas tendo como referência os PQCE.

Estas experiências permitiram-me desenvolver uma prática reflexiva, baseada em evidência científica, centrada na pessoa e orientada para a melhoria contínua da qualidade. A melhoria contínua da qualidade assume-se, assim, como uma competência estruturante do EE, não se limitando a cumprimento de normas institucionais, mas implicando uma postura crítica, reflexiva e proativa face à prática clínica. Exige a capacidade de identificar lacunas, promover mudanças e contribuir ativamente para a implementação de práticas mias seguras, eficazes e centradas na pessoa, reforçando o papel do EE como agente de transformação e contribuição para a qualidade dos cuidados.

4.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

No domínio da gestão de cuidados, o EE assume um papel essencial na organização, coordenação e otimização dos cuidados de enfermagem, garantindo que a equipa e os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficiente e segura. Este domínio envolve a capacidade de planear, distribuir, supervisionar e avaliar o trabalho da equipa de enfermagem, assegurando que os cuidados prestados respondam de forma adequada às necessidades dos utentes e respeitem os padrões de qualidade.

De acordo com a OE (2019a), este domínio envolve duas competências essenciais, a primeira competência consiste em gerir "os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019a, p. 4748). O EE realiza a gestão dos cuidados de forma a assegurar que as intervenções de enfermagem são coordenadas, oportunas e seguras, promovendo a colaboração eficaz entre todos os membros da equipa multiprofissional e garantindo a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019a). Possui como unidades de competência: "Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão" e "Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade" (OE, 2019a, p. 4748).

A segunda competência consiste em adaptar "a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019a, p. 4748). Neste sentido, o EE identifica o estilo de liderança mais adequado, ajusta os recursos humanos, materiais e tecnológicos às necessidades de cada situação clínica e assegura que a organização dos cuidados seja flexível e centrada na pessoa, sempre com foco na excelência e segurança (OE, 2019a). Detém como unidades de competência: "Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados" e "Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos" (OE, 2019a, pp. 4748-4749).

Estes princípios estruturam a prática do EE, tornando a gestão de cuidados um instrumento fundamental para a efetividade, segurança e humanização da intervenção clínica.

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, o desenvolvimento das competências do domínio da gestão de cuidados ocorreu de forma progressiva, através da participação ativa na organização dos cuidados e na articulação com a equipa multidisciplinar.

Em contextos de elevada complexidade, tornou-se evidente que a gestão de cuidados é indissociável da tomada de decisão clínica, da comunicação eficaz e da coordenação entre profissionais. Procurei, por isso, integrar na minha prática os princípios de organização, coordenação e otimização dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de garantir segurança, qualidade e eficácia das intervenções prestadas.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de acompanhar, de forma pontual, o trabalho do enfermeiro responsável de turno, que era uma função exercida por um EE. Apesar de se tratar de experiências breves, foram momentos fundamentais para compreender a amplitude do papel do enfermeiro responsável na articulação da equipa, na distribuição das tarefas e na tomada de decisões

clínicas, evidenciando como a liderança influencia diretamente a qualidade e a segurança dos cuidados. Pude perceber como o enfermeiro responsável priorizava intervenções de acordo com a gravidade dos doentes, distribuía tarefas aos membros da equipa considerando as suas competências e assegurava uma comunicação clara entre os diferentes profissionais. Esta experiência permitiu-me refletir sobre a importância de uma gestão eficaz para a continuidade e segurança do cuidado, mesmo quando não sou responsável direta pela coordenação da equipa.

No SU, notei a necessidade de organizar a equipa rapidamente em situações que exigiam elevada pressão, enquanto na UCISU compreendi a importância de gerir recursos complexos, como a presença de material para se trabalhar, a mobilização de enfermeiros ao longo do turno para um melhor aproveitamento dos mesmos.

Já no SMI, percebi como a liderança se ajusta a contextos de menor intensidade clínica, assumindo um papel de orientação e supervisão, promovendo a autonomia dos enfermeiros com menos experiência e garantindo que os cuidados fossem realizados de acordo com protocolos e padrões institucionais. Neste serviço, o EE responsável de turno participava na passagem de turno de enfermagem e, posteriormente, na passagem de turno médica junto à cabeceira da PSC, com o objetivo de conhecer de forma aprofundada a história clínica, o plano terapêutico definido para o dia e as necessidades prioritárias de cada PSC. Posteriormente, a informação recolhida era transmitida ao enfermeiro responsável pelo doente, permitindo um planeamento mais organizado das intervenções, da realização de exames e da gestão das prioridades ao longo do turno, contribuindo para uma melhor coordenação dos cuidados. Neste contexto, encontra-se adotado o método de trabalho individual, que "consiste na abordagem de assistência total ao cliente, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno" (Ventura-Silva *et al.*, 2021, p. 280), articulado com o método do enfermeiro de referência, onde este tem como responsabilidade:

> Planejar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem, desde o momento da admissão até à alta, de um ou mais clientes com vista a satisfazer as suas necessidades. Cada enfermeiro de referência trabalha em parceria com outros enfermeiros, recorrendo à delegação de intervenções, na ausência do primeiro, garantindo desta forma a continuidade dos cuidados. (Ventura-Silva *et al.*, 2021, p. 288)

A articulação entre método individual, enfermeiro de referência e supervisão do enfermeiro responsável de turno demonstrou ainda a relevância da liderança e da coordenação funcional da equipa para uma

promoção de um ambiente favorável à prática. No entanto, apesar das vantagens inerentes à responsabilidade individual, a prática colaborativa entre os elementos da equipa revelou-se igualmente essencial para responder de forma célere e eficaz às situações de maior complexidade clínica, potenciando a troca de informação, a partilha de conhecimento e a coordenação institucional de cuidados.

A distribuição dos doentes pelos enfermeiros, no SMI, era realizada pelo enfermeiro responsável de turno após a avaliação da escala *Nursing Activities Score* (NAS), cada enfermeiro fazia a avaliação da escala que correspondia aos seus doentes e o enfermeiro responsável, analisava os resultados e fazia a distribuição consoante os mesmos. O NAS consiste num instrumento que permite estimar a carga de trabalho de enfermagem associada a cada PSC. Segundo Macedo, Maia e Martins (2024), "o *Nursing Activities Score* (NAS) é um instrumento que tem como principal objetivo avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros que trabalham em UCI e o tempo de assistência requerido pelos doentes internados" (pp. 128,129). A utilização desta escala constituí um suporte objetivo à decisão, permitindo ajustar a afetação de recursos humanos à complexidade clínica e às necessidades de cuidados, promovendo maior equidade na distribuição do trabalho e contribuindo para a segurança do doente e da equipa, podendo assim gerir os recursos humanos de uma forma mais eficaz.

A realização do turno com estes enfermeiros permitiu-me perceber a importância do papel do enfermeiro responsável na prática de enfermagem. Nos três contextos tinham um papel muito semelhante, eram designados como responsáveis de turno no plano de trabalho e tinham diversas funções como zelar pelo cumprimento das normas do serviço, elaborar o plano de trabalho para o turno, atualizar o plano de trabalho sempre que assim fosse necessário, providenciar a substituição de enfermeiros e TAS sempre que necessário, providenciar a reparação de anomalias de instalações ou equipamentos decorridos ao longo do turno, providenciar a reposição de fármacos ou material necessário e indispensável para a prestação de cuidados no turno, coordenar as pausas durante o turno de trabalho de forma a garantir sempre os cuidados ao doente, gestão de *stocks,* e no SMI elaboravam ainda um relatório de final do turno para dar conhecimento de todas as intercorrências ao enfermeiro gestor.

Assumi a participação ativa em todas estas atividades, contribuindo diretamente para a organização e coordenação do turno, procurei integrar ativamente as competências de gestão de cuidados na prática diária, observei e participei ativamente na delegação de tarefas, sempre sob supervisão do enfermeiro responsável de turno. A gestão de recursos humanos, materiais e tecnológicos foi também uma

componente relevante da prática. Observei a negociação e alocação de equipamentos e materiais essenciais, assegurando que todos os elementos da equipa tinham os instrumentos necessários para desempenhar os cuidados com qualidade e segurança. Sempre que surgiam situações inesperadas, como picos de afluência ou necessidade de intervenção urgente em vários utentes simultaneamente, participei na reorganização das prioridades, contribuindo para a manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, promovendo a continuidade de cuidados e minimizando riscos para a PSC. Tudo isto proporcionou-me uma reflexão aprofundada sobre a complexidade inerente à gestão de cuidados e a importância de combinar liderança, planeamento estratégico, comunicação eficaz e tomada de decisões fundamentadas. Contribuíram para consolidar a minha compreensão sobre como estas competências se aplicam na prática do EE.

No SU, colaborei na organização e execução de cuidados, antecipando necessidades dos utentes e garantindo que as intervenções fossem realizadas de forma coordenada e segura, o que reforçou a importância da planificação em contextos de alta pressão. Na UCISU, observei a complexidade associada à gestão de múltiplos dispositivos e terapêuticas avançadas, procurando refletir sobre a otimização de recursos e a priorização das tarefas da equipa. No SMI, participei na organização das atividades diárias, assegurando que os cuidados fossem distribuídos de acordo com a complexidade clínica e com as competências dos enfermeiros, contribuindo para uma prestação de cuidados contínua, segura e eficiente.

Desenvolvi práticas de supervisão e monitorização, verificando a execução adequada das intervenções delegadas e garantindo que a informação relevante fosse comunicada de forma clara à equipa. A participação nas passagens de turno, em *briefings* clínicos e em discussões de casos médicos, permitiu-me compreender a importância da comunicação estruturada, da coordenação da equipa e da tomada de decisões fundamentadas, bem como da articulação com outros profissionais de saúde. Estas experiências evidenciaram que a gestão de cuidados não se limita à delegação de tarefas, mas envolve também a avaliação constante das necessidades dos utentes, a adaptação da resposta da equipa e a garantia da qualidade e segurança em todos os níveis de intervenção.

Finalmente, a adaptação do estilo de liderança e da gestão dos recursos às situações específicas tornou-se evidente ao longo dos diferentes contextos clínicos. Aprendi que a liderança eficaz depende do contexto: emergências exigem decisões rápidas e distribuição eficiente de tarefas, enquanto contextos menos urgentes permitem maior envolvimento e autonomia dos enfermeiros com menos experiência,

promovendo o desenvolvimento das suas competências. Esta flexibilidade na gestão da equipa e dos recursos assegura que os cuidados prestados são consistentes com os padrões de qualidade e com as necessidades dos utentes, consolidando a minha compreensão sobre a aplicação prática deste domínio na enfermagem especializada.

A gestão dos cuidados afirma-se assim, como uma competência central do EE, integrando liderança, planeamento, coordenação e avaliação crítica da prática. A sua caracterização exige não só a capacidade de organizar e otimizar recursos, mas também de tomar decisões fundamentadas, adaptar a resposta da equipa às necessidades do contexto e garantir a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, mesmo em ambientes clínicos altamente dinâmicos e exigentes.

4.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE assume a aprendizagem contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional como elementos centrais da sua prática. Este domínio enfatiza que a qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com o nível de autoconhecimento, com a capacidade de adaptação aos contextos e com a integração sistemática da evidência científica na tomada de decisão clínica.

Este domínio está relacionado com o papel do EE na promoção da evolução formativa e científica no contexto clínico. Inclui a procura contínua do conhecimento, o aperfeiçoamento de competências e a partilha sistemática de saber com a equipa, contribuindo para o progresso profissional coletivo e para a melhoria dos cuidados prestados. Não se restringe ao investimento na aprendizagem individual, mas abrange também a orientação, o acompanhamento e o suporte aos pares, favorecendo a manutenção de práticas atualizadas e sustentadas na evidência científica.

Neste sentido, o domínio assume-se como estruturante para a prática do EE, uma vez que sem aprendizagem contínua não é possível garantir cuidados seguros, atualizados e alinhados com a evidência científica.

A primeira competência deste domínio, é "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" (OE,2019a, p. 4749), onde o EE deve demonstrar "a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional" (OE,2019a, p. 4749),

Como unidades de competência: "Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro" e "Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional" (OE,2019a, p. 4749), ou seja, o EE deve evidenciar consciência de si enquanto pessoa e profissional, reconhecendo que as suas características individuais, valores, experiências, emoções e atitudes influenciam de forma direta o relacionamento com o doente, a família e a sua equipa de trabalho. Este autoconhecimento permite identificar fatores pessoais que podem interferir positiva ou negativamente na relação profissional.

Neste sentido, o EE reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais, consciencializando-se da sua influência na dinâmica relacional e na tomada de decisão clínica. Paralelamente, desenvolve respostas de adaptabilidade individual e organizacional, ajustando-se às exigências dos diferentes contextos de cuidados.

A capacidade de gerir emoções, atuar de forma eficaz sob pressão, antecipar situações de potencial conflito e utilizar estratégias adequadas de resolução de conflitos revela-se essencial, sobretudo em contextos de elevada complexidade clínica, como é cuidar da PSC, permitindo uma prática assertiva, equilibrada e orientada, como sempre, para a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, o autoconhecimento não se limita a uma dimensão pessoal, mas constitui uma ferramenta essencial para a tomada de decisão e para a qualidade da relação terapêutica.

A segunda competência deste domínio fala sobre basear a sua "*praxis* clínica especializada em evidência científica" (OE,2019a, p. 4749). Nesta competência o EE deve alicerçar "os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação." (OE,2019a, p. 4749). Ou seja, em termos práticos, é reforçado o papel do EE enquanto profissional que sustenta a sua prática em evidência científica válida, atual e pertinente, promovendo ganhos em saúde para os cidadãos, não absorvendo apenas a evidência, mas colocando-a em prática e disseminando-a. Detém como unidades de competência: "Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho" e "Suporta a prática clínica em evidência científica" (OE,2019a, p. 4749).

Enquanto facilitador da aprendizagem em contexto laboral, o EE atua como formador, identifica necessidades formativas da equipa, favorece o desenvolvimento de competências técnicas e interpessoais e contribui para a avaliação do impacto das ações formativas. Esta dimensão formativa assume particular relevância na promoção de práticas seguras em toda a sua equipa de trabalho, competentes e alinhadas com os avanços científicos e tecnológicos.

Para dar resposta a estas responsabilidades, EE dinamiza a atualização contínua do conhecimento, identifica lacunas existentes e procura oportunidades de investigação relevantes para a melhoria dos cuidados. A sua atuação inclui a interpretação crítica da evidência científica, a organização e disseminação de resultados de investigação e a discussão das suas implicações para a prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e para a evolução da prática baseada na evidência, pois, a prática baseada na evidência:

> É essencial para a integração do conhecimento teórico na prática clínica, suportando-se numa abordagem de resolução de problemas que incorpora a melhor evidência científica disponível, a expertise clínica e as preferências e os valores das pessoas alvo dos cuidados, considerando os recursos disponíveis. (Marques, 2025, p.2)

A atualização contínua do enfermeiro representa não apenas uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, orientada para o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados, mas também uma responsabilidade inerente ao exercício da própria profissão (Rodrigues *et al*, 2012).

O REPE (1996), estabelece que o enfermeiro deve assegurar a atualização contínua dos seus conhecimentos, nomeadamente através da participação em ações de formação e desenvolvimento profissional. Esta orientação reforça que a aprendizagem contínua não é apenas uma opção individual, mas antes uma responsabilidade ética e profissional, indispensável para garantir práticas seguras, atuais e baseadas na melhor evidência disponível. A atualização sistemática de competências contribui diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a evolução da prática de enfermagem.

No decorrer dos diferentes contextos de estágio procurei desenvolver este domínio através de uma prática reflexiva, mantendo uma consciência contínua das minhas características pessoais e profissionais, bem como da forma como estas influenciam a relação com o utente, a família e a equipa multidisciplinar. A experiência em contextos clínicos distintos, marcados por diferentes níveis de complexidade, exigência técnica e pressão emocional, constituiu uma oportunidade privilegiada para aprofundar o autoconhecimento e reconhecer os meus recursos e limites enquanto futura EE, o que se revelou essencial para uma prática mais consciente.

Ao longo do estágio fui progressivamente tomando consciência da influência das minhas atitudes e estilos de comunicação na relação terapêutica e no trabalho em equipa. A reflexão sobre situações clínicas vivenciadas, quer de forma autónoma quer em momentos de partilha com enfermeiros supervisores,

permitiu-me identificar fatores pessoais que poderiam interferir na prestação de cuidados, bem como desenvolver estratégias para gerir as minhas emoções, manter a assertividade e adaptar a minha resposta às diferentes situações clínicas e organizacionais. Em contextos de maior pressão, nomeadamente em situações de instabilidade clínica ou elevada carga assistencial, procurei manter uma atuação organizada, focada e segura, reconhecendo a importância desta gestão para uma resposta eficaz e para a segurança dos cuidados prestados.

A adaptação a diferentes equipas, dinâmicas de trabalho e a diferente forma de organização dos serviços, contribuiu igualmente para o desenvolvimento da minha capacidade de adaptação individual e organizacional. A observação das interações entre profissionais, a identificação de potenciais situações de tensão ou conflitualidade e a forma como estas eram geridas permitiram-me refletir sobre a importância da comunicação clara, do respeito mútuo e da colaboração como elementos fundamentais para o bom funcionamento da equipa e para a qualidade dos cuidados.

No âmbito da prática baseada em evidência científica, procurei sustentar as minhas decisões clínicas e intervenções de enfermagem em conhecimento atualizado e pertinente. Como já referi anteriormente, a consulta de *guidelines*, recomendações científicas, normas institucionais e literatura especializada constituiu uma prioridade na minha prática, especialmente em situações clínicas mais complexas ou que me eram menos familiares, como por exemplo os cuidados a doentes ventilados, assim como a consulta de fichas técnicas de equipamentos que me eram completamente desconhecidos. Esta abordagem permitiu-me reforçar a segurança da minha atuação, bem como desenvolver uma atitude crítica face à prática, reconhecendo lacunas de conhecimento e a necessidade de aprendizagem contínua.

Ao longo do estágio, procurei também rentabilizar as oportunidades de aprendizagem em contexto de trabalho, através da análise crítica de situações clínicas, da colocação de questões à equipa e da partilha de informação sempre que pertinente. Tive sempre oportunidade de esclarecer dúvidas e reforçar boas práticas, contribuindo para um ambiente favorável à aprendizagem e ao desenvolvimento de competências assumindo progressivamente um papel mais participativo e interventivo nesse processo. Como já referi anteriormente, estas situações permitiram-me compreender o papel do EE como promotor da aprendizagem e como elemento dinamizador da integração do conhecimento científico na prática clínica, sendo que os enfermeiros supervisores serviram-me sempre de exemplo, evidenciando como os colegas recorriam a eles para esclarecer dúvidas, discutir estratégias e consolidar boas práticas,

participando sempre que oportuno ativamente nas nossas reflexões sobre situações críticas atípicas e complexas.

Paralelamente à prática clínica, procurei investir ativamente no meu desenvolvimento profissional e científico através da participação em iniciativas formativas e de partilha de conhecimento. Neste contexto, participei nas II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da Unidade Local Saúde (ULS) Braga (Anexo I), o que me permitiu contactar com evidência científica atual, boas práticas e experiências diferenciadas na área da enfermagem em contextos de elevada complexidade. A participação neste evento constituiu uma oportunidade relevante de atualização de conhecimentos e de reflexão crítica sobre a prática clínica, reforçando a importância da aprendizagem contínua na prestação de cuidados seguros e de qualidade e consolidando a minha responsabilidade enquanto futura EE na atualização e disseminação do conhecimento. Este aspeto revelou-se particularmente relevante no cuidado a doentes neurocríticos, cuja complexidade clínica representou para mim um desafio e exigiu um elevado investimento da minha parte na aquisição de competências acerca desta área especifica que tive oportunidade de experienciar no estágio no SMI.

Adicionalmente, integrei a comissão organizadora do VII Encontro de Enfermagem do Serviço de Cardiologia, na ULS Alto Ave (Anexo II), experiência que contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas com a organização, planeamento e dinamização de eventos formativos. Esta participação permitiu-me compreender o papel do EE na promoção de espaços de aprendizagem conjunta, bem como a importância da disseminação do conhecimento científico e da partilha de experiências como estratégias fundamentais para a melhoria contínua da prática de enfermagem, tornando-se assim um agente ativo na formação, na investigação e no desenvolvimento da enfermagem, tanto a nível individual como organizacional.

Participei ainda na formação que me foi proporcionada pelo SMI: "Suporte Avançado de Vida no Adulto – Atualizações *European Resuscitation Council* (ERC) 2025", a qual constituiu um contributo relevante para a atualização de conhecimentos técnico-científicos na área da emergência e da PSC. Esta formação permitiu-me rever e consolidar os algoritmos de atuação do Suporte Avançado de Vida (SAV), critérios de decisão e intervenções baseadas nas recomendações mais recentes do ERC, reforçando a importância da resposta sistematizada, da atuação em equipa e da tomada de decisão rápida e fundamentada. A integração destes conteúdos contribuiu para fortalecer a minha segurança, capacidade de antecipação e prontidão de resposta em situações críticas, reforçando o compromisso com a atualização contínua.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram-me compreender que desenvolvimento de aprendizagens é um processo contínuo, que exige abertura à aquisição de novos conhecimentos, capacidade de autorreflexão e compromisso com a melhoria da prática, assumindo o EE um papel ativo na construção e atualização do conhecimento e na promoção de cuidados de excelência.

4.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

As competências específicas do EE são entendidas como aquelas que:

> Decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área especifica de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2019a, p. 4745)

Estas competências refletem uma prática diferenciada, sustentada em conhecimentos científicos, habilidades técnicas especializadas e capacidade de tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade.

No âmbito da enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC, estas competências assumem particular importância, uma vez que o EE tem contacto com pessoas em risco iminente de vida ou com falência de funções vitais, exigindo uma vigilância contínua, uma avaliação clínica rigorosa e uma resposta rápida, segura e eficaz. A adequação dos cuidados às necessidades da PSC implica a capacidade de reconhecer precocemente alterações clínicas, antecipar complicações, gerir terapêuticas complexas e coordenar intervenções com a equipa multidisciplinar, assegurando CCP e na família.

O desenvolvimento destas competências específicas traduz-se numa prática clínica altamente diferenciada, orientada para a estabilidade clínica, a prevenção de eventos adversos e a promoção da recuperação da PSC. O EE assume, assim, um papel determinante na gestão do cuidado, na monitorização avançada, na implementação de intervenções terapêuticas complexas e na avaliação contínua dos resultados das diferentes intervenções de enfermagem.

Segundo a OE, 2018 as competências específicas do EEEMCPSC são:

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (p. 19359)

A definição destes referenciais normativos claros e estruturados para a certificação destas competências assume um papel determinante na consolidação da confiança dos cidadãos nos serviços de saúde. Ao assegurar que os profissionais de enfermagem cumprem critérios rigorosos de qualificação, estes padrões contribuem para a prestação de cuidados que não só evidenciam elevado nível técnico-científico, mas também incorporam uma abordagem humanizada e centrada na pessoa. Paralelamente, promovem uma atuação sensível à complexidade e exigência dos contextos no cuidado à PSC, garantindo respostas adequadas às necessidades específicas dos doentes em situações de maior vulnerabilidade.

4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No âmbito das competências específicas do EEEMCPSC, destaca-se a competência de cuidar da pessoa, família e cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Nesta competência, apesar da complexidade das situações, "o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística" (OE, 2018, p.19363).

Esta competência possui como unidades de competência:

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (OE, 2018, p.19363).

A prestação de cuidados à PSC implica reconhecer a complexidade dos processos fisiopatológicos associados à doença aguda grave, bem como as respostas humanas que emergem nesse contexto. Neste âmbito, o EE assume um papel determinante na vigilância contínua, na monitorização avançada, na identificação precoce de alterações clínicas e na implementação de intervenções de enfermagem especializadas, com vista à estabilização, prevenção de complicações e contribuir para a recuperação da PSC.

A avaliação precoce da PSC é essencial para garantir uma intervenção clínica oportuna e eficaz. Este processo permite detetar rapidamente quaisquer alterações no estado do doente e identificar de forma imediata os focos de instabilidade, como alterações hemodinâmicas, respiratórias ou metabólicas. Ao reconhecer precocemente sinais de risco, os profissionais de saúde podem agir rapidamente, prevenindo complicações graves, reduzindo a morbilidade e a mortalidade, e melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, a avaliação sistemática e contínua constitui uma ferramenta indispensável na monitorização da PSC, permitindo decisões clínicas fundamentadas e intervenções tempestivas (Safrullah *et al.*, 2025).

Paralelamente, esta competência integra de forma indissociável o cuidado à família e ao cuidador, que frequentemente vivenciam elevados níveis de ansiedade, medo e incerteza face à gravidade da situação clínica e ao ambiente tecnológico próprio dos locais onde muitas vezes são alocados as PSC, como salas de emergência e UCI. O EE assume um papel fundamental no suporte emocional, na comunicação clara e adequada ao nível de compreensão dos familiares, na facilitação do seu envolvimento no processo de cuidados e na promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na empatia.

A prestação de Cuidados Centrados na Família (CCF) na UCI é essencial para a qualidade do cuidado, uma vez que o envolvimento e o suporte familiar influenciam diretamente a evolução clínica da PSC. Como nos diz Davidson *et al.* (2025), as experiências vivenciadas pelos familiares em contexto crítico podem ter repercussões duradouras no seu bem-estar emocional, tornando o apoio, a escuta ativa e a participação no processo de cuidados elementos fundamentais da prática do EE.

A atuação do EEEMCPSC neste domínio exige, ainda, uma visão holística da PSC, considerando não apenas as necessidades biológicas, mas também as dimensões psicológica, social, cultural e espiritual. A prestação de cuidados individualizados, ajustados à singularidade de cada pessoa e família, constitui um elemento central desta competência, contribuindo para a humanização dos cuidados em contextos marcados por elevada complexidade técnica e emocional.

Desta forma o EEEMCPSC presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ ou falência orgânica, otimizando as respostas; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/ cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/ cuidador em situação crítica e/ ou falência orgânica; assiste a pessoa, família/ cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ ou falência orgânica (OE,2018).

Ao longo dos estágios, procurei desenvolver as competências específicas do EEEMCPSC, através de uma prática centrada tanto no doente como na família, considerando a complexidade clínica e emocional de cada situação.

No decorrer do estágio, procurei identificar prontamente sinais de instabilidade clínica e antecipar respostas adequadas. Nas duas unidades onde estagiei, UCISU e SMI, a atuação é realizada de forma muito semelhante, pois todos os doentes estão monitorizados de uma forma avançada e contínua, procurei identificar precocemente sinais de instabilidade clínica e antecipar respostas adequadas, desenvolvendo capacidade de vigilância sistematizada e raciocínio clínico. Participei ativamente na monitorização contínua de parâmetros vitais, nomeadamente, valores de pressão arterial invasiva e não invasiva, oximetria, padrões respiratórios e escalas neurológicas como a Escala de Coma de Glasgow (ECG), pupilas e resposta motora, comunicando prontamente alterações observadas ao enfermeiro supervisor. No SMI, a tipologia de doentes com a qual tive maior contacto foi a dos doentes neurocriticos, onde tive a oportunidade de contribuir para a realização de avaliações neurológicas seriadas e na vigilância de sinais de hipertensão intracraniana, alterações do estado de consciência e défices neurológicos focais.

Participei ativamente na prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, colaborando na vigilância da adaptação à ventilação, na monitorização de parâmetros ventilatórios e na gestão de alarmes dos mesmos, assim como, na aspiração de secreções, sempre sob supervisão. Colaborei na preparação de material para intervenções urgentes, na organização do local de prestação de cuidados e na antecipação de necessidades técnicas em situações de agravamento clínico, com o objetivo de deteção precoce de alterações do estado clínico do doente. Tive oportunidade também de observar e participar em intervenções técnicas de elevada complexidade clínica como a técnica

dialítica ou o SAV, o que contribuiu para a consolidação de competências em gestão de situações críticas e instabilidade hemodinâmica.

No âmbito da gestão de protocolos terapêuticos complexos, acompanhei a implementação de protocolos dirigidos a doentes em situação de morte cerebral e potenciais dadores de órgãos, observando e participando em diferentes etapas deste exigente processo, como a monitorização hemodinâmica rigorosa, o controlo térmico, o balanço hídrico e a vigilância laboratorial bem com a realização e acompanhamento das provas necessárias à confirmação da morte cerebral. Esta experiência permitiu-me compreender a importância do cumprimento rigoroso dos procedimentos para a segurança e viabilidade do processo. Ainda em contexto de estágio, acompanhei a aplicação de outros protocolos relevantes para o cuidado da PSC como o protocolo de sedação, do controlo da dor, do suporte nutricional e monitorização rigorosa da glicemia capilar.

Colaborei ainda na gestão da dor e do conforto, participando na aplicação de escalas de avaliação da dor e sedação, na monitorização da resposta a terapêutica analgésica e sedativa e na implementação de medidas não farmacológicas de conforto, como os posicionamentos e os cuidados à pele.

No SMI, a avaliação da dor e do nível de sedação constituiu um dos pilares da monitorização clínica, mas também um dos meus maiores desafios. Ao contrário do contexto clínico geral, com o qual estou mais familiarizada na prática diária, onde o doente consegue descrever o que sente e quantificar a dor através de escalas numéricas, na UCI é frequente a impossibilidade de comunicação devido a sedação, ventilação mecânica, *delirium* ou diminuição do estado de consciência. A ausência de resposta verbal não significa, por isso, ausência de sofrimento, apenas que a avaliação tem de ser realizada de uma outra forma. Neste cenário, a prática clínica evoluiu para o uso de escalas observacionais estruturadas, que permitem transformar sinais comportamentais e níveis de consciência em medidas objetivas.

Para a avaliação da dor na PSC não comunicante, foi utilizada a *Behavioral Pain Scale* (BPS) é uma das ferramentas mais utilizadas e validadas. Desenvolvida especificamente para doentes ventilados e incapazes de comunicar, a BPS baseia-se na observação de três dimensões comportamentais: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica (ou vocalização, quando aplicável) (Batalha *et al.*, 2013).

Paralelamente, a monitorização da sedação é igualmente essencial, uma vez que tanto a sedação excessiva como a insuficiente estão associadas ao melhor ou pior prognóstico do doente, a "sedação em

cuidados intensivos é uma área cuja atuação parece ter implicação no prognóstico do doente" (Máximo, M., & Puga, A., 2021). Tal como acontece com a dor, também o nível de sedação deve ser avaliado de forma sistemática através de escalas padronizadas.

Entre as escalas de sedação mais recomendadas encontra-se a *Richmond Agitation–Sedation Scale* (RASS), amplamente adotada em protocolos internacionais. A escala RASS é um instrumento eficaz que permite uma avaliação mais completa do nível de sedação em doentes críticos. A sua classificação varia entre +4, que corresponde à agitação severa, e −5, que indica sedação profunda. Diferentemente de outras escalas, não se limita a avaliar apenas a sedação, incluindo também o grau de agitação, o que possibilita uma monitorização mais global e um ajuste mais preciso da terapêutica sedativa (Braga *et al*, 2025). A sua utilização favorece estratégias de sedação leve e protocolos de interrupção diária, atualmente associados a melhores resultados clínicos.

Observei ainda, em situações em que a PSC está profundamente sedada, a avaliação comportamental torna-se limitada ou impossível. Nestes casos, o *Bispectral Index* (BIS) surge como uma ferramenta complementar, baseada na monitorização eletroencefalográfica. O BIS fornece um valor contínuo que reflete o nível de atividade cortical, permitindo avaliar objetivamente a profundidade da sedação e reduzir o risco de sedação excessiva. Embora não substitua a avaliação clínica, o BIS é particularmente útil quando o doente não consegue demonstrar sinais comportamentais, garantindo maior segurança e ajuste da terapêutica sedativa.

A utilização combinada de escalas de dor e de sedação evidencia uma abordagem inovadora no cuidado à PSC. A observação recorre a instrumentos validados que permitem orientar intervenções precisas e assegurar o bem-estar da PSC com maior rigor, mesmo quando este não consegue comunicar verbalmente.

No SU, estive envolvida na triagem e monitorização de doentes instáveis, reforçando a importância de uma resposta imediata e coordenada da equipa perante situações emergentes.

Aprendi, por isso, a responder de forma rápida e antecipatória a sinais de descompensação, aplicando intervenções técnicas de alta complexidade sob supervisão, reforçando a importância da vigilância contínua e do planeamento das respostas de enfermagem. Neste contexto, desenvolvi a habilidade de realizar uma avaliação sistemática e estruturada de doentes em situação crítica, recorrendo a métodos como a abordagem ABCDE - *Airway* (Vias aéreas), *Breathing* (Respiração), *Circulation* (Circulação),

Disability (Disfunção neurológica) e *Exposure* (Exposição/Controle térmico), o que me permitiu reconhecer rapidamente sinais iniciais de deterioração clínica e antecipar intervenções necessárias. A monitorização contínua de parâmetros vitais, incluindo indicadores hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos, aliada a uma observação cuidadosa, revelou-se fundamental para identificar mudanças subtis no estado do doente e responder prontamente, sempre em coordenação estreita com a equipa multiprofissional.

Em todos os contextos, procurei refletir sobre a relação terapêutica com a pessoa e família, estabelecendo e mantendo uma comunicação adaptada desde o primeiro contacto, adaptando-me às barreiras comunicacionais que foram surgindo.

Percebi a necessidade de apoiar as famílias desde o primeiro contacto na UCISU. Para colmatar a falta de informação frequente sentida por muitos familiares, elaborei um panfleto informativo (Apêndice I) sobre o AVC e sobre o funcionamento do serviço, contendo orientações práticas e explicações sobre os cuidados prestados. Esta iniciativa permitiu melhorar a comunicação, reduzir a ansiedade e proporcionar um ponto de referência confiável para a família, reforçando a importância de cuidar simultaneamente da PSC e da sua rede de suporte.

No SU, observei como a comunicação com familiares exige constante adaptação, mesmo em contextos de elevada pressão, garantindo clareza, empatia e suporte emocional, sem comprometer a segurança clínica da PSC. A comunicação eficaz é por isso uma ferramenta essencial para reduzir a ansiedade e facilitar a participação da família no processo de cuidados da PSC.

No SMI, com os familiares, participei na explicação de procedimentos complexos, como cuidados a doentes ventilados ou em situações de morte cerebral, procurando traduzir conceitos clínicos para uma linguagem acessível e acolhedora, promovendo o envolvimento no processo de cuidado e esclarecendo dúvidas de forma clara. Acompanhei também momentos de transmissão de notícias difíceis, observando como os enfermeiros supervisores transmitiam informação com sensibilidade, gerindo emoções e proporcionando espaço para perguntas, contribuições e participação ativa da família.

Tive oportunidade de ver a importância de ambientes calmos e reservados, como a sala de acolhimento de familiares, utilizada para transmitir estas más notícias ou explicar a situação crítica da PSC, evidenciando o papel central do EE na gestão das emoções e ansiedade da família, assim como no apoio em processos de luto ou dignificação da morte.

A vivência destas experiências clínicas, particularmente no que respeita à comunicação com familiares, ao apoio emocional e ao envolvimento da família no processo de cuidados em contexto de elevada complexidade, despertou em mim um interesse acrescido pela dimensão familiar no cuidado à PSC.

A observação do impacto que a informação clara, o acolhimento e a integração da família podem ter na experiência de doença e no próprio envolvimento do processo de cuidar, contribuiu para a definição do tema da *scoping review* desenvolvida na Parte II deste trabalho, centrada na importância da família no contexto da PSC. Esta escolha reflete não apenas uma motivação académica, mas também uma preocupação prática com a humanização dos cuidados e com a promoção de intervenções de enfermagem mais integradoras e sensíveis às necessidades da família como é a simples visita de familiares à UCI.

Estas experiências permitiram-me perceber que a atuação do EE ultrapassa a dimensão técnica, integrando competências clínicas avançadas, raciocínio crítico e suporte emocional à pessoa e à família. Além disso, procurei gerir as minhas próprias emoções e postura profissional durante situações de elevada carga emocional, como a deterioração clínica rápida ou comunicação de prognóstico crítico, refletindo sobre a minha influência na relação terapêutica e garantindo que a minha intervenção fosse sempre calma, segura e centrada na pessoa e na família. A integração destas dimensões constitui a base para uma prática de excelência, centrada na pessoa, segura, humanizada.

4.2.2. Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No que diz respeito à competência "Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação" (OE,2018, p. 19363), esta exige que:

> Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. (OE,2018, p. 19363)

Para isso o EEEMCPSC, segundo a OE (2018), cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe, planeia a resposta à situação de catástrofe, gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Entende-se por situação de emergência o que:

> Resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. (OE, 2018, p.19362)

Já, uma situação de exceção, "consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis" (OE, 2018, p.19362)

A definição de catástrofe é dada pela Lei de Bases da Proteção Civil como um "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (Diário da República, 2015, p. 5316)

Durante os diferentes contextos de estágio, foram observadas e participei em diversas situações de emergência, demonstrei capacidade de resposta adequada, atuando de forma eficaz, organizada e segura, conseguindo mobilizar os conhecimentos adquiridos e contribuir de forma pertinente para a gestão da situação clínica.

Contudo, não me foi possível vivenciar nenhuma situação de exceção e catástrofe, no entanto, no entanto não se tornou uma condicionante para a aquisição de competências. Ficou claro o valor de conhecer e compreender o Plano de Emergência das diferentes instituições por onde passei. Esta familiarização possibilita não só uma preparação adequada para possíveis incidentes críticos, mas também uma melhor compreensão da organização e dos procedimentos destinados a garantir a segurança de doentes, profissionais e visitantes, fortalecendo a minha experiência prática e a capacidade de atuar de forma responsável em contextos de elevada complexidade.

A análise crítica que realizei levou-me também a perceber que a utilidade real dos Planos de Emergência está diretamente relacionada com o nível de preparação dos profissionais para os aplicar. Mais do que existirem normas e documentos orientadores, é fundamental que haja formação contínua, treino estruturado e realização de simulações e exercícios práticos das equipas. Nos contextos de estágio observei que eram realizados simulacros e ações de formação específicas sobre riscos inerentes ao próprio serviço, como incêndios ou outras situações mais complexas. Estas estratégias permitem

consolidar procedimentos, clarificar funções, melhorar a articulação entre equipas e promover maior confiança na atuação. A prática regular em cenários simulados leva a uma resposta mais organizada, para uma melhor capacidade de decisão em contextos de pressão, para uma comunicação mais eficaz e para uma coordenação mais segura das intervenções, com impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Segundo a Direção Geral Saúde (DGS) (2010, p, 1), "a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reacção da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de actuação nesse contexto".

No âmbito da preservação de vestígios de indícios de prática de crime, importa também considerar a relevância da cadeia de custódia, particularmente em contextos de urgência onde podem surgir situações de etiologia duvidosa. Apesar de não ter tido contacto direto com este tipo de ocorrências ao longo dos estágios, esta temática foi abordada em contexto de supervisão clínica, através da discussão de cenários hipotéticos passíveis de ocorrer no SU.

Estas reflexões permitiram consolidar conhecimentos relativos à importância da atuação rigorosa do EE na preservação de vestígios, na manutenção da integridade da informação e no cumprimento dos princípios legais e éticos associados à cadeia de custódia. O EE desempenha um papel fundamental nestes contextos, contribuindo para a qualidade da investigação, bem como para a proteção da pessoa assistida e da equipa de saúde.

Neste sentido, a análise realizada permitiu compreender que a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe exige não só conhecimentos técnicos e capacidade de atuação imediata, mas também uma preparação estruturada, assente no conhecimento dos planos de emergência e na articulação eficaz entre equipas, neste sentido, procurei refletir sobre o Plano de Emergência Nacional, o Plano de Emergência dos diferentes hospitais onde decorreram os estágios e também os Planos de Emergência Internos de cada serviço.

Para além disso, evidencia-se a importância do cumprimento rigoroso de princípios legais e éticos, nomeadamente no que respeita à preservação de vestígios de indícios de prática de crime. Assim, o EE assume um papel central na coordenação da resposta, na gestão eficiente de recursos e na tomada de decisões em contextos de elevada complexidade, contribuindo para uma atuação rápida, segura, estruturada e de qualidade, orientada para a proteção da pessoa assistida, da equipa e da comunidade.

4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No âmbito das competências específicas do EEEMCPSC, destaca-se a capacidade de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, tendo em conta a elevada vulnerabilidade destes doentes, a complexidade das intervenções realizadas e a necessidade de respostas rápidas e adequadas.

Segundo a OE (2018), o EE deve responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção apesar de todo o risco que a PSC se encontra, pois existe necessidade de recursos a muitas medidas invasivas tanto de diagnóstico como de terapêutica, implementando medidas baseadas na evidência científica, promovendo boas práticas e contribuindo para a utilização adequada de terapêutica antimicrobiana.

Esta competência apresenta duas diferentes unidades de competência, são elas:

> Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. (OE,2018, p. 19364)

Segundo a DGS (2007), a IACS ocorre quando um doente desenvolve uma infeção como consequência dos cuidados ou procedimentos de saúde que recebeu. Este tipo de infeção pode igualmente afetar os profissionais de saúde durante a sua prática clínica.

De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2017), as IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos, elevam os custos em saúde, potenciam a resistência a antimicrobianos devido ao uso acrescido de antibióticos, comprometem a qualidade dos cuidados e representam uma das principais ameaças à segurança dos cidadãos. Neste contexto, o papel do EE torna-se fundamental na prevenção, deteção e controlo destas infeções.

Em Portugal, a situação assumiu particular relevo: estudos indicam que o país apresentava uma das mais elevadas taxas de prevalência de infeções nosocomiais na União Europeia. Perante este cenário,

torna-se imperativo que os hospitais adotassem medidas eficazes de prevenção e controlo, articulando a sua ação com os organismos competentes, nomeadamente a DGS e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), de modo a reduzir de forma consistente as taxas de infeção nosocomial (Diário da República, 2013).

Este contexto motivou a criação do PPCIRA em Portugal, em 2013, consolidando esforços e estabelecendo protocolos estruturados, formação profissional contínua e sistemas de vigilância epidemiológica, com o objetivo: "Redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde" (Diário da República, 2022, p, 93).

Durante o estágio, esta competência tornou-se uma prioridade, as práticas associadas ao controlo de infeção estiveram sempre presentes na prática clínica diária, sendo operacionalizadas de acordo com as especificidades de cada serviço e das populações atendidas. Procurei familiarizar-me com os planos de prevenção e controlo de infeção implementados nas unidades, incluindo protocolos internos, normas institucionais e recomendações do PPCIRA.

Em todos os serviços havia um EE responsável por ser um elo de ligação com o grupo da PPCIRA do respetivo hospital, garantindo uma comunicação eficaz e coordenada. Juntos, analisavam os desafios do serviço, identificavam oportunidades de melhoria, avaliavam a necessidade de ajustar procedimentos ou reorganizar o serviço em si, acompanhavam os resultados das auditorias e detetavam lacunas de formação da equipa. Esta articulação mostrou-se essencial para assegurar uma prática segura, eficiente e adaptada às necessidades de cada serviço.

Nestes contextos, participei ativamente na identificação de doentes com risco de infeção, observando a correta aplicação das medidas de isolamento sempre que necessário e garantindo que os circuitos e sinalizações de segurança estavam devidamente implementados. Na admissão de doentes, no SMI e na UCISU, procedia-se à colheita de amostras para deteção de *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), sendo os mesmos tratados como casos de isolamento de contacto até à obtenção dos resultados, momento em que se ajustavam as medidas de precaução de acordo com a situação clínica e microbiológica. Este rastreio era repetido a cada 7 dias como prevenção. No SMI, o uso de EPI era utilizado de forma rigorosa quer o resultado para MRSA e KPC ou qualquer outro agente fosse positivo ou negativo, incluindo luvas, bata, máscara e se necessária

proteção ocular, seguindo os procedimentos específicos para cada tipo de contacto ou intervenção. Estive atenta especialmente à sequência correta de colocação e remoção do EPI, garantindo a minimização de risco de contaminação.

Ainda no SMI, dei importância à Pneumonia Associada à Intubação (PAI) que tem vindo a representar a infeção mais prevalente em cuidados intensivos e uma das principais causas de mortalidade relacionada com IACS. (PPCIRA, 2017) A implementação rigorosa do *bundle* existente para o mesmo é essencial que possui intervenções como a recorrente higiene oral, a monitorização da pressão do cuff e elevação da cabeceira a 30º.

Em todos os contextos, mantive rigor na higienização das mãos, cumprindo sempre os 5 momentos de higienização das mesmas: i) Antes do contacto com o doente; ii) Antes de um procedimento limpo; iii) Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; iv) Após o contacto com o doente; v) Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (Direção Geral de Saúde, 2019), e em procedimentos assépticos, seguindo sempre as normas dos locais onde estava inserida.

Conheci e apliquei circuitos de isolamento, organização de áreas limpas e contaminadas, cuidados com equipamentos invasivos e gestão de resíduos biológicos. Estas ações garantiram a proteção dos doentes críticos e da equipa, e permitiram-me compreender a importância da manutenção de circuitos claros e seguros.

Ao longo do estágio procurei avaliar continuamente a necessidade de cada dispositivo invasivo presente na PSC, incentivando a sua substituição sempre que os protocolos institucionais ou de prevenção e controlo de infeção assim o exigiam. Paralelamente, dei particular atenção à educação e orientação das visitas, explicando e demonstrando a importância da correta higienização das mãos e da utilização adequada de EPI, reforçando práticas seguras e contribuindo para a prevenção da transmissão de infeções. Esta abordagem permitiu-me consolidar competências na vigilância ativa da segurança do doente, na implementação de medidas baseadas em evidência e na promoção de uma cultura de segurança e prevenção em contexto de elevada complexidade clínica.

Durante o estágio no SMI, observei que o hospital implementava o programa STOP Infeção 2.0, uma iniciativa nacional destinada à melhoria das práticas de prevenção e controlo IACS e à promoção do uso racional de antimicrobianos.

O Projeto STOP-Infeção Hospitalar 2.0 é uma iniciativa nacional coordenada pelo PPCIRA, em parceria com a Fundação *Calouste Gulbenkian* e o *Institute for Healthcare Improvement*. O objetivo principal do projeto é reduzir em 50% a ocorrência de quatro tipos específicos de infeções hospitalares ao longo de três anos, com meta prevista até outubro de 2025 (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2015).

As infeções alvo do projeto, responsáveis por grande parte da taxa global de infeções nosocomiais, incluem: infeções do local cirúrgico, pneumonia associada à intubação, infeções relacionadas com cateter vesical e infeções associadas a cateter venoso central (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2015).

A aplicação prática do Projeto STOP-Infeção Hospitalar 2.0, que se traduzia na implementação de "*bundles*" específicos para cada tipo de procedimento. Cada *bundle* consistia num conjunto de medidas padronizadas, baseadas em evidência científica, destinadas a reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, como as relacionadas com cateter venoso central, cateter vesical, entubação e procedimentos cirúrgicos.

Sempre que um destes procedimentos eram realizados, outro enfermeiro da equipa atuava como observador e auditor, verificando o cumprimento correto de todas as etapas do *bundle*. Esta prática permitia assegurar a adesão rigorosa às recomendações, promover a correção imediata de desvios e reforçar a cultura de segurança e prevenção de infeções dentro da unidade.

Em algumas ocasiões, participei na auditoria de procedimentos, como previsto no Projeto STOP-Infeção 2.0, acompanhando a verificação do cumprimento correto dos *bundles* e contribuindo para a correção imediata de desvios, consolidando a minha compreensão sobre a importância da monitorização contínua e da implementação de práticas baseadas em evidência.

A observação desta dinâmica permitiu-me compreender a importância da supervisão mútua, do trabalho em equipa e da monitorização contínua na efetividade das medidas de controlo de infeção, bem como o papel ativo do EE na implementação, avaliação e atualização de práticas seguras e baseadas em evidência. Permitiu-me ainda acompanhar a aplicação de protocolos padronizados, a monitorização contínua da adesão às medidas de precaução e o reforço das boas práticas da equipa, evidenciando a relevância de programas estruturados para reduzir a incidência de infeções nosocomiais e melhorar a segurança do doente crítico.

A experiência prática permitiu-me perceber que a eficácia da prevenção e controlo de infeção depende da conjugação entre protocolos baseados em evidência, monitorização contínua e atuação proativa da

equipa. Tornou-se evidente o papel central do EE na liderança das práticas de prevenção e controlo de infeção, não apenas através da sua aplicação, mas também na supervisão, formação e influência da equipa, garantindo adesão consistente às recomendações baseadas em evidência tornando-se assim, facilitador da segurança do doente, promotor de boas práticas e agente de melhoria contínua nos cuidados em contexto crítico.

Para concluir, a experiência adquirida nos diversos contextos de estágio permitiu-me consolidar a compreensão do papel do EEEMCPSC evidenciando que a sua atuação não se limita à execução técnica dos cuidados, mas sim no desempenho na coordenação, supervisão, formação e suporte a toda a equipa multidisciplinar.

Reforcei, ainda, a consciência de que o desenvolvimento de competências, tanto comuns como especificas do EE é um processo contínuo e dinâmico que exige uma atualização constante e uma reflexão sobre a prática. Ser EEEEMCPSC é um equilíbrio entre o saber, a técnica e a humanização, devendo por isso ser um agente de melhoria contínua e promotor de CCP e na família.

Parte II – Componente de Investigação

A segunda parte deste relatório corresponde à componente de investigação. Esta dimensão assume particular relevância, uma vez que a investigação em enfermagem constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento da disciplina e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Neste contexto, foi realizada uma *scoping review*, metodologia que permite mapear a evidência científica existente sobre uma determinada temática, identificar conceitos-chave e reconhecer lacunas no conhecimento. Trata-se de uma abordagem especialmente útil em áreas complexas e ainda em desenvolvimento, como é o caso dos cuidados à PSC.

Surge, por isso, a necessidade de promover uma prática baseada na evidência, sustentando a tomada de decisão clínica em conhecimento científico atual e relevante. Deste modo, pretende-se não apenas sistematizar a evidência existente, mas também contribuir para uma reflexão crítica sobre a sua aplicabilidade na prática de enfermagem.

Assim, esta segunda parte integra o processo de investigação desenvolvido, contemplando o enquadramento metodológico, o objetivo e finalidade do estudo, a questão de investigação, a estratégia de pesquisa, a seleção dos estudos, bem como a apresentação e discussão dos principais resultados, as considerações éticas e as considerações finais, com vista a contribuir para o avanço do conhecimento em enfermagem em contexto de cuidados à PSC.

1. Enquadramento

A UCI é um ambiente tecnicamente complexo destinado à vigilância contínua e ao tratamento de PSC e potencialmente instáveis.

Diversas figuras e acontecimentos marcantes estão associados ao surgimento da medicina intensiva e à criação das UCI. Já durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale determinou que os pacientes em estado mais grave fossem acomodados em camas próximas ao posto de enfermagem. Essa decisão visava facilitar a vigilância contínua desses doentes, estabelecendo, assim, uma das primeiras noções da necessidade de um espaço dedicado exclusivamente ao cuidado de pacientes críticos (Vincent, 2013).

Segundo a ACSS (2024):

> Os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado. (p.8)

Falando numa UCI, segundo Castro, Vilelas, & Rebelo Botelho (2011, p.42), "A sua finalidade é dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente.", levando por vezes a representar um ambiente hostil à presença da família.

Um doente internado na UCI deve ser compreendido para além da sua condição clínica — como uma pessoa em sofrimento, com necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Esta visão deve ser a visão holística que acaba por ser um dos pilares da humanização dos cuidados em contexto de UCI. Um dos requisitos fundamentais para garantir esta abordagem humanizada é o acompanhamento e inclusão da família da PSC, permitindo a sua presença e prepará-la para aquele que é um ambiente intensivo, através de uma comunicação adequada, empática e ajustada ao seu nível sociocultural. Neste processo, o enfermeiro tem um papel central para que este processo ocorra (Beccaria et al., 2008).

Um internamento em UCI é, portanto, um momento de stress não só para o doente como também para a família.

A presença da família no ambiente da UCI não deve ser encarada apenas como um complemento ao cuidado, mas sim como uma parte integrante da humanização dos cuidados prestados. Como nos diz Sousa *et al.*, 2025, estudos têm demonstrado que o envolvimento familiar contribui para a redução da agitação, e do stress e da ansiedade do doente. Por isso, promover e facilitar a presença familiar constitui uma estratégia fundamental para a qualidade e humanização dos cuidados em contextos críticos. A limitação ou ausência da família pode contribuir para maior ansiedade, sensação de isolamento, como já referi anteriormente, e piora no estado emocional do doente, podendo refletir-se negativamente no processo de recuperação.

Segundo Zinn, Silva e Telles (2003), a experiência da hospitalização numa UCI é vivida, muitas vezes, com profundo sofrimento emocional, marcada por sentimentos de solidão, desamparo e perda de controlo. Os autores descrevem que os doentes se sentem "perdidos, controlados (por máquinas) e inseguros diante da incerteza de seus destinos. Encontram-se desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, resultando em reações que variam do silêncio ao choro e à agitação" (Zinn, Silva & Telles, 2003, p. 329). Estes sinais revelam o impacto profundo da vivência em cuidados intensivos, onde o sofrimento físico se enlaça com o psicológico, tornando imperativa uma abordagem sensível, empática e centrada na pessoa, capaz de mitigar a dor emocional e restaurar a dignidade humana mesmo em contextos de elevada complexidade clínica.

Segundo a *Health Foundation*, 2016, os CCP assentam em 4 princípios fundamentais: proporcionar às pessoas a dignidade, compaixão e respeito, oferecer cuidados e tratamento coordenados, oferecer atendimento e tratamento personalizado e ajudar as pessoas a reconhecer e a desenvolver a sua autonomia.

Estes princípios orientadores devem ser integrados nas práticas dos profissionais de saúde, promovendo um ambiente de confiança, colaboração e respeito mútuo. No contexto específico da UCI onde a tecnicidade pode obscurecer a dimensão humana do cuidado, os CCP ganham especial relevância.

Neste contexto, os CCP tornam-se uma abordagem fundamental para atenuar o impacto da hospitalização em ambiente crítico. A aplicação dos CCP na UCI permite que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, reconheçam e respondam de forma empática e personalizada às necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais do doente e da sua família.

Segundo a OE (2018, p. 19359) uma das competências específicas do EEEMCPSC é: "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica".

Esta competência demonstra o compromisso do EE com uma prática profissional centrada na pessoa e na família, nomeadamente em contextos de elevada complexidade clínica como a UCI. A sua atuação vai além do domínio técnico, incorporando a dimensão relacional e emocional do cuidar, integrando ativamente a família como parte do processo terapêutico.

Neste contexto, emerge o conceito de CCF, enquanto abordagem que reconhece a família como parte integrante do processo de cuidados. Os CCF assentam na colaboração entre profissionais de saúde e família, promovendo o respeito, a partilha de informação e a participação ativa no cuidado, sendo considerados uma abordagem fundamental na humanização dos cuidados em saúde. No âmbito dos CCF, a definição de família assume um carácter alargado e centrado no próprio doente, sendo esta definida pelo paciente ou, em situações de incapacidade, pelos seus representantes. Neste contexto, a família pode incluir não apenas laços de consanguinidade, mas também indivíduos significativos que prestam apoio contínuo ao doente e que são pessoas significativas para o mesmo (Davidson *et al.* 2017).

Os CCF constituem uma abordagem aos cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades, valores e preferências das famílias, reconhecendo o seu papel central no processo de recuperação do doente. A evidência demonstra que a doença crítica tem um impacto significativo nos familiares de doentes internados em UCI, estando frequentemente associada a elevados níveis de stress, ansiedade, depressão e sintomas de stress pós-traumático, tanto durante como após a experiência de internamento (Davidson *et al.* 2017).

Para além disso, os familiares assumem frequentemente um papel ativo na tomada de decisão e na prestação de cuidados após a alta hospitalar, o que pode aumentar a sua sobrecarga emocional. Este conjunto de fatores pode culminar no designado Síndrome Pós-UCI em Familiares, evidenciando a necessidade de intervenções estruturadas e estratégias de apoio direcionadas à família (Davidson *et al.* 2017).

Assim, os CCF reconhecem a importância central da família no processo de cuidados e estabelecem a responsabilidade dos profissionais de saúde em apoiar, envolver e capacitar os familiares, contribuindo não só para o seu bem-estar, mas também para melhores resultados clínicos do doente. A implementação desta abordagem em contexto de UCI surge, assim, como uma estratégia essencial para

operacionalizar os princípios da humanização e para sustentar práticas de visita familiar seguras, eficazes e baseadas na evidência científica.

O familiar deve ser encarado como um parceiro essencial da equipa de saúde, representando um recurso importante para que o paciente possa reafirmar e fortalecer sua confiança no tratamento, aumentando a possibilidade de recuperação. A família também deve assumir um papel ativo nas responsabilidades relacionadas à saúde do doente, motivo pelo qual cabe ao enfermeiro ouvir suas necessidades e considerar suas opiniões na elaboração do plano de cuidados (Beccaria et al., 2008). Nesse sentido, Beccaria et al. (2008) referem que "muitos familiares temem em entrar na UTI, no entanto é da responsabilidade do enfermeiro orientar a família, salientando a importância na recuperação do cliente" (p. 68).

A presença familiar em UCI deve ser implementada de forma responsável, garantindo que não interfira negativamente na prestação de cuidados. O conceito de visita segura refere-se precisamente à possibilidade de conciliar o direito à presença da família com a continuidade e qualidade da assistência clínica. Como afirmam Beccaria et al., 2008, "as visitas são de fundamental importância no restabelecimento do paciente, porém elas devem ser realizadas de forma a não comprometer o plano de tratamento" (p. 69).

Apesar das normativas e das evidências que reforçam os benefícios da presença familiar, persistem perceções negativas por parte de alguns profissionais, que associam a visita a potenciais riscos. Segundo Ferreira *et al.* (2013), "ainda existem aqueles que acreditam que a presença de familiares nas UTI's aumenta o risco de infecção e estresse do paciente, serve como um obstáculo para a assistência, e até mesmo, gera uma exaustão física e mental nos familiares" (p. 81).

Estas visões reforçam a necessidade de implementar estratégias de visitação estruturadas, humanizadas e baseadas em evidência, que assegurem a segurança clínica do doente, o bem-estar dos familiares e o bom funcionamento da equipa de saúde.

Dessa forma, o EE desempenha um papel ativo e estratégico na promoção de políticas que favoreçam a inclusão da família no processo de cuidados. Cabe-lhe contribuir para a elaboração de planos de cuidados individualizados que integrem a dimensão familiar como parte essencial do tratamento, bem como adotar e implementar práticas sustentadas em evidência científica, que priorizem a proximidade, o envolvimento e a comunicação constante entre o doente, os seus familiares e a equipa multidisciplinar de saúde.

A participação da família nos cuidados de adultos internados em UCI aparenta trazer benefícios empíricos, porém as opiniões dos profissionais divergem. Alguns defendem visitas com horários rígidos, enquanto outros optam por abordagens mais flexíveis ou até mesmo ampliadas, valorizando o envolvimento dos familiares no cuidado direto aos pacientes (Sousa *et al.*, 2025).

Apesar da evidência crescente sobre os benefícios da inclusão da família, continuam a existir barreiras estruturais, organizacionais e culturais à sua efetiva implementação, muitas vezes associadas a modelos biomédicos tradicionais e a práticas institucionais rígidas. A literatura evidencia diversas perspetivas sobre esta temática, reforçando a necessidade de aprofundar e mapear as principais evidências para orientar mudanças sustentadas na prática clínica. Estudos recentes apontam que ainda existem lacunas significativas de investigação sobre a visita familiar, o seu envolvimento e a aplicabilidade desses conceitos na prática (Sousa *et al.*, 2025).

Esta complexidade de fatores — benefícios reconhecidos, resistência organizacional e falta de consenso sobre como operacionalizar boas práticas — torna imperativo mapear a evidência existente, identificar lacunas no conhecimento e promover recomendações baseadas em evidência científica.

A presente *scoping review* pretende justamente responder a esta necessidade, explorando a produção científica atual sobre a temática da presença familiar em UCI, com particular foco nas vantagens, desvantagens, barreiras à implementação e propostas de práticas seguras e humanizadas.

Importa ainda clarificar que, ao longo deste trabalho, o termo família é utilizado numa interpretação alargada, abrangendo não apenas os familiares diretos, mas todos os conviventes significativos para o doente. Esta definição inclui pessoas que, independentemente do grau de parentesco, mantêm uma relação afetiva, de proximidade ou de apoio continuado, assumindo um papel relevante no percurso de saúde e doença.

Tendo em conta a relevância crescente da presença familiar em contexto de cuidados intensivos, bem como a diversidade de perspetivas, benefícios, desafios e lacunas identificadas na literatura, tornou-se pertinente aprofundar esta temática através de uma *scoping review*. Assim, este trabalho tem como objetivo geral; mapear a evidência disponível sobre a presença familiar em UCI. Como objetivos específicos: identificar as vantagens e desvantagens associadas à presença familiar em UCI; analisar as barreiras organizacionais, culturais e estruturais para a implementação da presença familiar em UCI e sistematizar as recomendações e práticas baseadas na evidência para visitas familiares seguras e

humanizadas. A definição deste objetivo surge, portanto, como consequência direta da análise teórica realizada, garantindo a coerência entre o enquadramento conceptual e o desenvolvimento da investigação.

2. Tipo de Estudo

O estudo desenvolvido assume a forma de uma *scoping review*, um tipo de revisão da literatura de carácter sistemático, exploratório e abrangente. Este enquadramento metodológico é especialmente indicado quando a temática em estudo se encontra numa fase de desenvolvimento, quando os estudos disponíveis apresentam diversidade metodológica ou quando o objetivo é mapear e sintetizar, de forma organizada, a evidência científica existente, sem a limitação a estudos experimentais de elevado nível de evidência.

As *scoping reviews* permitem identificar conceitos-chave, lacunas do conhecimento e tipologias de evidência disponíveis, possibilitando uma compreensão alargada do fenómeno em análise. A escolha deste tipo de estudo justifica-se, no presente trabalho, pela necessidade de mapear de forma sistematizada a presença e envolvimento da família em UCI, com especial enfoque nas práticas que promovem visitas seguras e humanizadas. Esta temática reveste-se de particular complexidade, uma vez que envolve múltiplas dimensões — clínicas, organizacionais, culturais e éticas — com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados, na vivência do doente crítico e da sua família, bem como na prática profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, uma abordagem abrangente e exploratória da evidência científica revela-se fundamental para compreender as diferentes perspetivas existentes, apoiar a tomada de decisão clínica e contribuir para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais humanizadas e sustentadas em evidência no contexto das UCI.

2.1. Objetivo e finalidade do estudo

A finalidade deste estudo, como já foi referido anteriormente, consiste em mapear e sintetizar a evidência científica disponível sobre a presença familiar em UCI, com principal enfoque nas implicações para a prática clínica, nomeadamente no que respeita às vantagens, barreiras e práticas associadas a visitas seguras e humanizadas. Pretende-se, assim, contribuir para a sistematização do conhecimento existente nesta área, promovendo uma compreensão alargada e atualizada do fenómeno em estudo.

A investigação visa fornecer uma visão abrangente do conhecimento existente, permitindo apoiar a prática de enfermagem especializada em contexto de UCI, fornecendo informação relevante que possa sustentar a tomada de decisão e a implementação de estratégias que promovam CCP e na família.

Adicionalmente, procura-se identificar lacunas no conhecimento científico, de forma a orientar futuras investigações e a melhoria contínua das práticas clínicas.

O objetivo geral desta *scoping review* é:

- mapear a evidência disponível sobre a presença familiar em UCI.

Como objetivos específicos:

- identificar as vantagens e desvantagens associadas à presença familiar em UCI;
- analisar as barreiras organizacionais, culturais e estruturais para a implementação da presença familiar em UCI;
- sistematizar as recomendações e práticas baseadas na evidência para visitas familiares seguras e humanizadas.

O âmbito da revisão abrange estudos desenvolvidos em contextos de cuidados intensivos adultos, incluindo UCI, com foco na interação entre doente, família e a equipa multiprofissional.

Esta definição assegura que a investigação seja rigorosa, focada e relevante, garantindo coerência entre o título, os objetivos e a metodologia da *scoping review*.

2.2. Questão de Investigação

O título deve ser claro, objetivo e descritivo, fornecendo uma indicação precisa do tema que irá ser abordado na *scoping review*.

É fundamental que inclua explicitamente a expressão "... uma *scoping review*", de forma a permitir a identificação imediata do tipo de estudo e da abordagem metodológica adotada.

A mnomónica PCC representa População, Conceito e Contexto, e é recomendada como um guia para construir um título claro e significativo para uma *scoping review* (JBI, 2024). Esta abordagem permite delimitar de forma clara os elementos centrais da investigação, contribuindo para a construção de um título coerente e de uma questão de investigação bem estruturada.

O título definido para o presente estudo - "Presença familiar em unidades de cuidados intensivos: vantagens, barreiras e práticas para visitas seguras e humanizadas – uma *scoping review*" – reflete de

forma clara os principais elementos da investigação, nomeadamente o fenómeno em análise (presença familiar), os seus diferentes aspetos (vantagens, barreiras e práticas) e o contexto específico (unidades de cuidados intensivos).

A questão de investigação foi formulada com base na estrutura PCC, assegurando o alinhamento entre os objetivos de estudo e a estratégia metodológica adotada:

- P (População): Doentes críticos internados em UCI e as suas famílias
- C (Conceito): Presença familiar, visitas e envolvimento da família
- C (Contexto): Unidades de cuidados intensivos

Deste modo, a questão de investigação definida é:

Quais são as evidências que existem sobre os benefícios, limitações e barreiras da presença familiar em unidades de cuidados intensivos, e quais práticas promovem visitas familiares seguras e humanizadas?

Assim, esta formulação garante que a investigação seja focada, estruturada e coerente com os objetivos definidos, permitindo uma análise abrangente e organizada da literatura, bem como a identificação de implicações relevantes para a prática clínica e para futuras investigações.

2.3. Seleção de Termos de Investigação

Antes de iniciar a realização da *scoping review* foi realizado um pré-registo do protocolo na plataforma *Open Science Framework* (OSF), com o objetivo de promover a transparência, reprodutibilidade e rigor metodológico do estudo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em múltiplas bases de dados disponíveis através do acesso da OE e Universidade do Minho: *PubMed, Scopus, CINAHL* (via EBESCO), *Nursing & Allied Health Collection*, (via EBESCO), *Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews e Database of Abstracts of Reviews of Effects* (via EBESCO), MedicLatina, (via EBESCO), MEDLINE, International Nursing Index (via EBESCO) e SCOPUS. A estratégia de pesquisa foi ainda complementada pela análise das listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos, de forma a identificar literatura adicional relevante não captada na pesquisa inicial.

Este trabalho seguiu a estrutura metodológica recomendada pelo JBI e pelas instruções do manual PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*), que sugerem utilizar estratégias de pesquisa amplas e iterativas, ajustadas conforme necessário durante o processo de levantamento da literatura (Peters *et al.*, 2024).

A construção da estratégia de pesquisa foi realizada em várias etapas. Numa fase inicial, procedeu-se à identificação de termos-chave a partir da questão de investigação e da estrutura PCC anteriormente realizada. Posteriormente, foi efetuada uma pesquisa preliminar em bases de dados selecionadas para analisar os termos utilizados em títulos, resumos e descritores dos artigos relevantes. Com base nesta análise, foram definidos os descritores finais e os termos livres a incluir na estratégia de pesquisa.

Para garantir uma busca abrangente e sensível foram utilizados descritores controlados (MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)) e termos livres (palavras-chave em texto livre).

Os descritores controlados são termos padronizados utilizados nas bases de dados para organizar e classificar artigos por temas específicos, facilitando a sua recuperação. No entanto, nem todos os estudos relevantes estão devidamente indexados com esses descritores, especialmente publicações recentes ou com terminologia menos convencional, o que justifica a necessidade de incluir também termos livres (Bramer *et al.*, 2018).

A estratégia de pesquisa combinou os diferentes termos através de operadores booleanos (AND, OR), permitindo estruturar a pesquisa de forma lógica e eficaz. O operador AND foi utilizado para combinar diferentes conceitos (População, Conceito e Contexto), enquanto o operador OR foi aplicado para incluir sinónimos ou termos relacionados dentro do mesmo conceito. Sempre que aplicável, foram também utilizados truncamentos e operadores de proximidade, de modo a aumentar a abrangência da pesquisa.

Adicionalmente, sempre que necessário, a estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades de cada base de dados, tendo em consideração as diferenças nos sistemas de indexação e funcionalidades de pesquisa.

Assim, a inclusão de termos livres como “Family Presence”, “Family Visits”, “Barriers” ou “Benefits” visa captar artigos cujo conteúdo é relevante para o objetivo da revisão, mas que possam não estar classificados com os descritores formais. Esta abordagem mista segue as boas práticas recomendadas

pelo JBI (Peters *et al.*, 2020), que sugere utilizar estratégias de pesquisa amplas e iterativas, ajustadas conforme necessário durante o processo de levantamento da literatura.

Bases de Dados	**Estratégia de Pesquisa**
PubMed	(''Intensive Care Units''[MeSH] OR ''Critical Care''[MeSH] OR ''Intensive Care'') AND (''Family''[MeSH] OR ''Visitors to Patients''[MeSH] OR ''Family Presence'' OR ''Family Visit*'' OR ''Family Participation'' OR ''Visitor*'') AND (''Nursing Care''[MeSH] OR ''Family-Centered Care'' OR ''Humanized Care'') AND (''Benefits'' OR ''Advantages'' OR ''Disadvantages'' OR ''Barriers'' OR ''Challenges'' OR ''Facilitators'')
Scopus	(TITLE-ABS-KEY(''Intensive Care Unit'' OR ''Critical Care'' OR ''Intensive Care'')) AND (TITLE-ABS-KEY(''Family Presence'' OR ''Family Visit*'' OR ''Family Participation'' OR ''Visitors'')) AND (TITLE-ABS-KEY(''Family-Centered Care'' OR ''Patient-Centered Care'' OR ''Humanized Care'' OR ''Nursing Care'')) AND (TITLE-ABS-KEY(''Benefits'' OR ''Advantages'' OR ''Disadvantages'' OR ''Barriers'' OR ''Challenges'' OR ''Facilitators''))
EBESCO	(MH ''Intensive Care Units'' OR ''Critical Care'') AND (MH ''Family'' OR ''Family Presence'' OR ''Family Visit*'' OR ''Family Participation'' OR ''Visitor*'') AND

	(MH "Nursing Care" OR "Family-Centered Care" OR "Humanized Care") AND ("Benefits" OR "Advantages" OR "Disadvantages" OR "Barriers" OR "Challenges" OR "Facilitators")

Tabela 1: Estratégias de Pesquisa nas diferentes bases de dados

2.4. Seleção de Estudos

A definição dos critérios de inclusão e exclusão seguiu a estrutura metodológica proposta pela mnemónica PCC, assegurando a coerência, clareza e a relevância dos estudos selecionados face à questão de investigação. Esta abordagem permitiu delimitar de forma sistemática o âmbito da revisão, assegurando que os estudos incluídos respondessem adequadamente aos objetivos inicialmente definidos.

Critérios de Inclusão:

- Estudos que abordem a presença ou participação da família e/ou conviventes em UCI;
- PSC, adulta (>18anos);
- Pesquisas focadas em CCP e/ou humanização dos cuidados em ambiente de UCI;
- Artigos que discutam o papel do enfermeiro e da equipa de saúde na inclusão da família no cuidado ao doente crítico.
- Estudos publicados nos últimos desde 2020 até à atualidade (exemplo: 2020-2026), para garantir atualidade das evidências;
- Trabalhos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola;
- Estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas que investiguem benefícios, barreiras, práticas e perceções relacionadas à família na UCI;
- Estudos que abordem o impacto da presença familiar nos CCP e/ou no papel do enfermeiro na promoção dessa presença;

- Artigos com texto completo disponível (preferencialmente de acesso livre).

Critérios de Exclusão:

- Estudos que não abordem diretamente a presença de familiares e/ou conviventes em UCI;
- Artigos que tratem de outras unidades que não sejam UCI;
- Estudos anteriores a 2020;
- Publicações que não estejam em idiomas selecionados.

A seleção dos estudos foi realizada de forma rigorosa e sistemática, com base nas recomendações do JBI para *scoping reviews* e seguindo a *checklist* PRISMA-ScR.

O processo decorreu em três fases sequenciais:

1. Remoção de Duplicados - Todas as referências obtidas na pesquisa serão exportadas para o software *Rayyan*, onde foi realizada a identificação e remoção dos registos duplicados, garantindo a integridade da base de dados inicial.

2. Leitura dos Títulos e Resumos - Dois revisores independentes procederam à leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Esta etapa permitiu excluir artigos claramente irrelevantes.

3. Leitura Integral dos Artigos - Os estudos potencialmente elegíveis passaram à leitura integral do texto completo, para confirmação da sua inclusão na revisão. A decisão final foi tomada com base na pertinência do estudo face à questão de investigação e objetivos definidos. Novamente, foi garantido que dois revisores realizassem esta etapa de forma independente, assegurando maior rigor e minimização de viés.

Todo o processo de seleção está representado graficamente através de um diagrama de fluxo PRISMA-ScR (figura 1). Este diagrama ilustra o número total de registos identificados, os duplicados removidos, os artigos excluídos em cada fase do processo e o número final de estudos incluídos para a fase de extração de dados.

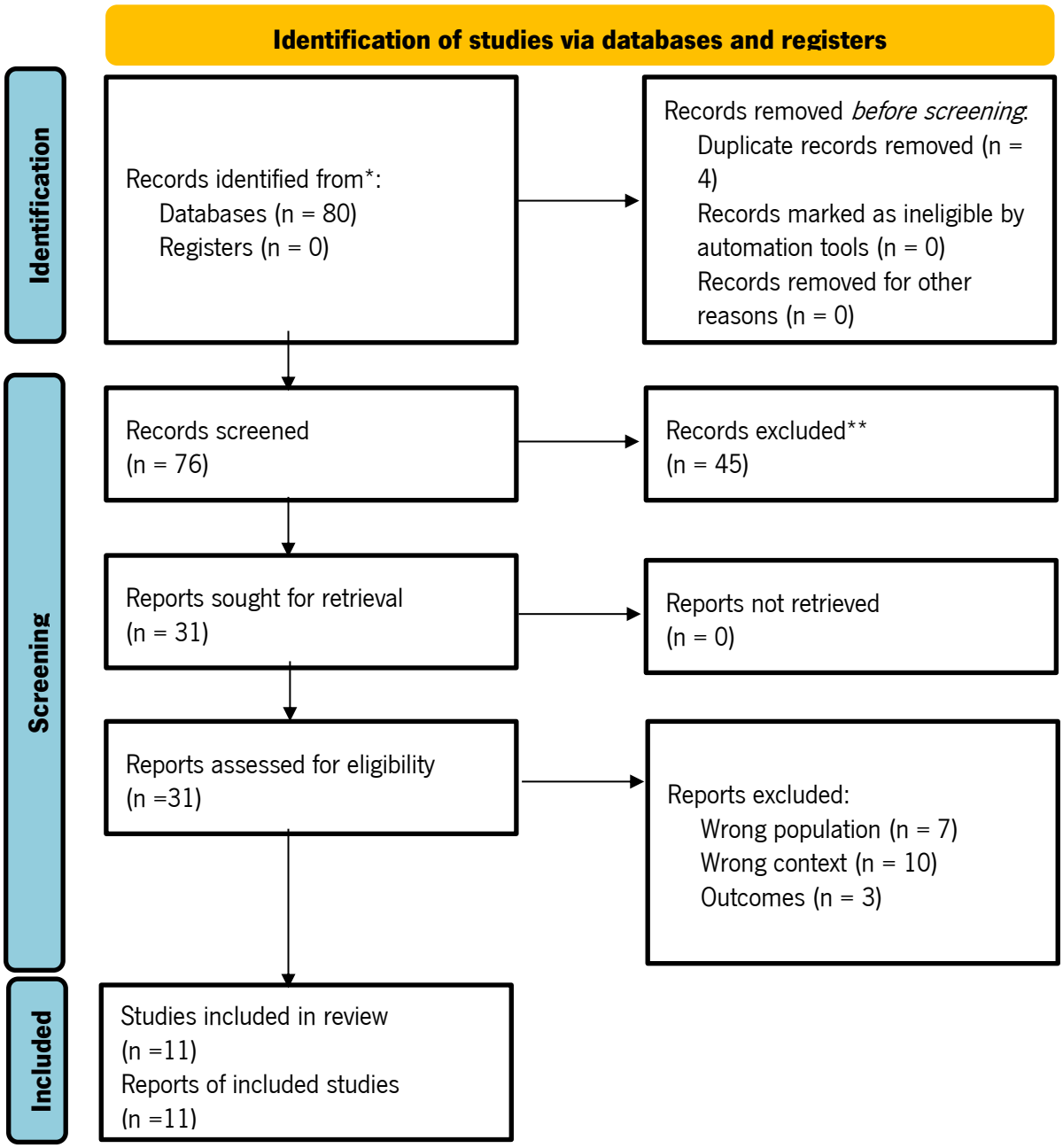


Figura 1: Diagrama PRISMA

2.5. Apresentação de Resultados

Autor/ Ano/País	**Título do Artigo**	**Tipo de estudo/ Participantes**	**Intervenção**	**Resultados**	**Conclusão**
Beydoun *et al.*, 2026, Canadá	Virtual family participation in adult intensive care unit rounds: A multicentre pilot feasibility cohort study	Estudo prospetivo de coorte multicêntrico; 72 familiares de doentes internados em UCI.	Participação virtual de familiares nas rondas diárias da UCI, via videoconferência.	Foram avaliados a satisfação familiar, e o envolvimento familiar que foram aumentando consoante a participação das famílias nas rondas diárias na UCI.	As participações virtuais nas rondas de UCI são viáveis, estão associadas ao maior envolvimento e satisfação, sugerindo ainda a sua aplicabilidade na prática diária.
Azimzadeh *et al.*, 2025, Canadá	ICU nurses' perceptions on family involvement in delirium care for postoperative cardiac surgery patients: A qualitative study	Estudo qualitativo descritiva com entrevistas semiestruturadas; 18 enfermeiros da UCI.	Entrevistas a enfermeiros sobre perceções da participação familiar no cuidado de *delirium.*	Identificou 4 temas sobre os fatores que influenciam o envolvimento da família (facilitadores e barreiras): • o momento certo; • a partilha da informação;	Enfermeiros destacam o reconhecimento do papel crucial que as famílias desempenham na identificação e gestão do *delirium* no entanto foram identificadas algumas barreiras que devem ser colmatadas.

				• a influência das caraterísticas dos familiares; • as características organizacionais. Identificou dois temas reconhecidos como benefícios do envolvimento da família nos cuidados ao delírio como: • a participação da família na deteção do *delirium;* • as atitudes dos da família quando ocorre este *delirium.*	
Sildoski *et al.*, 2025, Canadá	Family member experiences with adult ICU multidisciplinary rounds: Transition from	Estudo qualitativo;	Participação dos familiares em visitas	A participação nas visitas multidisciplinares promoveu um maior envolvimento da família, reduziu a ansiedade e a confusão,	A participação da família nas visitas multidisciplinares é benéfica devendo criar-se estratégias como a educação, a comunicação clara e

	observers to participants	7 familiares de doentes críticos em UCI.	multidisciplinares numa UCI.	e melhorou a compreensão do estado clínico do doente. Foram identificadas algumas dificuldades iniciais na participação das visitas multidisciplinares.	estruturação das mesmas em cada UCI, de modo a promover os CCP e na família.
Yakubu *et al.*, 2025, Gana	Comparison of nurses' and families' beliefs and attitudes regarding visiting policy in selected intensive care units of Ghana	Estudo quantitativo descritivo comparativo transversal; 140 enfermeiros e 146 familiares em contexto de UCI.	Avaliação de crenças e atitudes sobre políticas de visita em UCI através de um questionário.	Diferenças significativas entre as crenças dos enfermeiros e das famílias. Enfermeiros preferem visitas mais restritas, as famílias preferem visitas mais abertas Não apresentam diferença nas atitudes, ambos reconhecem a importância da presença da família para diminuição do stress, assim como o reconhecimento de	As definições das políticas de visita em UCI devem equilibrar as necessidades do doente, da família e da equipa que lhe presta cuidados, sempre com o objetivo de promoção dos CCP e CCF.

				preocupações com a privacidade e a interferência nos cuidados.	
Bloomer *et al.*, 2024, Austrália	First and final farewells, disrupted family connections and loss: A collective case study exploring the impact of COVID-19 visitor restrictions in critical care	Estudo descritivo qualitativo; 6 familiares de doentes em UCI e 3 enfermeiros de UCI	Entrevistas explorando o impacto das restrições de visitas impostas pela COVID-19 em UCI	Foram identificados 5 temas relacionados com as restrições de visitas: • barreiras físicas à presença familiar; • a comunicação inadequada; • as despedidas apressadas sem privacidade; • a perda do momento da despedida; • a não participação na tomada de decisão na saúde dos seus entes queridos.	A limitação da presença familiar tem um impacto negativo sendo por isso necessário identificar novas formas e estratégias para uma maior flexibilidade, melhor comunicação para uma prática futura, mesmo em situações de crise.

Cypress & Allred, 2024, Nova Jérsia	Building family resilience: Qualitative perspectives from a multisite experimental study in intensive care units	Estudo qualitativo; 150 doentes em UCI, 150 familiares e 90 profissionais de saúde.	Participação da família nas rondas interdisciplinares usando o modelo da estrutura da resiliência familiar.	Foram identificadas diferentes experiências e perceções de familiares e profissionais que mostram o papel da família como um sincronizador interligando 5 temas, a família como moderador, como defensor, como terapêutica, levando à felicidade e à consciência da iminência da morte.	As experiências apoiam o uso da estrutura de resiliência familiar em UCI e concluem ainda que as práticas que incluem a família podem beneficiar os doentes, os familiares e o seu estado de saúde.
Goldfarb *et al.*, 2023, Estados Unidos da América (EUA)	Family Engagement in the Adult Cardiac Intensive Care Unit: A Survey of Family Engagement Practices	Estudo de Inquérito; 39 inquéritos entregues a uma rede colaborativa de uma rede de unidade de cuidados intensivos cardíacos – Critical Care	Levantamento de práticas que levam ao envolvimento familiar numa UCI cardíaca.	Foram identificadas práticas adotadas mais comuns a: visita aberta (95%), a informação e o apoio à família (85%) e as conferências estruturadas dos cuidados (82%). A barreiras mais comuns foram as políticas relacionadas com o COVID (38%), limitações de recursos (13%), disponibilidade da	As práticas de envolvimento familiar variam, mas são amplamente colocadas em prática sendo a visita aberta a prática mais comum e a restrição durante a pandemia a maior barreira. Permitir que os familiares estejam presentes nas rondas da UCI foi a estratégia mais frequentemente referida para melhorar o envolvimento familiar.

		Cardiology Trials Network (CCCTN).		família (10%), variabilidade no interesse dos prestadores de cuidados no envolvimento da família (8%), distância da família ao centro do estudo (8%) e dinâmicas familiares problemáticas (8%).	
Dijkstra *et al.*, 2023a	Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers – An integrative review	Revisão integrativa; Doentes, familiares e profissionais de UCI.	Análise da participação da família nos cuidados essenciais.	Identificou necessidades, perceções e preferências da família, evidenciou a importância do convite por parte dos profissionais, assim como do suporte e formação. Destacou as barreiras como falta de conhecimento, competência e condições organizacionais.	A participação da família reduz potencialmente o stress e a probabilidade de desenvolver síndrome pós- cuidados intensivos após a alta. A participação da família nos cuidados requer, acima de tudo, formação, apoio e adaptação organizacional para garantira segurança e qualidade dos cuidados.

Dijkstra *et al.*, 2023b	Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes	Revisão integrativa; Doentes críticos, familiares e profissionais de saúde em UCI	Revisão de intervenções que promovem a participação da família nos cuidados essenciais.	Após a participação dos familiares em diversas atividades de cuidados essenciais, como a higiene, os posicionamentos e o apoio emocional, obteve-se uma redução significativa da ansiedade e nos sintomas de stress pós-traumático nos familiares. A satisfação familiar também aumentou. Melhorou também a comunicação. Foram identificadas algumas barreiras como o medo e o desconforto dos familiares.	A implementação da participação da família requer intervenções estruturadas, formação e suporte institucional.
Milner *et al.*, 2020, EUA	Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit:	Estudo qualitativo, entrevistas semiestruturadas;	Exploração de estratégias para implementação e manutenção de	Foram identificadas barreiras e estratégias nas três fases de estratégias para implementação e	A implementação de visitas abertas em UCI é possível, mas requer estratégias estruturadas, apoio organizacional e mudança cultural

	A multicentre qualitative study	Enfermeiros líderes em UCI.	visitas abertas em UCI	manutenção de visita aberta na UCI. Foram identificadas barreiras como a resistência dos enfermeiros, barreiras clínicas como a suspensão destas visitas por isolamentos. Foram identificadas estratégias como a procura da prática baseada na evidência, o uso da empatia, a comunicação eficaz, a presença de segurança, assim como o poder de decisão do enfermeiro em manter as visitas abertas, ou não e ainda a existência de espaços físicos destinados à família.	para garantir sustentabilidade da mesma.
Kynoch *et al.*, 2021, Austrália	The intensive care unit visiting study: a	Estudo descritivo;	Levantamento de comportamentos,	Os visitantes valorizam proximidade física com o paciente,	A experiência de uma visita familiar em UCI é fortemente influenciada

	multisite survey of visitors	368 visitantes de UCI.	necessidades e práticas da visita familiar em UCI.	comunicação clara com a equipa, horários flexíveis e envolvimento no cuidado. A presença reduz ansiedade e aumenta sensação de inclusão. Barreiras incluíram restrições de horário, limitações de espaço e receio de interferir nos cuidados. Visitantes sugeriram políticas de visita flexíveis e apoio da equipa para melhorar a experiência.	pelas preferências dos próprios familiares e isso pode ajudar as instituições nas melhorias das políticas de visitas a doentes na UCI.

Tabela 2: Estudos incluídos na scoping review

Os estudos incluídos apresentados anteriormente evidenciam de forma consistente, que a presença e participação da família e conviventes em UCI está associada a múltiplos benefícios, nomeadamente a nível do bem-estar emocional tanto do doente como da família, uma melhoria na comunicação com a equipa multidisciplinar, aumento da satisfação com os cuidados e uma redução da ansiedade e do stress associados a este tipo de internamento complexo.

Neste contexto, reforço a importância do EEEMCPSC enquanto elemento central na promoção da inclusão da família no processo de cuidados. Pela sua formação diferenciada e competências específicas, o EE encontra-se numa posição privilegiada para facilitar a comunicação entre a equipa, o doente e a família, promover um ambiente terapêutico e humanizado bem como preparar e capacitar os familiares para a sua integração nos cuidados, nunca colocando de parte a segurança da PSC, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, a literatura também nos mostra a existência de diversas barreiras à implementação efetiva destas práticas, destacando-se fatores organizacionais e fatores profissionais, como a sobrecarga de trabalho, a falta de formação sobre esta temática e receios relacionados com a interferência nos cuidados à PSC.

Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de desenvolver e implementar estratégias estruturada, sustentadas na evidência científica, que promovam a inclusão da família de forma segura, organizada e humanizada, contribuindo para a prestação de CCP e CCF em contexto de UCI.

2.6. Discussão de Resultados

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca da presença e participação da família em UCI, com enfoque nos seus benefícios, barreiras e nas práticas que promovem visitas seguras e humanizadas. A análise dos estudos incluídos permitiu identificar um corpo de evidência consistente que reforça a relevância da integração da família no processo de cuidados à PSC, evidenciando simultaneamente a complexidade inerente à sua implementação em contextos de elevada complexidade como são caracterizadas as UCI.

De forma transversal, os estudos analisados evidenciam que a presença e participação da família e conviventes em contexto de UCI está associada a benefícios significativos ao nível do bem-estar emocional, psicológico e relacional, tanto para o doente como para os seus familiares.

Apesar de todos estes benefícios, importa salientar que a presença e participação da família não ocorreram de forma linear ao longo do tempo, tendo sido fortemente condicionada por diferentes contextos e circunstâncias, sendo a pandemia por COVID-19 um exemplo marcante. Esta introduziu alterações significativas nas políticas de visita e na organização dos cuidados em UCI, com impacto direto na presença e envolvimento familiar.

O estudo de Bloomer *et al.* (2024), descreve de forma aprofundada como as restrições de visitas alteraram profundamente a experiência dos familiares e toda a dinâmica de cuidados em contexto de UCI, através de entrevistas individuais a familiares e enfermeiros. As limitações impostas à presença física criaram barreiras significativas à ligação entre o doente e a família bem como à sua participação no processo de tomada de decisão. Este afastamento forçado traduziu-se em experiências emocionalmente marcantes, caracterizadas pela vivência de despedidas apressadas ou até mesmo inexistentes. Adicionalmente, foram identificadas falhas na comunicação entre a equipa e os familiares, por falta de tempo por parte dos profissionais, o que contribuiu para um aumento da ansiedade, da incerteza e do sentimento de perda de controlo por parte dos mesmos. Adicionalmente, medidas de restrições físicas, como o uso de EPI reduziram muito do tempo de contacto que os familiares tinham para estar com os doentes. Importa ainda destacar que este estudo evidenciou que a própria equipa de enfermagem, quando para além do papel de prestadores de cuidados tinham de aplicar as restrições de visitas, demonstravam sentimentos de angústia perante situações em que tinham qdefazer a restrição de visitas.

Assim, embora as restrições tenham sido implementadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão de infeção, o seu impacto revelou-se particularmente significativo ao nível emocional e relacional, tanto dos familiares como da equipa de enfermagem, evidenciando assim, a importância de equilibrar medidas de segurança com soluções que garantam a humanização dos cuidados mesmo em situações excecionais, como foi o caso do COVID-19.

Neste sentido, a evidência científica incluída nesta *scoping review* demonstra de forma consistente que a presença e participação da família em contexto de UCI constitui uma componente fundamental dos CCP, estando associada a múltiplos benefícios a nível emocional, psicológico e clínico, tanto para o doente como para os seus familiares.

Estudos como o de Beydoun *et al.* (2026), reforçam a importância do envolvimento da família em rondas multidisciplinares, sugerindo a sua realização em formato virtual, com acompanhamento da equipa de saúde e promoção da participação ativa da família no processo de cuidados ao doente.

Os resultados evidenciam que a participação da família, através de modalidades virtuais, está associada a um aumento significativo da satisfação e do seu nível de envolvimento, demonstrando a viabilidade de estratégias que promovem a sua integração, mesmo em contextos de restrição, ao ultrapassar limitações à presença física.

De forma semelhante, Sildoski *et al.* (2025) demonstram que a participação dos familiares em visitas multidisciplinares, apesar das dificuldades iniciais na sua integração e na compreensão do seu papel, contribuiu para a redução da ansiedade e da confusão, bem como para a melhoria da compreensão do estado clínico do doente. Após a familiarização com a estrutura e funcionamento destas rondas, os familiares passaram a sentir-se mais incluídos e valorizados, percecionando esta experiência de uma forma positiva, levando à redução da ansiedade, da confusão e da incerteza. Adicionalmente, esta participação permitiu a partilha de informações relevantes com a equipa de saúde, facilitando o seu envolvimento no processo de cuidados.

Ressalvam ainda a importância da utilização, por parte da equipa, de uma linguagem clara e adaptada ao nível de compreensão dos diferentes elementos da família. A informação adquirida durante as visitas contribuiu para a tomada de decisão dos familiares, bem como para a atualização mais eficaz da situação clínica ao restante núcleo familiar.

Concluem, assim, que as visitas constituem momentos privilegiados para a aquisição e partilha de conhecimento, sendo que a promoção do envolvimento da família em contexto de UCI se traduz em benefícios para a pessoa, para a família e para toda a equipa multidisciplinar.

De igual forma, Cypress e Allred (2024) evidenciam que o envolvimento familiar pode assumir múltiplos papéis, funcionando como elemento de suporte emocional, de defesa e de promoção da resiliência familiar, entendida como a capacidade que a família tem de resistir e recuperar da adversidade.

Neste estudo foram identificadas diferentes experiências e perceções de familiares e profissionais, destacando-se o papel da família enquanto:

- "Sincronizador", na medida em que os familiares, por conhecerem o estado basal do doente conseguem reconhecer alterações clínicas de uma forma precoce;
- "Moderador", ao facilitar a compreensão da informação clínica e promover maior clareza com a sua participação nas rondas interdisciplinares;
- "Defensor", ao representar o doente, caso este não seja capaz, e ainda participar no processo de tomada de decisão;
- "Terapêutico", através do fornecimento de amor, carinho e apoio emocional.

Estes contributos permitiram que doentes, familiares e profissionais de saúde experienciassem sentimentos de bem estar, como "sentirem-se felizes", associado a estados de paz e satisfação, favorecendo ainda o reconhecimento do "aviso prévio e consciência da impermanência da vida e da iminência da morte" (Cypress e Allred, 2024).

A partilha de informação e proximidade relacional contribuem, assim, para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a família e a equipa de saúde, elemento essencial para a prestação de CCP e CCF.

Diversos autores evidenciam como benefícios da presença familiar como a redução da ansiedade, do stress e da sensação de isolamento, bem como a melhoria do bem-estar emocional e da satisfação com os cuidados prestados, verificando-se ainda uma diminuição de sintomas da depressão e perturbação de stress pós-traumático nos familiares (Kynoch *et al.*, 2021; Dijkstra *et al.*, 2023b).

Estes resultados sugerem que a presença da família funciona como um elemento estabilizador num ambiente frequentemente percecionado como hostil e despersonalizado, contribuindo para a manutenção da identidade e dignidade da PSC.

A participação ativa da família nos cuidados constitui igualmente uma dimensão relevante identificada na literatura. Estudos indicam que o envolvimento em atividades de cuidados essenciais, como o apoio emocional, a presença durante procedimentos e, em alguns casos, a participação em cuidados básicos, como os cuidados de higiene, estão associados a benefícios tanto para o doente como para os familiares, reduzindo potencialmente o stress e a probabilidade de desenvolver síndrome pós- cuidados intensivos após a alta. Para os familiares a oportunidade de participar ativamente nos cuidados em UCI contribui para a satisfação da sua necessidade de apoiar promovendo simultaneamente um maior sentimento de utilidade (Dijkstra *et al.*, 2023a).

Este envolvimento permite à família assumir um papel mais ativo, deixando de ser apenas observadora para se tornar parceira no processo de cuidados, reforçando o sentimento de pertença e integração.

Para além dos benefícios ao nível emocional e relacional, alguns estudos destacam também o contributo da presença familiar para a segurança e qualidade dos cuidados. A participação da família pode facilitar a deteção precoce de alterações no estado clínico da PSC, uma vez que os familiares possuem um conhecimento prévio da pessoa e são capazes de identificar mudanças subtis no seu comportamento habitual. Este aspeto assume particular relevância em situações como o *delirium*, onde a identificação precoce de sinais pode ser determinante para a intervenção atempada (Azimzadeh *et al.*, 2025).

Deste modo, a família assume um papel complementar à vigilância clínica, contribuindo para uma abordagem mais sensível, contínua e individualizada do PSC.

Não obstante os benefícios amplamente reconhecidos, a evidência analisada demonstra que a implementação da presença familiar em UCI continua a ser condicionada por diversas barreiras, que se manifestam a diferentes níveis. Ao nível organizacional, destacam-se limitações estruturais, como a inexistência de espaços adequados para acolher os familiares, bem como políticas institucionais restritivas que limitam os horários de visita e a permanência junto da PSC. Estas restrições foram particularmente evidentes em contextos como a pandemia de COVID-19, onde a limitação da presença familiar teve impactos negativos significativos na experiência dos familiares e no processo de comunicação com a equipa de saúde (Bloomer *et al.*, 2024).

Para além das questões estruturais, fatores relacionados com a organização dos cuidados e a gestão do tempo assumem igualmente um papel relevante. Estudos referem que a elevada carga de trabalho e a necessidade de garantir a continuidade e segurança dos cuidados podem levar os profissionais a percecionar a presença da família como um fator de perturbação (Milner *et al.*, 2020). Adicionalmente, a ausência de protocolos claros e de orientações institucionais pode dificultar a implementação consistente de práticas de envolvimento familiar (Goldfarb *et al.*, 2023).

Ao nível dos profissionais de saúde, destacam-se também barreiras relacionadas com atitudes, crenças e competências. A literatura evidencia que alguns enfermeiros manifestam receio de que a presença da família possa interferir com a prestação de cuidados, bem como comprometer a privacidade no ambiente clínico (Yakubu *et al.*, 2025). Enquanto os profissionais tendem a valorizar a necessidade de controlo e organização do ambiente, as famílias expressam frequentemente o desejo de maior proximidade e flexibilidade nas visitas (Kynoch *et al.*, 2021; Yakubu *et al.*, 2025). Esta discrepância evidencia a necessidade de desenvolver abordagens que conciliem estas diferentes perspetivas, promovendo um equilíbrio entre a segurança clínica e a humanização dos cuidados.

Face a estes desafios, a literatura destaca a importância da implementação de estratégias estruturadas que promovam a inclusão da família de forma segura e sustentável. A adoção de políticas de visita aberta ou flexível surge como uma das principais recomendações, embora a sua implementação dependa de fatores como o apoio institucional, a liderança e a existência de uma cultura organizacional favorável (Milner *et al.*, 2020).

No estudo de Kynoch *et al.* (2021), verifica-se que os familiares preferem visitas a meio da manhã, uma vez que este período lhes proporciona a oportunidade de interação com a equipa de saúde. Esta evidência pode apoiar a definição de horários de visita mais ajustados, permitindo equilibrar as necessidades de pacientes e familiares de forma a promover uma experiência mais satisfatória para todos.

Para além disso, a integração da família em práticas como as rondas multidisciplinares e o envolvimento em cuidados essenciais constitui uma estratégia relevante para promover a participação ativa (Sildoski *et al.*, 2025). Contudo, para que estas práticas sejam implementadas de forma eficaz torna-se necessária a formação tanto dos familiares como dos profissionais de saúde em UCI, onde são necessárias abordar preocupações de modo a garantir a segurança e qualidade dos cuidados (Dijkstra *et al.*, 2023a).

Torna-se, assim, evidente a necessidade de preparar e capacitar os familiares para a sua participação nos cuidados. O envolvimento familiar revela-se mais eficaz quando os familiares são devidamente informados, orientados e apoiados pela equipa de saúde, sendo essencial o desenvolvimento de estratégias de educação e comunicação (Dijkstra *et al.*, 2023a; Dijkstra *et al.*, 2023b; Sildoski *et al.*, 2025). Neste contexto, o EE assume um papel central, sendo responsável por avaliar a disponibilidade e capacidade da família, promover um ambiente seguro e garantir que a participação ocorre de forma adequada às necessidades da PSC.

O recurso a tecnologias, nomeadamente para facilitar a presença virtual da família, tem também sido identificado como uma estratégia relevante, particularmente em contextos de restrição de visitas. Estas soluções permitem manter o contacto entre a PSC e a família, contribuindo para a redução do isolamento e para a preservação da ligação emocional (Beydoun *et al.*, 2026).

Face a estes resultados, torna-se evidente que a presença e o envolvimento da família em contexto de UCI assumem um papel determinante na promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa. No entanto, a sua implementação continua a depender de múltiplos fatores, nomeadamente organizacionais, profissionais e relacionais, que podem facilitar ou dificultar a sua integração na prática clínica.

Assim, a análise dos estudos incluídos evidencia não só os benefícios associados ao envolvimento familiar, mas também a complexidade inerente à sua operacionalização em contextos de elevada exigência, como as UCI. Esta realidade reforça a necessidade de desenvolver abordagens estruturadas, sustentadas em evidência científica e adaptadas à realidade de cada contexto, que permitam integrar a família de forma segura, consciente e consistentena prática clínica, sem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e assegurados pelos profissionais de saúde.

2.7. Considerações Éticas

O presente estudo integra-se no Curso de MEMCEPSC, realizado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, e visa contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico no que diz respeito à presença de familiares numa UCI em contexto de cuidados à PSC.

Embora se trate de um estudo de natureza documental, assente numa *scoping review* da literatura científica existente, todo o processo foi norteado pelos princípios éticos e deontológicos fundamentais que orientam a prática de investigação em Enfermagem.

Por se tratar de uma *scoping review*, não envolveu a participação direta de seres humanos, nem a recolha de dados primários, baseando-se exclusivamente na análise de estudos previamente publicados. Neste sentido, não foi necessária a submissão a uma comissão de ética.

Neste sentido, foram assegurados os princípios da integridade científica, transparência, rigor metodológico e responsabilidade na condução do estudo. Ao longo das etapas de pesquisa, seleção, extração e análise dos dados, foram adotados procedimentos que garantiram a transparência, a rastreabilidade e a fiabilidade da informação incluída. As decisões relativas à inclusão e exclusão dos estudos basearam-se em critérios previamente definidos e claramente estabelecidos, permitindo minimizar potenciais enviesamentos e assegurar o rigor e a consistência metodológica do estudo.

O acesso às bases de dados científicas, nomeadamente PubMed, Scopus e EBSCOhost, bem como a outras fontes complementares, foi realizado através de plataformas institucionais autorizadas e seguras. Todos os documentos consultados foram devidamente referenciados de acordo com as normas APA (7.ª edição), garantindo o respeito pelos direitos de autor e pelos princípios de integridade académica. Sempre que foram utilizadas citações diretas, estas foram apresentadas de forma rigorosa, enquadradas no contexto adequado e corretamente identificadas, assegurando a preservação do significado original das fontes.

Para além dos aspetos metodológicos, importa ainda salientar que a temática em análise — a presença e participação da família em unidades de cuidados intensivos — envolve dimensões éticas relevantes na prática clínica diária, nomeadamente no que se refere ao equilíbrio entre a promoção da humanização dos cuidados, o respeito pela autonomia da pessoa e da família e a garantia da segurança clínica e da qualidade dos cuidados. Neste contexto, a produção de conhecimento científico nesta área assume particular importância, contribuindo para uma tomada de decisão ética, informada e fundamentada por parte dos profissionais de saúde.

O presente estudo procura não apenas respeitar os princípios éticos da investigação, mas também contribuir para a reflexão ética sobre a prática de cuidados em contexto de elevada complexidade, como são as UCI.

Desta forma, assegura-se que o presente trabalho foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da investigação em Enfermagem, promovendo a integridade científica, o rigor metodológico e o respeito pelos valores que orientam a prática profissional.

2.8. Limitações do estudo

Apesar do rigor metodológico adotado, o presente estudo apresenta algumas limitações que importa considerar. A natureza da *scoping review*, embora adequada para mapear a evidência existente e identificar lacunas no conhecimento, não contempla uma avaliação crítica aprofundada da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que pode condicionar a robustez e o nível de evidência das conclusões apresentadas.

Adicionalmente, a diversidade metodológica dos estudos incluídos, bem como a heterogeneidade das intervenções e contextos analisados, constituiu um desafio à analise comparativa dos resultados, limitando a possibilidade de generalização das conclusões para todos os contextos de cuidados intensivos.

A estratégia de pesquisa adotada, ainda que estruturada e sistematizada, pode também ter condicionado a identificação da totalidade da evidência disponível, nomeadamente pela inclusão de estudos apenas em determinados idiomas e indexados em bases de dados específicas, podendo ter sido excluídos estudos relevantes publicados noutros contextos ou fontes.

Importa ainda referir que a rápida evolução do conhecimento científico nesta área, particularmente após a pandemia por COVID-19, poderá implicar que novas evidências venham a emergir, podendo complementar ou atualizar os resultados obtidos neste estudo.

Por fim, reconhece-se que a experiência limitada na área da investigação constituiu um desafio ao longo do desenvolvimento da revisão, nomeadamente no que se refere à definição da estratégia de pesquisa e à análise crítica dos dados. No entanto, este aspeto foi progressivamente superado, tendo contribuído para o desenvolvimento de competências fundamentais na prática baseada na evidência.

2.9. Implicações para a Prática

Os resultados desta revisão evidenciam implicações significativas para a prática clínica, particularmente no contexto das UCI, reforçando a necessidade de integrar a família como elemento ativo no processo de cuidar, promovendo uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na sua rede de suporte.

Neste sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento e implementação de políticas institucionais que promovam a presença e participação da família de forma estruturada, segura e consciente. A adoção de modelos de visitas flexíveis ou aberta, adaptados à realidade de cada contexto, constitui uma estratégia

relevante, permitindo responder às necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família, sem comprometer a organização e segurança dos cuidados.

A evidência analisada destaca igualmente a importância da integração da família em momentos-chave do processo de cuidados, como as rondas multidisciplinares, favorecendo a partilha de informação, a tomada de decisão informada e o fortalecimento da relação de confiança entre a equipa de saúde e os familiares. Esta participação deve ser acompanhada por uma comunicação clara, empática e adaptada ao nível de literacia dos familiares, promovendo o seu envolvimento ativo e consciente.

A capacitação da família assume também um papel central, sendo necessário desenvolver estratégias de educação e apoio que permitam preparar os familiares para a sua participação nos cuidados, garantindo que esta ocorre de forma segura, adequada e ajustada às necessidades da PSC. Neste contexto, a avaliação da disponibilidade, capacidade e vontade da família torna-se essencial para orientar a sua integração no processo de cuidados.

O recurso a tecnologias digitais surge igualmente como uma ferramenta relevante, particularmente em situações de restrição de visitas, permitindo manter a ligação entre a PSC e a família, reduzir o isolamento e promover a continuidade da relação terapêutica.

Ao nível organizacional, torna-se necessário investir na criação de espaços físicos que permitam acolher os familiares de forma digna e segura, bem como no desenvolvimento de protocolos e orientações institucionais claras que sustentem a prática dos profissionais.

O EEEMCPSC assume, neste contexto, um papel central e diferenciador, sendo responsável pela promoção de práticas baseadas na evidência, pela gestão da complexidade clínica e pela articulação entre a equipa, a PSC e a família. Compete-lhe, ainda, facilitar a comunicação, promover a humanização doa cuidados, identificar as necessidades da família e garantir que a sua participação ocorre de forma segura, ética e adequada, assegurando a segurança e qualidade dos cuidados.

Para além disso, a formação e sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da presença familiar constituem elementos fundamentar para a mudança de paradigma, permitindo ultrapassar resistências e promover uma cultura organizacional maia aberta à integração da família nos cuidados.

Importa salientar que a implementação destas práticas deve ser acompanhada por processos de avaliação contínua, permitindo analisar o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados, bem com ajustar estratégias de acordo com as necessidades específicas de cada contexto.

Deste modo, a integração da família em UCI não deve ser encarada como um elemento acessório, mas como uma componente essencial da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para a humanização, segurança e eficácia dos cuidados à PSC.

2.8. Considerações Finais da *Scoping Review*

Apesar do crescimento da evidência nesta área, persistem lacunas relevantes que devem ser consideradas. A diversidade de abordagens e intervenções identificadas dificulta a comparação entre estudos, evidenciando a necessidade de maior uniformização conceptual e metodológica. Para além disso, verifica-se uma escassez de investigações que avaliem o impacto a longo prazo do envolvimento familiar, quer nos resultados clínicos da PSC, quer na experiência e prática dos profissionais de saúde, o que limita uma compreensão mais aprofundada dos seus efeitos sustentados.

Os estudos incluídos nesta *scoping review* abordam a temática da presença e participação da família em UCI através de diferentes abordagens metodológicas, incluindo estudos qualitativos, quantitativos e revisões da literatura, permitindo, assim, uma compreensão mais abrangente e multidimensional do fenómeno. Esta diversidade metodológica possibilita compreender não apenas as perceções dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, mas também das experiências, necessidades e expectativas dos familiares, bem como avaliar intervenções concretas, como a participação em rondas multidisciplinares, o envolvimento em cuidados essenciais, a implementação de políticas de visita aberta e o recurso a estratégias inovadoras, incluindo a utilização de tecnologia para a participação virtual.

A convergência dos resultados, independentemente da metodologia utilizada, reforça a consistência dos resultados encontrados, ao evidenciar padrões semelhantes no que diz respeito à inclusão da família, às barreiras à sua implementação e às estratégias facilitadoras da sua integração. Esta consistência contribui para a robustez das conclusões desta revisão, sustentando a relevância desta temática na prática clínica em contexto de cuidados à PSC numa UCI.

Em síntese, os resultados desta *scoping review* demonstram que o envolvimento da família em UCI constitui uma componente essencial para a humanização dos cuidados e para a promoção de uma abordagem centrada na pessoa. A sua integração no processo de cuidados associa-se a benefícios

significativos a nível emocional, relacional e potencialmente clínico, tanto para a PSC como para os seus familiares.

Contudo, a sua implementação efetiva exige a superação de barreiras organizacionais, estruturais e profissionais, bem como o desenvolvimento de estratégias estruturadas e sustentadas em evidência científica e adaptadas aos contextos específicos. Neste processo, destaca-se o papel do EE enquanto facilitador da comunicação, da integração da família e da promoção de práticas seguras e humanizadas contribuindo para uma abordagem mais holística, ética e centrada nas necessidades da PSC e dos seus conviventes significativos.

Desta forma, torna-se fundamental que as instituições de saúde integrem de forma progressiva e sustentada práticas que promovam o envolvimento da família, reconhecendo o seu contributo como parte integrante do processo terapêutico e da qualidade dos cuidados em contexto de UCI.

Por fim, torna-se pertinente a continuação do desenvolvimento de investigação futura nesta área, que permita aprofundar o impacto a longo prazo da participação da família, bem como avaliar a eficácia de diferentes modelos de integração familiar em contexto de UCI. Paralelamente, recomenda-se a produção de evidência que sustente a definição de orientações clínicas e organizacionais mais consistentes e uniformizadas, contribuindo para a consolidação de práticas baseadas na evidência.

Deste modo, o investimento contínuo na investigação e na implementação de estratégias de integração da família constitui um elemento -chave para a evolução dos cuidados intensivos, contribuindo oara a promoção de cuidados mais seguros, humanizados e centrados na pessoa e na sua família, em resposta às exigências crescentes dos contextos clínicos contemporâneos.

Conclusão

A elaboração do presente relatório de estágio representa o fim de um percurso formativo exigente e profundamente enriquecedor, desenvolvido no âmbito de MEMCEPSC. Este percurso permitiu não apenas a aquisição e consolidação de competências especializadas, mas também a construção de uma posição, como enfermeira, mais crítica, reflexiva e sustentada na evidência científica.

Ao longo dos diferentes campos de estágio que fui frequentando, UCISU, SU e SMI, foi possível, em todos eles contactar com realidades assistenciais muito distintas, sempre caracterizadas por um elevado nível de complexidade e exigência clínica por parte do enfermeiro. Estas experiências, contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências ao nível do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada, da priorização de cuidados e da atuação rápida em situações de instabilidade hemodinâmica e risco iminente de vida. Paralelamente, permitiram reforçar a importância de uma prática centrada na pessoa e na família, sustentada em princípios éticos, de segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito aos objetivos inicialmente definidos, considera-se que estes foram globalmente atingidos. Foi possível descrever e analisar criticamente os diferentes contextos de estágio, refletir sobre as experiências vivenciadas e evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEEMCPSC. Paralelamente, foi assegurada a integração do conhecimento teórico e da evidência científica na análise da prática clínica, promovendo uma abordagem fundamentada e reflexiva. Este processo foi sustentado por uma postura reflexiva contínua, que permitiu identificar áreas de melhoria e promover o meu desenvolvimento profissional.

A componente de investigação constituiu igualmente um elemento central deste percurso, permitindo a aquisição de competências ao nível da pesquisa, análise e síntese da evidência científica. No que concerne especificamente à realização da *scoping review*, esta permitiu mapear de forma sistemática a evidência científica já existente sobre a presença familiar em UCI, evidenciando uma evolução progressiva das práticas no sentido da valorização da família como elemento integrante no processo de cuidar. Os resultados obtidos demonstram que a implementação de políticas de presença familiar mais flexíveis, quando devidamente estruturadas, se associa a benefícios significativos ao nível do bem-estar emocional, da comunicação e da humanização dos cuidados, sem comprometer a segurança clínica. Simultaneamente, foram identificadas barreiras à sua implementação, nomeadamente de natureza

organizacional, cultural e formativa, reforçando a necessidade de investimento em estratégias estruturadas e baseadas na evidência.

O desenvolvimento da componente investigativa não esteve isento de dificuldades, particularmente devido à reduzida experiência prévia na área de investigação, inicialmente na escolha do tema e posteriormente no que se refere à definição de estratégia de pesquisa, seleção crítica de estudos e análise de resultados. Contudo, estas dificuldades exigiram um esforço acrescido de aprendizagem autónoma traduzindo-se por isso, numa oportunidade de crescimento e desenvolvimento de competências fundamentais para a prática baseada na evidência. Para além disso, a gestão do tempo entre as exigências da minha prática profissional diária, e a elaboração do trabalho constituiu igualmente um desafio significativo ao longo de todo o percurso.

Apesar das dificuldades, este trabalho permitiu reconhecer a importância da investigação como uma ferramenta essencial na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. A integração da evidência científica na prática clínica revelou-se determinante para a tomada de decisão informada, tendo sempre em vista uma prática mais segura, eficaz e centrada na pessoa.

A aquisição e consolidação de todas estas competências ao longo deste percurso formativo assumiram um papel determinante não apenas no meu desenvolvimento profissional, mas também na construção de uma maior consciência do papel do EE nos contextos de cuidados à PSC. Este processo permitiu-me evoluir de uma prática onde predominava apenas a execução para uma prática mais autónoma, crítica e fundamentada, baseada na capacidade de análise, tomada de decisão e previsão antecipada de necessidades da PSC. O desenvolvimento destas competências revelou-se um marco essencial para a prestação de cuidados diferenciados, seguros e de qualidade, evidenciando a importância do EE enquanto elemento central na gestão da complexidade clínica e na coordenação de cuidados.

Para além disso, o percurso desenvolvido contribuiu para o fortalecimento da capacidade reflexiva sobre a prática, permitindo reconhecer o impacto que têm as intervenções de enfermagem na experiência da PSC e da sua família. Assim, o EE assume-se não apenas como um profissional tecnicamente diferenciado, mas também como um agente de mudança, capaz de influenciar positivamente a qualidade dos cuidados, promover a humanização e contribuir para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Face a todo o trabalho desenvolvido, importa ainda destacar o potencial contributo deste trabalho para a prática clínica e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Os resultados obtidos na *scoping*

review evidenciam a pertinência da temática da presença familiar em UCI, reforçando a necessidade de adoção de práticas estruturadas que promovam simultaneamente a humanização e a segurança dos cuidados. Neste sentido, constitui objetivo futuro a divulgação dos resultados deste estudo através da sua publicação, contribuindo para a partilha de conhecimento e para o fortalecimento da evidência disponível nesta área. Este compromisso com a disseminação do conhecimento reflete uma postura profissional orientada não apenas para a melhoria da prática individual, mas também para o avanço coletivo da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão autónoma.

Em síntese, este relatório representa não apenas a conclusão de uma etapa académica, mas também a consolidação de um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, orientado para a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, seguros, humanizados e baseados na evidência científica. Constitui, assim, um ponto de partida para uma prática profissional mais autónoma, consciente e crítica, comprometida com a qualidade dos cuidados e com a melhoria contínua dos resultados em saúde da PSC e da sua família.

Do ponto de vista formativo, todo o percurso desenvolvido revelou-se determinante para o meu crescimento pessoal e profissional consistente, sustentado na consolidação de valores como a ética, o rigor científico, a responsabilidade profissional e a humanização dos cuidados. A articulação entre a prática clínica e a componente de investigação permitiu-me reforçar a compreensão da enfermagem como uma disciplina orientada para a pessoa, suportada pela evidência científica.

Como já referi anteriormente, mais do que a aquisição de competências técnicas e científicas, este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma postura profissional mais autónoma, crítica e reflexiva, capaz de responder às exigências dos contextos de elevada complexidade. O percurso realizado possibilitou o reconhecimento do papel do EE como um elemento fundamental na transformação das práticas clínicas, através da evidência científica, da valorização da investigação aplicada e da reflexão contínua sobre a prática. Neste sentido, emerge um compromisso reforçado com a excelência dos cuidados, a segurança do doente e a adoção de abordagens inovadoras que respondam às necessidades emergentes dos contextos de saúde.

Assim, este relatório não representa apenas o término de um ciclo académico, mas assume-se como o início de uma nova etapa profissional, marcada por uma prática mais consciente, fundamentada e orientada por princípios científicos e éticos. A valorização da investigação, da evidência e da reflexão

crítica configura-se, deste modo, como um eixo central para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e para a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua família.

Referências bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências* (RT 11/2015). Unidade de Instalações e Equipamentos

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas 14/2019 — Recomendações técnicas para a sala de emergência* (RT 14/2019). Ministério da Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos: RT 09/2013 (V. 2024)*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Acedido a 25 de maio: https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

Assembleia da República. (2001). *Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro* (*aprova para ratificação a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). Diário da República – 1.ª Série I-A*, n.º 2, 03 jan. 2001, 14–36. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128

Azimzadeh, D., Lapierre, A., Bouaouina, Z., Williamson, D., Mailhot, T., & Arbour, C. (2025). *ICU nurses' perceptions on family involvement in delirium care for postoperative cardiac surgery patients: A qualitative study. Intensive & critical care nursing, 88,* 104001. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104001

Batalha, Luis Manuel Cunha, Figueiredo, Ana Margarida, Marques, Marisa, & Bizarro, Vera. (2013). Adaptacão cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(9), 7-16. https://doi.org/10.12707/RIII12108

Beccaria, L. M., Ribeiro, R., Souza, G. L., Scarpetti, N., Contrin, L. M., Pereira, R. A. M., & Rodrigues, A. M. S. (2008). *Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento*. Arquivos de Ciências da Saúde, 15(2), 65–69

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.

Beydoun, S. A., Bahrami, S., Burns, K. E. A., Debigaré, S., Duong, J., Gagné, C., Kifell, J., Price, C., Rubulotta, F., Stephenson, A., Udupa, S., Wang, H. T., & Goldfarb, M. (2026). *Virtual family participation in adult intensive care unit rounds: A multicenter pilot feasibility cohort study. Journal of critical care*, 91, 155245. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2025.155245

Bloomer, M. J., Yuen, E., Williams, R., & Hutchinson, A. M. (2024). First and final farewells, disrupted family connections and loss: A collective case study exploring the impact of COVID-19 visitor restrictions in critical care. *Intensive & critical care nursing*, *80*, 103534. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103534

Braga, R. B., Brandão, A. K. L., Sandes, J. C., Mota, C. M. S., Costa, D. da C., Portela, C. R. A. dos R., Laurindo, O. V., Ribeiro, G. de S., Souza, E. M. M. de, & Castilho, F. F. P. (2025). Prognóstico neurológico e sedação: a contribuição das escalas Glasgow, Ramsay e RASS no cuidado intensivo. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 18(10), e21444. https://doi.org/10.55905/revconv.18n.10-126

Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2018). *Optimal database combinations*

for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. Systematic Reviews, 6(1), 245. https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y

Castro, C., Vilelas, J., & Rebelo Botelho, M. A. (2011*). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v15i2.58

Costa, F. A. D. da, Torres, R. S., & Sousa, C. dos P. F. de. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. https://doi.org/10.12707/RV21028

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil, 15*(3), 137–145. https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181

Cypress, B. S., & Allred, S. (2024). Building family resilience: Qualitative perspectives from a multisite experimental study in intensive care units. Family Relations, 73(1), 154–170. https://doi.org/10.1111/fare.12893

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., … Curtis, J. R. (2017). *Diretrizes para Cuidados Centrados na Família na UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto. Medicina de cuidados intensivos*, 45(1), 103–128. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

Diário da República. (2013, 25 de fevereiro). *Despacho n.º 2902/2013: Cria o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)* (Diário da República, 2.ª série, n.º 38).

Diário da República. (2022, 8 de setembro). *Despacho n.º 10901/2022: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)* (Diário da República, 2.ª série, n.º 174, pp. 93–99)

Diário da República. (2015a). *Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.* Diário da República, 2.ª série, n.º 102, 27 de maio, pp. 13550–13553. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf

Diário da República. (2015, 3 de agosto). *Diário da República, 1.ª série, n.º 149*. https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf

Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J. M., Pelgrim, T., van der Hoeven, H. G., Schoonhoven, L., Ebben, R. H. A., & Vloet, L. C. M. (2023a). Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers-An integrative review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *36*(3), 401–419. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.003

Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J. M., Pelgrim, T., van der Hoeven, J. G., Schoonhoven, L., Ebben, R. H. A., & Vloet, L. C. M. (2023b). Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes. *Journal of clinical nursing*, *32*(17-18), 5904–5922. https://doi.org/10.1111/jocn.16714

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados*

de Saúde. Lisboa: Autor

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 007/2010 de 06 de outubro de 2010 – *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação para a identificação inequívoca de doentes*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)* (Norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013). Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2019, 16 de outubro). Norma nº 007/2019 — Higiene das mãos nas unidades de saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2024). *Relatório de monitorização da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. da, Vasconcelos, M. F. de, & Viana, A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(4), 1–6. https://doi.org/10.12707/RV20045

Ferreira, C. C. G., Estevam, F. E. B., Guimarães, J. C., Valadares, M. S., & Tannure, M. C. (2013). *Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento*. Enfermagem Revista, 16(1), 72–82.

Freitas, J., Pereira, R., Carita, G., & Pimentel, A. (2025). *Processos de tomada de decisão por parte do enfermeiro em contexto de pessoa em situação crítica: Uma revisão narrativa da literatura*. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESS CVP Lisboa*, 17, 40–46.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). STOP Infeção Hospitalar! — Um desafio Gulbenkian (Estudo). https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf

Goldfarb, M., Alviar, C., Berg, D., Katz, J., Lee, R., Liu, S., Maitz, T., Padkins, M., Prasad, R., Roswell, R., Shah, K., Thompson, A., van Diepen, S., Zakaria, S., & Morrow, D. (2023). Family Engagement in the Adult Cardiac Intensive Care Unit: A Survey of Family Engagement Practices in the Cardiac Critical Care Trials Network. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, *16*(9), e010084. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010084

JBI Manual for Evidence Synthesis. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis. Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). Joanna Briggs Institute*. Acedido em Maio, 25, 2025 em https://synthesismanual.jbi.global;

Kynoch, K., Coyer, F., Mitchell, M., & McArdle, A. (2021). The intensive care unit visiting study: A multisite survey of visitors. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *34*(6), 587–593. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.01.007

Lucas, P. R. M., & Nunes, E. M. G. T. (2020). *Ambiente da prática de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão scoping*. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(6). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-

0479

Macedo, A., Maia, A. & Martins, S. (2024). *Um olhar para a Saúde com Ciência e Educação.* Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Máximo, M., & Puga, A. (2021). Gestão da sedação em unidade de cuidados intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(4), 157–169.

Milner, K. A., Marmo, S., & Goncalves, S. (2021). Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, *62*, 102927. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927

Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K., & Kitto, S. (2016). *Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(6), 1183–1202. https://doi.org/10.1111/hex.12402

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril).

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

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011: *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.* Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011, 8656–8657.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem* (Edição de 2015). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pd

Ordem dos Enfermeiros. (2015b, 26 de junho). *Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 123, 17240–17243).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho. Diário Da República*. Acedido em Maio, 25, 2025 em, https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019 – Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem* (Diário da República, 2.ª série, n.º 184, de 25 de setembro de 2019)

Ordem dos Enfermeiros. (2019a*). Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário Da República*. Acedido em Maio, 25, 2025 em, https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referenciação de medicina intensiva (RNEHR)*. Ordem dos Médicos.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews: Advancing the methodology. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13(3), 141– 146. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (Versão 8)*. Lisboa: Autor.

Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (2016). Os princípios da bioética aplicados na sala de urgência. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18–23.

Sidloski, T., Edwards, M., Martin, D., & Olafson, K. (2025). Family member experiences with adult ICU multidisciplinary rounds: Transition from observers to participants. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 36*(1), 37–46. DOI: 10.5737/23688653-36137

Sousa, D., Ribeiro, R., Jacinto, R., Maia, P., Moreira, F., Galhardo, O., Fernandes, H., Pereira, I., Cardoso, E., Figueiredo, D., Costa, D., & Ferreira, A. (2025). *Visita da família e seu envolvimento no cuidado aos doentes em unidades de cuidados intensivos: uma revisão integrativa.* RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 7(1). https://doi.org/10.51126/revsalus.v7i1.879

Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os "certos"? *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa, 16*, 15–27.

The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. The Health Foundation. https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple

Universidade do Minho. (2026). *Normas Formatação UMINHO. Despacho RT-38*. https://alunos.uminho.pt/PT/estudantes/Formataes/1_Despacho_RT-38_2026.pdf

Universidade do Minho. (s.d.). *Plano de estudos – Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica*. https://www.ese.uminho.pt/pt/posgraduacao/MestradoEnfermagemMedicocirurgicaareaEnfermagemPessoaSituacaoCritica/Paginas/Planodeestudos.aspx

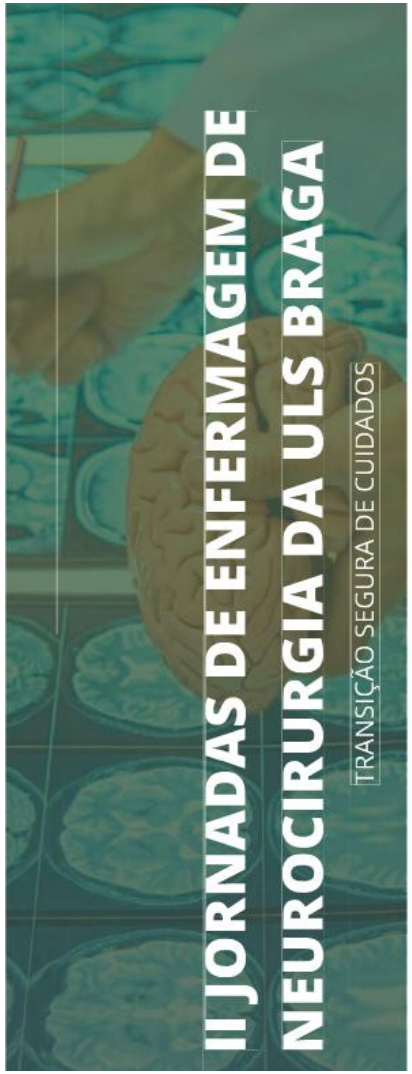
Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review / Working methods of nurses in hospitals: Scoping review / Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: Scoping review*. Journal Health NPEPS, 6(2).

Yakubu, Y. H., Elham, N., & Esmaeili, M. (2025). Comparison of Nurses' and Families' beliefs and attitudes regarding visiting policy in selected intensive care units of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 23*, 100879. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100879

Zinn, G. R., Silva, M. J. P., & Telles, S. C. R. (2003). *Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11(3), 326–332. https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300010

Anexos

Anexo I - II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da Unidade Local Saúde Braga



CERTIFICADO

Declara-se, para os devidos efeitos, que

Joana Maria Sousa Mendes

esteve presente nas II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da ULS Braga, realizadas no dia 6 de junho.

Braga, 6 de junho de 2025

A Comissão Organizadora

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA

Anexo II - Comissão organizadora do VII Encontro de Enfermagem do Serviço de Cardiologia, na Unidade Local Saúde Alto Ave



VII Encontro de Enfermagem do Serviço
de Cardiologia da ULS Alto Ave

Cuidar ao Ritmo da Inovação

CERTIFICADO

Certifica-se que

JOANA MARIA SOUSA MENDES

integrou a Comissão Organizadora do **VII Encontro de Enfermagem do Serviço de Cardiologia**, que decorreu no dia 3 de abril de 2025 das 09h às 18h00 e no dia 4 de abril de 2025, das 09h00 à 13h00, nas instalações da ULS do Alto Ave, em Guimarães.

Pela Comissão Organizadora,

Anabela Azevedo

Anabela Azevedo

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE Serviço Cardiologia

Apêndices

Apêndice I – Panfleto Acidente Vascular Cerebral – Unidade Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

Independentemente do tratamento realizado, o doente **poderá ficar ainda com algum défice neurológico** como alteração da fala, diminuição da força de um lado do corpo, desequilíbrio, entre outras.



A **reabilitação** é fundamental para a recuperação do doente, esta é exercida por equipas multidisciplinares e deve ser iniciada o mais precocemente possível, contando com a intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação.



Dúvidas? Fale connosco!

A equipa médica e de enfermagem está disponível para qualquer esclarecimento.

Horário das visitas:

2 pessoas por doente

12:30h - 14:30h

17:30h - 19:30h

AVC

Acidente Vascular Cerebral

O que é?

Um **Acidente Vascular Cerebral** é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo para o cérebro, podendo assim causar dano nas células cerebrais.



Existem dois tipos de AVC:

- **AVC Isquémico:** Causado por uma obstrução (por exemplo: um coágulo) numa artéria cerebral;
- **AVC Hemorrágico:** causado pela rutura de um vaso sanguíneo no cérebro, causando uma hemorragia.

Apêndice I – Panfleto Acidente Vascular Cerebral – Unidade Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (Continuação)

Quais os sinais de alerta?

Reconhecer os sinais de um AVC é muito importante para se agir o mais depressa possível, conhecidos como os **3 F´s**.



Face: a boca ou o queixo estão descaídos?



Força: dificuldade em levantar um dos braços?



Fala: Fala arrastada ou incompreensível?



Ligar de imediato para o 112

Principais causas

- Hipertensão;
- Colesterol alto;
- Diabetes;
- Arritmia Cardíaca;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Sedentarismo;
- Álcool em excesso;
- Stress;
- Idade.



Como prevenir?

- Vigiar a pressão arterial;
- Vigiar a glicemia capilar (se for diabético);
- Praticar atividade física;
- Evitar o tabaco e o álcool;
- Ter uma alimentação saudável.



O AVC tem tratamento?

AVC isquémico: Se ainda estiver nas primeiras horas de sintomas pode fazer:

- **Trombolítico intravenoso**: para isso o doente tem que chegar muito cedo ao hospital.
- **Trombectomia endovascular:** em doentes selecionados com casos graves de oclusão de artérias cerebrais.

AVC hemorrágico: não há tratamento que permita reverter logo os sintomas, mas há medidas muito importantes para tentar diminuir a gravidade.

Os resultados destes tratamentos são sempre melhores quanto mais cedo forem feitos.

"TEMPO É CÉREBRO"

