Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sara Ataíde de Oliveira

O Acompanhamento da Família pelo Enfermeiro Especialista no Contexto da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos: Uma *Scoping Review*

Abril de 2026

O Acompanhamento da Família pelo Enfermeiro Especialista no Contexto da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos: Uma *Scoping Review*

Sara Ataíde de Oliveira

UMinho | 2026

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Sara Ataíde de Oliveira

O Acompanhamento da Família pelo Enfermeiro Especialista no Contexto da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos: Uma *Scoping Review*

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

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Paula C. Encarnação

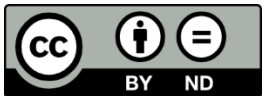
Abril de 2026

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



Atribuição-Sem Derivações

CC BY-ND

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

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste relatório de estágio. Dedico estas palavras a todos que, direta ou indiretamente, tornaram este trabalho possível.

À minha orientadora científica, Professora Doutora Paula Cristina Encarnação, agradeço pelo apoio, dedicação e conhecimento transmitido durante a elaboração deste relatório de estágio. Agradeço também aos meus orientadores de estágio pelo saber partilhado, pelas reflexões proporcionadas e pelas experiências enriquecedoras, que foram determinantes para o meu crescimento profissional como enfermeira e futura especialista. Às equipas de trabalho que me acolheram nos seus serviços, agradeço a receção calorosa, a integração e a disponibilidade para esclarecer dúvidas sempre que necessário. Aos Enfermeiros Gestores, agradeço pela atenção e abertura demonstradas ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho deixo um agradecimento especial pela amizade, pelo espírito de equipa e por todo o apoio incondicional, especialmente nos momentos de maior sobrecarga e de desafio. A vossa ajuda foi imprescindível.

Aos meus amigos, agradeço pelo constante apoio e pela compreensão mesmo nas horas de ausência ao longo deste percurso.

Por fim, e acima de tudo, aos meus pais e irmão, a minha eterna gratidão pelo amor, paciência, incentivo e por acreditarem sempre em mim, mesmo nos momentos em que duvidava de mim própria.

Muito obrigada a todos!

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.

O acompanhamento da família pelo enfermeiro especialista no contexto da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos: uma *Scoping Review*

RESUMO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, e tem como principais objetivos analisar o processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e mapear o acompanhamento prestado às famílias com Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI-F), através de uma *Scoping Review*. A componente clínica decorreu em três contextos distintos: Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência Polivalente. Estes contextos possibilitaram o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Destaca-se a aquisição de competências na prestação de cuidados altamente diferenciados à pessoa em situação crítica, na tomada de decisão em contextos complexos e na atuação em situações de emergência, bem como na prevenção e controlo de infeções. A componente de investigação consistiu na realização de uma *Scoping Review*, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre o acompanhamento dos enfermeiros especialistas às famílias com SPICI-F em contexto hospitalar. A análise dos estudos incluídos evidenciou que o acompanhamento às famílias ocorre em diferentes momentos do percurso assistencial (internamento em cuidados intensivos, transição para enfermaria e *follow-up*), sendo destacadas intervenções centradas na comunicação, apoio emocional e identificação de necessidades familiares. Observou-se uma evolução na avaliação da síndrome, que passou de uma análise centrada nos sintomas psicológicos para uma abordagem multidimensional, que integra as dimensões física e social. Embora persista a escassez de modelos estruturados consensuais, destaca-se a emergência de ferramentas proativas e preditivas. Conclui-se que o percurso formativo contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências especializadas e para a consolidação de uma prática clínica baseada na evidência. A investigação realizada evidencia a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o acompanhamento às famílias de pessoas em situação crítica, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção de cuidados centrados na pessoa e na família, bem como na implementação de estratégias que promovam o seu bem-estar e adaptação ao longo do processo de doença crítica.

Palavras-chave: Enfermagem em Cuidados Críticos; Família; Hospitais; Síndrome Pós-Cuidados Intensivos; Unidades de Cuidados Intensivos.

The follow-up of the family by the specialist nurse in the context of post-intensive care syndrome: a Scoping Review

ABSTRACT

This internship report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of the Person in Critical Situation, and has as its main objectives to analyse the process of competency development of the Specialist Nurse and to map the *follow-up* provided to families with Post-Intensive Care Syndrome (PICS-F), through a Scoping Review. The clinical component took place in three distinct contexts: Neurocritical Intermediate Care Unit, Intensive Care Service and General Emergency Service. These contexts enabled the development and consolidation of common and specific competencies of the specialist nurse, namely in the domains of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and development of professional learning. The acquisition of competencies in the provision of highly differentiated care to the person in critical situation stands out, in decision-making in complex contexts and in acting in emergency situations, as well as in infection prevention and control. The research component consisted of conducting a Scoping Review, with the objective of mapping the scientific evidence on the *follow-up* by specialist nurses of families with PICS-F in the hospital context. The analysis of the included studies showed that *follow-up* of families occurs at different moments of the care pathway (intensive care admission, transition to the ward and *follow-up*), with interventions centred on communication, emotional support and identification of family needs being highlighted. An evolution in the assessment of the syndrome was observed, moving from an analysis focused on psychological symptoms to a multidimensional approach, integrating physical and social dimensions. Although the scarcity of widely consensual structured models persists, the emergence of proactive and predictive tools stands out. It is concluded that the training pathway significantly contributed to the development of specialised competencies and to the consolidation of evidence-based clinical practice. The research carried out highlights the need to deepen knowledge regarding the *follow-up* of families of people in critical situation, reinforcing the role of the specialist nurse in promoting person- and family-centred care, as well as in the implementation of strategies that promote their well-being and adaptation throughout the critical illness process.

Keywords: Critical Care Nursing; Critical Care Unit; Family; Hospitals; Post-Intensive Care Syndrome.

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS ii

AGRADECIMENTOS iii

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) iv

RESUMO v

ABSTRACT vi

ÍNDICE DE FIGURAS x

ÍNDICE DE TABELAS x

LISTA DE SIGLAS xi

INTRODUÇÃO 1

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA 3

1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEUROCRÍTICOS (UCIN) 3

1.1. Caracterização da UCIN 3

1.2. Caracterização da equipa de Enfermagem da UCIN 5

2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) 6

2.1. Caracterização do SMI 6

2.2. Caracterização da Equipa de Enfermagem do SMI 9

3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) 11

3.1. Caracterização do SUP 11

3.2. Caracterização da Equipa de Enfermagem do SUP 15

4. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 17

4.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 17

4.1.1. Competências do domínio "Responsabilidade profissional, ética e legal" 18

4.1.2. Competências do domínio "Melhoria contínua da qualidade" 20

4.1.3. Competências do domínio " Gestão de cuidados" 23

4.1.4. Competências do domínio "Desenvolvimento das aprendizagens profissionais" 26

4.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista 28

4.2.1. Competências do domínio "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" 29

4.2.2. Competências do domínio " Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação" 35

4.2.3. Competência do domínio "Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" . 37

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 41

1. ENQUADRAMENTO 41

2. METODOLOGIA 42

2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo 43

2.2. Questão de Investigação 43

2.3. Critérios de Elegibilidade 44

2.4. Estratégia de Pesquisa 45

2.5. Seleção dos Estudos 46

2.6. Apresentação de Resultados 49

2.7. Discussão de Resultados 63

2.8. Considerações Éticas 68

3. Nota Conclusiva 69

CONCLUSÃO 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

ANEXOS 82

ANEXO 1.- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA..... 83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos. 48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.- Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na *Scoping Review*. 50

Tabela 2.- Estratégia de pesquisa específica utilizada para cada base de dados. 84

LISTA DE SIGLAS

ACSA - *Andalusian Agency for Healthcare Quality;*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;

APACHE II – Avaliação Fisiológica Aguda e Crônica de Saúde II;

ARS – Administração Regional de Saúde;

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

BASE – *Bielefeld Academic Search Engine;*

BDI – *Beck Depression Inventory*;

CEIC - Comité de Ética para a Investigação Clínica;

CES-D – *Center for Epidemiological Studies Depression Scale ;*

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool;*

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência;

DGS – Direção-Geral de Saúde;

DVE – Drenagem Ventricular Externa;

EA – EG - Escala de Autoeficácia Geral;

EC – Ensino Clínico;

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation;*

EE – Enfermeiro Especialista;

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EES – Escala de Sonolência *Epworth*;

FAI – Instrumento de Avaliação de Fadiga;

FS-ICU – *Family Satisfaction in the ICU* ;

GAD-7 – *Generalized Anxiety Scale;*

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar;

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;

ICG – Inventário de Luto Complicado;

IES – *Impact of Event Scale;*

ITU – Infeção do Trato Urinário;

JBI – *Joanna Briggs Institute*;

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico;

MRC – *Medical Research Council*;

MSPSS – Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção;

PCL – *PTSD checklist*;

PC-PTSD –*Primary Care PTSD Screen ;*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória;

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire* – 9;

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

PRISMA – ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses – Extension for Scoping Reviews*;

PSC – Pessoa em Situação Crítica;

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático;

PSQI – Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*;

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados;

RIH – Resposta Intra-Hospitalar;

SE – Sala de Emergência;

SF-12 - Questionário de Saúde de 12 Itens;

SF-36 – *36-Item Short Form Health Survey*;

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica;

SMI – Serviço de Medicina Intensiva;

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos;

SPICI-F – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos na Família;

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;

SU – Serviço de Urgência;

SUB – Serviço de Urgência Básico;

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;

SUP – Serviço de Urgência Polivalente;

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde;

TCE – Traumatismo Cranioencefálico;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

UCIN – Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos;

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

ULS – Unidade Local de Saúde;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral;

VVC – Via Verde Cardíaca;

VVS – Via Verde Sépsis:

VVT – Via Verde Trauma.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem vindo a afirmar-se, progressivamente, enquanto profissão e disciplina científica (Regulamento n.º613/2022,2022). O desenvolvimento da investigação em enfermagem e o crescimento das áreas de conhecimento, associadas à disciplina, têm contribuído para a construção de um corpo científico próprio, reforçando a autonomia profissional e o reconhecimento do papel dos enfermeiros no sistema de saúde (Regulamento n.º613/2022,2022). A evolução das necessidades de cuidados e a crescente complexidade dos contextos de prestação de cuidados têm exigido o desenvolvimento de competências cada vez mais diferenciadas na profissão, conduzindo à ampliação das áreas de atuação e do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista, bem como do seu papel enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde (Regulamento n.º613/2022,2022).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, particularmente na Área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), presta cuidados altamente qualificados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida (Regulamento n.º429/2018, 2018). Neste sentido, necessita de desenvolver um conjunto de competências específicas que sustentam a sua prática especializada (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A realização de estágios de componente clínica assume, assim, um papel fundamental no aprofundamento de conhecimentos e no desenvolvimento de competências em enfermagem, sendo considerado um elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O presente Relatório de Estágio é realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção - Estágio Final, integrada no plano de estudos do 1.º semestre, do 2º ano, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo 2025/2026. O Estágio Clínico (EC) decorreu em três contextos: (1) numa Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos (UCIN); (2) num Serviço de Medicina Intensiva (SMI); e (3) num Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Durante o primeiro estágio, foi elaborado um pré-projeto de investigação, que estruturou o trabalho apresentado na Parte II deste relatório. Este trabalho abordou a temática "O acompanhamento da família pelo enfermeiro especialista no contexto da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos", através de uma *Scoping Review*.

A Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICI-F) tem sido descrita, principalmente, como um conjunto de consequências psicológicas clinicamente significativas que afetam familiares de doentes em situação crítica, internados em SMI, incluindo ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático e luto patológico (Shirasaki et al., 2024). Para além das manifestações psicológicas, os familiares também podem experienciar consequências físicas, como fadiga e distúrbios do sono, particularmente no período pós-SMI, onde o impacto do internamento pode estender-se à esfera socioeconómica, gerando insegurança financeira associada às exigências de cuidado ao doente (Shirasaki et al., 2024). Os resultados deste estudo poderão contribuir para a clarificação e definição de intervenções dos enfermeiros especialistas, na área da pessoa em situação crítica, dirigidas aos familiares com SPICI em contexto hospitalar.

Face ao exposto, o presente relatório apresenta dois objetivos gerais: analisar o processo de desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo por base a articulação entre a experiencia clínica vivenciada e o referencial normativo e teórico da profissão; e mapear a evidência publicada sobre o acompanhamento e as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas junto de famílias com Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) em contexto hospitalar, através de uma *Scoping Review*.

Nesse sentido, este relatório de estágio foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva. No que diz respeito à estrutura, inicia-se pela presente introdução, da qual faz parte o enquadramento (temporal e espacial), uma breve apresentação do tema, onde são mencionados os objetivos a atingir, assim como a metodologia utilizada. Segue-se o desenvolvimento, que se encontra divido em duas partes: a Parte I , onde está descrito cada contexto de estágio, seguido por uma análise crítico-reflexiva do percurso formativo, ilustrando-se o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE); e a Parte II, que apresenta a *Scoping Review* elaborada sobre o acompanhamento providenciado pelos enfermeiros especialistas às famílias com SPICI em contexto hospitalar, onde se encontra o enquadramento detalhado do problema, a questão de investigação, a metodologia adotada, seguida da análise e discussão dos resultados, terminando na identificação de implicações para a prática clínica, para a formação e para a investigação futura nesta temática. Por fim, o relatório inclui a conclusão, as respetivas referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEUROCRÍTICOS (UCIN)

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocríticos (UCIN) numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte, tendo sido realizado entre 21 de abril e 16 de junho de 2025, com um total de 200 horas. O seu principal objetivo foi o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico (EEEMC) , com foco na área de Enfermagem nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

1.1. Caracterização da UCIN

A Direção-Geral de Saúde (DGS) (2003) define Áreas de Cuidados Intermédios como espaços equipados com recursos humanos e tecnológicos adequados à monitorização e tratamento de doentes instáveis, com disfunções orgânicas e risco de falência de funções vitais. Trata-se de um conjunto integrado de meios especializados, humanos, físicos e técnicos, destinados a doentes que, embora não se encontrem em estado crítico, requerem vigilância contínua e sistemática, 24 horas por dia (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003). Os cuidados neurocríticos constituem uma subespecialidade distinta que se dedica à gestão e monitorização de doentes, que pela natureza e gravidade da disfunção do sistema nervoso é considerado um doente de alto risco, associado a um elevado grau de morbimortalidade (Moheet et al., 2018). A deteção precoce da disfunção neurológica, bem como o seu reconhecimento e tratamento, aliada a uma articulação eficaz entre os diferentes intervenientes, assume um papel fundamental na melhoria dos resultados clínicos. A UCIN onde decorreu o estágio está inserido no Serviço de Neurocirurgia de uma ULS. Esta ULS presta assistência direta à população de seis concelhos, totalizando 274 769 habitantes. No entanto, é considerado um hospital de referência para determinadas especialidades médicas de quatorze concelhos, abrangendo, globalmente, uma área de cerca de 1 100 000 habitantes.

Esta unidade é classificada como uma unidade de nível dois, de carácter fechado e monovalente. Dispõe de nove unidades de tratamento, cada uma equipada com um monitor que permite a vigilância contínua da pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio. Os monitores possuem ainda capacidade para monitorização invasiva da pressão arterial e da pressão venosa central, sendo possível realizar a monitorização da pressão intracraniana através de sensor intraparenquimatoso. Todo o material e equipamento atribuído a cada unidade de tratamento pertence à UCIN, sendo a sua gestão da responsabilidade da Direção do Serviço.

Além destas nove unidades de tratamento, esta unidade é composta por: um posto de trabalho de enfermagem, onde é realizada a passagem de turno dos enfermeiros; uma sala de trabalho de enfermagem, onde está armazenada toda a medicação da unidade e onde a mesma também é preparada; um armazém, com todo o material necessário para a realização de diversos procedimentos; uma rouparia; e uma sala de limpos e de sujos. Por outro lado, está também alocado a esta unidade, um carro de emergência, uma mala de emergência, um ecocardiograma e uma balança com elevador.

Os doentes admitidos na UCIN são doentes que devido à patologia neurocirúrgica que apresentam, exigem monitorização neurológica contínua, assim como vigilância constante da via aérea e do estado hemodinâmico. É igualmente frequente a presença de desequilíbrios metabólicos associados a estas condições, o que requer uma monitorização clínica e analítica apertada. As infeções constituem uma complicação comum e relevante, associando-se a elevada morbilidade e mortalidade, além de contribuírem para o aumento dos custos e prolongamento do internamento. Estas intercorrências representam um desafio acrescido na gestão destes doentes, com impacto negativo no seu prognóstico.

O Serviço de Neurocirurgia onde se encontra inserido definiu, para a UCIN, determinados critérios de admissão e de alta de doentes. Os critérios de admissão incluem: Traumatismo Cranioencefálico (TCE) moderado a grave; politraumatizados com TCE, clinicamente instáveis; todos os pós-operatórios de cirurgia craniana; doentes neurocirúrgicos que não preencham os critérios acima, mas que apresentem comorbilidade cardiorrespiratória descompensada; os que necessitam de monitorização invasiva; e outra intervenção neurocirúrgica com risco potencial de deterioração neurológica súbita. As admissões programadas na UCIN devem ser comunicadas ao médico responsável com, pelo menos, 24 horas de antecedência. Na eventualidade de inexistência de vagas na Unidade, os doentes que reúnem critérios de admissão são inicialmente internados noutras unidades equivalentes. Assim que se verifique disponibilidade de vaga na UCIN, procede-se à sua transferência, garantindo a continuidade dos cuidados diferenciados.

Por sua vez, os critérios de alta são estabelecidos com base na patologia específica de cada doente. No caso de doentes com patologia neurocirúrgica que já não necessitem de monitorização invasiva, que não apresentem risco de instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica, e que não requeiram vigilância neurológica contínua, a sua orientação será realizada da seguinte forma:

- Doentes com necessidade de cuidados neurocirúrgicos serão transferidos para o internamento de Neurocirurgia para continuação de cuidados;

- Doentes sem necessidade de cuidados neurocirúrgicos: são transferidos para outros Serviços, caso apresentem patologia que justifique internamento e que não seja do foro neurocirúrgico; são transferidos para o hospital da área de residência caso apresentam patologia que justifique internamento e que não necessite de mais cuidados neurocirúrgicos; e, terão alta para o domicílio se reunirem critérios de alta por neurocirurgia e não apresentarem outros motivos de internamento.
- Doentes com necessidade de suporte ventilatório são transferidos para Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP).

A informação clínica relativa ao estado e evolução dos doentes é confidencial e é facultada presencialmente pelo médico responsável do serviço, em horários previamente definidos numa escala semanal. O horário das visitas é limitado a dois intervalos de duas horas durante o dia, um de manhã, e outro de tarde, podendo estar duas visitas ao mesmo tempo para cada doente.

1.2. Caracterização da equipa de Enfermagem da UCIN

A equipa de profissionais do Serviço de Neurocirurgia é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS). De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), apesar da grande diversidade e tipos de unidades de cuidados intermédios a nível nacional, recomenda-se um rácio de um enfermeiro por cada três camas de internamento para unidades de cuidados intermédios de forma a assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Recomenda-se que, preferencialmente, 50% da equipa de enfermagem seja constituída por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com diferenciação na área de Enfermagem à PSC, assegurando presença contínua ao longo das 24 horas (Regulamento n.º743/2019, 2019). Por outro lado, também se considera pertinente a inclusão de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para além dos rácios previamente estabelecidos, atuando de forma complementar e assegurando a prestação contínua de cuidados, ao longo de toda a semana (Regulamento n.º743/2019, 2019).

A equipa de enfermagem desta unidade é composta por um total de vinte e três enfermeiros, incluindo três EEEMC, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Esta equipa desempenha as suas funções em regime de turnos, com o horário mensalmente elaborado pelo Enfermeiro Gestor, complementado por um plano de trabalho diário. A organização é feita através de equipas de trabalho estruturadas. A figura de responsável de turno, designada pelo Enfermeiro Gestor, assegura a liderança da equipa durante a sua ausência. A prestação dos cuidados é garantida por um rácio de enfermagem alinhado, sempre que

possível, com as diretrizes estabelecidas para a prestação segura de cuidados, fundamentadas em dotações adequadas, pelo que são designados três enfermeiros para cada turno: manhã (8h30-14h), tarde (14h30 – 21h) e noite (20h30- 9h), realçando que a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação apenas está presente, durante a semana, no turno da manhã.

A organização da prestação de cuidados é operacionalizada pelo método de cuidados individuais. Esta metodologia assenta na complementaridade do trabalho em equipa, em que o desempenho é coletivo e o resultado é maior que a soma das partes individuais. A passagem de informação clínica é realizada através de reuniões de passagem de turno, incluídas no turno de trabalho, tendo a duração de 30 minutos.

No plano de trabalho encontra-se a distribuição dos doentes, assim como a atribuição do posto de Enfermeiro de Referência ou de Responsável de turno, preferencialmente atribuído a um enfermeiro especialista, ao qual se acrescentam, às funções inerentes à sua categoria, as responsabilidades específicas deste papel.

Relativamente à restante equipa do UCIN, é composta por cerca de treze elementos da equipa médica de neurocirurgia e cerca de dez técnicas de auxiliares de saúde. É de realçar que todos os dias durante a semana, no turno da manhã, há uma médica de Medicina Interna que providencia apoio à UCIN.

2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

O estágio decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) integrado numa Unidade Local de Saúde do Norte, tendo sido realizado entre oito de setembro e nove de novembro de 2025, com um total de 200 horas. O seu principal objetivo foi o desenvolvimento de competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMC, com foco na área de Enfermagem nos Cuidados à PSC.

2.1. Caracterização do SMI

O desenvolvimento da medicina intensiva constituiu um dos avanços mais relevantes da medicina do século XX, ao transformar profundamente o conceito de tratamento e alargar os limites da intervenção médica (Despacho n.º 9715/2020, 2020). De facto, o progresso científico e tecnológico permitiu aumentar significativamente a capacidade de salvar vidas em risco e melhorar a sobrevivência de doentes com patologias graves, muitos dos quais dependentes de terapêuticas agressivas e/ou de suporte e substituição de funções vitais (Despacho n.º 9715/2020, 2020). Desta forma, a medicina intensiva constitui uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas, centrada na prevenção, no diagnóstico

e tratamento de condições de doença aguda potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência, iminente ou estabelecida, de uma ou mais funções vitais (Despacho n.º 9715/2020, 2020).

Deste modo, os Serviços de Medicina Intensiva constituem unidades altamente diferenciadas, destinadas à vigilância contínua e ao tratamento de doentes em situação crítica, com falência iminente ou instalada de uma ou mais funções vitais, que requerem monitorização e suporte contínuo das mesmas (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2024). Nestas unidades, a equipa multiprofissional, constituída por médicos e enfermeiros especializados, assume a responsabilidade integral, em regime permanente, pelo suporte e reversão das disfunções orgânicas, recorrendo a meios tecnológicos avançados e a intervenções terapêuticas intensiva (ACSS, 2024; DGS, 2003).

A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva classifica os cuidados intensivos em três níveis, de acordo com a complexidade das técnicas utilizadas e os recursos disponíveis em cada unidade hospitalar, sendo de notar que diferentes níveis podem coexistir na mesma unidade (DGS, 2003). O nível I destina-se a doentes com risco potencial de deterioração, que não necessitam de suporte invasivo, mas apenas de monitorização básica (DGS, 2003). Este nível pressupõe a capacidade de realizar manobras de reanimação e a articulação com serviços ou unidades de nível superior, quando necessário (DGS, 2003). O nível II destina-se a doentes que requerem cuidados mais intensivos do que os do nível I, mas não tão complexos como os do nível III (DGS, 2003). As unidades deste nível devem ter capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. Podem não dispor de acesso permanente a meios de diagnóstico ou especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (como neurocirurgia, cirurgia torácica ou vascular), pelo que é essencial garantir a articulação com unidades de nível superior e deve existir acesso permanente a médico com formação específica em cuidados intensivos (DGS, 2003). Por fim, o nível III corresponde a unidades dedicadas a doentes com falência ou risco iminente de falência de múltiplos órgãos, os denominados Serviços de Medicina Intensiva ou Unidades de Cuidados Intensivos (DGS, 2003). Estas unidades devem dispor, preferencialmente, de quadros próprios ou, pelo menos, de equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), com presença física de intensivistas 24 horas por dia (DGS, 2003). Pressupõe ainda acesso contínuo a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica avançados, implementação de medidas de controlo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

Nos hospitais portugueses, a designação de Serviço ou Unidade de Cuidados Intensivos aplica-se exclusivamente às unidades de nível III, correspondendo esta tipologia à unidade onde foi realizado o estágio final. O SMI em que o estágio decorreu está inserido numa ULS, integrando um centro hospitalar

composto por duas unidades hospitalares situadas em diferentes municípios do distrito. Este centro hospitalar presta assistência direta à população de três concelhos, totalizando 461 716 habitantes, o que representa aproximadamente 4,46 % da população nacional, de acordo com os dados dos Censos de 2021, embora possa atuar como referência indireta para toda a Região Norte (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Este SMI situa-se na zona B do sexto piso da unidade hospitalar. É composto por três Alas: A, B e C, totalizando 30 unidades de tratamento de nível III de cuidados de carácter polivalente, e inclui o Centro de Referência de Oxigenação por Membrana Extracorpórea - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Atualmente, apenas duas Alas (A e C) encontram-se em funcionamento, disponibilizando 22 unidades de tratamento: a Ala A, possui em área de *openspace* oito e quatro unidades de isolamento, enquanto a Ala C tem seis em área de *openspace* e quatro unidades de isolamento. Cada unidade está equipada com uma cama articulada, um ventilador mecânico previamente preparado aquando da admissão do doente; uma rampa de oxigénio com sistema de aspiração; um ambu; um estetoscópio; bombas de infusão contínua; e um monitor multiparamétrico que permite vigilância contínua da pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, índice *Bispectral* (BIS) e índice de Variabilidade de Saturação (INVUS), possuindo ainda capacidade para monitorização invasiva da pressão arterial, pressão venosa central e pressão intra-abdominal. Cada unidade dispõe também do material necessário para preparação de medicação e realização de diversos procedimentos, como colheita de sangue e aspiração de secreções, entre outros.

Para além das unidades de tratamento, cada Ala é composta por: dois postos de trabalho de enfermagem, um na área de *openspace* e outro à frente das unidades de isolamento, onde é realizado o *briefing* e a passagem de turno de enfermagem; uma farmácia com toda a medicação disponível; uma sala de trabalho com material de apoio; uma sala médica, onde é realizada o *briefing* médico; um armazém para reposição de material; uma sala de banho assistido, uma sala de limpos e sujos; e uma copa. Cada Ala conta ainda com um carro de emergência, uma mala de emergência e um ecógrafo. Este SMI dispõe de uma sala da família, na qual são realizadas reuniões multidisciplinares com os familiares dos doentes para discutir a situação clínica e o plano de cuidados de cada doente.

A informação clínica relativa ao estado e à evolução dos doentes é confidencial e é facultada presencialmente pelo médico responsável pelo doente. O horário de visitas decorre das 12h às 20h, sendo permitidas duas visitas ao mesmo tempo por doente. Uma estratégia adotada neste serviço é a realização de diários, que permanece na unidade do doente, desde o momento de admissão até à alta

da unidade, e consiste em diários da auditoria quer dos profissionais de saúde quer da família para o doente, que serão posteriormente mostrados quando este já se encontrar consciente.

Os doentes admitidos neste SMI necessitam de cuidados intensivos de nível III de carácter polivalente, pelo que o foco é a pessoa em situação crítica, definida como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º429/2018, 2018). São, portanto, admitidos doentes com falência ou risco iminente de falência de múltiplos órgãos, incluindo pós-operatórios complexos, politraumas graves, sépsis grave, entre outros. Por ser o único serviço do centro hospitalar que integra o Centro de Referência de ECMO, este SMI admite também um número considerável de doentes críticos com falência cardíaca e/ou pulmonar potencialmente reversível.

No SMI, os cuidados intensivos especializados são prestados de forma contínua, 24 horas por dia, todos os dias do ano, garantindo vigilância constante, monitorização avançada e terapêutica adequada a doentes em situação crítica. A equipa multidisciplinar assegura respostas rápidas a alterações do estado clínico, mantendo a continuidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

2.2. Caracterização da Equipa de Enfermagem do SMI

A Medicina Intensiva caracteriza-se pela sua natureza multidisciplinar, tendo como principal objetivo assegurar o suporte e a recuperação das funções vitais, de modo a criar condições que permitam tratar a doença subjacente e, consequentemente, proporcionar ao doente a possibilidade de uma vida futura com qualidade (Despacho n.º 9715/2020,2020). Desta forma, os SMI devem ser dotados, 24 horas por dia, de recursos humanos, médicos e enfermeiros, qualificados e devidamente treinados para gerir as situações que lhes são confiadas, utilizando a tecnologia disponível (Despacho n.º 9715/2020,2020).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), que tem por base a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, é recomendado que os rácios enfermeiro/doente sejam definidos em função da tipologia da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e das necessidades clínicas dos doentes. Assim, nas unidades de cuidados de nível III, correspondentes aos SMI, deve ser cumprido um rácio de um enfermeiro para um doente. É recomendado que 50% dos enfermeiros da equipa dos SMI sejam EEEMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assegurando a sua presença em permanência durante as 24 horas, e que a mesma proporção seja garantida em cada turno. A equipa deve integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, garantindo um rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada cinco doentes, todos os dias da semana (Regulamento n.º743/2019, 2019).

Efetivamente, a equipa de profissionais do SMI onde foi realizado o estágio é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e TAS. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por um total de 125 enfermeiros, dos quais 22 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A equipa desempenha as suas funções em regime de turnos, com o horário mensalmente elaborado pela Enfermeira Gestora, sendo este complementado por um plano de trabalho diário. A organização operacional é feita através de equipas de trabalho estruturadas, e cada turno conta com a figura do responsável de turno, designado pelo Coordenador. Este profissional é responsável pela realização do *briefing* de enfermagem no início de cada turno, momento em que apresenta o estado clínico e as necessidades de cada doente à equipa. Compete-lhe ainda coordenar a equipa de enfermagem, organizar os horários de refeições, prestar apoio direto na assistência ao doente sempre que necessário, e participar no *briefing* médico, assegurando a transmissão de informações entre as equipas médica e de enfermagem, incluindo todas as alterações relevantes ocorridas durante o turno.

A prestação de cuidados é garantida por rácios de enfermagem alinhados, sempre que possível, com as diretrizes de segurança e dotações adequadas, sendo designados oito enfermeiros por turno na Ala A e seis enfermeiros por turno na Ala C. Os turnos estão organizados nos seguintes horários: manhã (08h00–15h00), tarde (14h30–21h30) e noite (21h00–08h30). O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação está presente todos os dias, exceto ao domingo, nos turnos da manhã e da tarde.

Cerca de cinco enfermeiros que trabalham neste SMI integram o Centro de Referência de ECMO, sendo designados como Ecmistas. Estes profissionais estão presentes em todos os turnos da manhã, durante os quais realizam a manutenção e avaliação do desempenho do ECMO. Nos restantes turnos, encontram-se à chamada disponíveis para intervir sempre que ocorra uma intercorrência relacionada com o ECMO ou surja a necessidade de sua colocação.

A organização da prestação de cuidados é operacionalizada segundo o método de cuidados individuais, que se baseia na complementaridade do trabalho em equipa, em que o desempenho coletivo potencia os resultados obtidos. A passagem de informação clínica é realizada através de reuniões de passagem de turno, integradas no horário de trabalho e com duração média de 30 minutos, nas quais se inclui o *briefing* da equipa de enfermagem.

3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP)

O estágio decorreu num Serviço de Urgência (SU) integrado numa ULS do Norte, tendo sido realizado entre 10 de novembro de 2025 e 25 de janeiro do corrente ano, com um total de 200 horas. O seu principal objetivo foi o desenvolvimento de competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMC, com foco na área de Enfermagem nos Cuidados à PSC.

3.1. Caracterização do SUP

O SU é um serviço de ação médica hospitalar, de natureza multidisciplinar e multiprofissional, cujo objetivo é a receção, avaliação, diagnóstico e tratamento de doentes vítimas de acidente ou de doença aguda súbita que necessitam de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2016; Despacho Normativo nº11/2002, 2002). Neste contexto, são prestados cuidados de saúde a todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas(Despacho Normativo nº11/2002, 2002). O Despacho Normativo n.º 18459/2006 (2006), define urgência e emergência médica como "a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais" (p.1), cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exige uma intervenção médica imediata. Neste âmbito, o relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (CRRNEU) clarifica estes conceitos, definindo urgência como o "processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)" (ACSS, 2016, p.9) e emergência como "o processo em que existe risco de perda de vida ou de função orgânica, exigindo uma intervenção imediata." (ACSS, 2016, p.9), e a situação é considerada crítica quando não é rapidamente reversível, necessitando de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (ACSS, 2016).

Por outro lado, o SU constitui um dos pilares fundamentais do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), funcionando como a interface entre os diferentes níveis de resposta deste sistema (Despacho n.º696/2019, 2019). O seu funcionamento tem um impacto determinante na qualidade dos cuidados prestados aos doentes com situações agudas (Despacho n.º696/2019, 2019). Neste âmbito, o Despacho n.º 10319/2014 (2014) definiu a rede de urgências, como uma estrutura integrada que responde a necessidades diferenciadas da população, considerando os níveis de atendimento, a estrutura física, a logística e os recursos humanos de acordo com a sua estratificação. Nesta rede, são identificadas três tipologias de serviços de urgência: o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Básico (SUB) (ACSS, 2016). O SU no qual

foi realizado o estágio corresponde a uma SUP, por conseguinte, e não desconsiderando as restantes tipologias de urgência, será dado mais enfâse aos SUP.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), o SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, assegurando todas as valências médicas existentes num SUB e SUMC. Para além disso, integra respostas especificas a determinadas valências, garantindo cuidados especializados e de proximidade à população da sua área (Despacho n.º °10319/2014, 2014).

O estágio foi realizado num SUP que está inserido numa ULS, pertencente a um centro hospitalar composto por duas unidades hospitalares situadas em diferentes municípios do distrito. Este centro hospitalar presta assistência direta à população de três concelhos, abrangendo um total de 461 716 habitantes, o que representa aproximadamente 4,46 % da população nacional, de acordo com os dados dos Censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Por outro lado, é o hospital de referenciação para grande parte dos doentes graves da região a norte do Rio Douro. Este situa-se na zona D do primeiro piso da unidade hospitalar, sendo contíguo ao SMI de nível III, ao Serviço de Urgência Pediátrico, ao Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e ao Serviço de Imagiologia. Possui um heliporto hospitalar, permitindo receber doentes transportados por via área, e uma porta de entrada proveniente do exterior, destacando-se pela organização em sete áreas funcionais distintas: a Triagem; a Sala de Emergência (SE), a Área Médica, constituída pela área verde, azul, amarela e área laranja; a Área Cirúrgica, que engloba Ortopedia e Cirurgia; a Área de Oftalmologia; a Área de Otorrinolaringologia; e a Área de Psiquiatria. Este serviço dispõe ainda de um Bloco Operatório próprio, constituído por três salas cirúrgicas e uma área de recobro, vocacionado para a atividade cirúrgica urgente e/ou emergente. Integra doze gabinetes médicos, dois vestiários (masculino e feminino), uma copa, uma área de sujos, um armazém clínico, um armazém hoteleiro, três gabinetes de secretariado, um gabinete do Enfermeiro Chefe, um gabinete da Diretora da Urgência e uma sala de reuniões.

Conforme previsto no Despacho n.º 10319/2014 (2014), os SUP asseguram valências específicas adicionais às existentes nos SUB e SUMC. Nesse âmbito, o SUP onde decorreu o estágio disponibiliza as valências médicas específicas determinadas nesse despacho, nomeadamente: Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção, Cateterismo Cardíaco, Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiotorácica; Cirurgia Plástica e Reconstrutiva; Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Vascular; e Medicina Intensiva. Este SUP dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), permitindo a extensão da atuação do SU ao exterior da unidade

hospitalar e assegurando a resposta a situações de emergência pré-hospitalar, em conformidade com o estabelecido no Despacho n.º 10319/2014 (2014).

Após a realização da admissão administrativa no SUP, as pessoas são triadas através do Sistema de Triagem de Manchester, sendo posteriormente encaminhadas para as diferentes áreas funcionais responsáveis pelo atendimento e pela prestação de cuidados à população adulta. Para este efeito, o serviço dispõe de três gabinetes de Triagem de Manchester, totalmente equipados para a sua execução. A atribuição da prioridade de atendimento é realizada por um Enfermeiro Especialista, que utiliza de forma sistemática e objetiva os fluxogramas da Triagem de Manchester, de acordo com a identificação dos problemas apresentados e em conformidade com a Norma n.º 002/2018, - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018).

Todas as áreas funcionais encontram-se dotadas de uma diversidade de material clínico necessário ao tratamento e à prestação de cuidados de enfermagem, organizado em carros de apoio. Dispõem igualmente de monitores de monitorização elétrica e hemodinâmica, rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, seringas e bombas infusoras e contentores para resíduos hospitalares dos grupos I, II, III e IV. Salienta-se que em cada área funcional existe um carro de emergência e um desfibrilhador com monitor. Importa ainda referir que as áreas funcionais estão organizadas de forma centralizada, permitindo às equipas de saúde uma visão global das pessoas em atendimento, favorecendo a observação direta e contínua, bem como a realização simultânea da documentação dos cuidados prestados. Este SUP dispõe de uma sala da família, na qual os familiares, em particular dos doentes admitidos na SE, são encaminhados para posteriormente serem informados sobre a situação clínica atual do seu familiar.

Considerando que o foco do estágio incide na PSC, a Sala de Emergência (SE) revelou-se, sem dúvida, a área que mais despertou interesse pelas oportunidades de intervenção em cuidados especializados, sendo identificada como a área de predileção no âmbito como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A SE encontra-se totalmente equipada com material avançado e dispõe de cinco unidades funcionais para admissão da PSC. Cada unidade está equipada com uma cama articulada, um ventilador mecânico, duas balas de oxigénio, bombas e seringas de infusão contínua, um estetoscópio, e dois monitores multiparamétricos que permitem vigilância contínua da pressão arterial, da frequência e do ritmo cardíaco, da frequência respiratória, e da saturação periférica de oxigénio, sendo que um dos monitores portáteis para a utilização durante o transporte do doente para fora da SE. Cada unidade dispõe ainda de um carro com medicação de emergência e com o material necessário para a sua preparação e para a realização de diversos procedimentos, como colheita de sangue e entubação

endotraqueal, entre outros. A SE possui, igualmente uma rampa de oxigénio ao longos das cinco unidades com uma coluna vertical conectada a cada um destas unidades equipada com sistemas de aspiração e dispositivos de oxigenoterapia.

Na SE existem três carros móveis de apoio que contêm caixas de material específico para procedimentos de emergência, tais como: traqueostomia de emergência, linha arterial, cateter venoso central e cateter vesical. A SE dispõe ainda de um balcão central com medicação de emergência e material para procedimentos como: acesso intraósseo, drenagem torácica, via área difícil, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), partos e reanimação pediátrica, conforme descrito pela Administração Central do Serviço de Saúde (2019). De referir ainda dois monitores-desfibrilhadores com respetivo material de apoio, um compressor torácico mecânico automático (LUCAS®), um ecógrafo para realização de *eco fast*, um ventilador não invasivo V60 e equipamento de alto fluxo, e dois balcões de apoio, cada um com dois computadores de trabalho. Por outro lado, a SE dispõe de quatro mochilas de emergência, contendo material e medicação necessária a situações de urgência e emergência, adaptadas à sua finalidade específica: transporte intra-hospitalar, transporte extra-hospitalar, resgate de ECMO e resposta a emergências intra-hospitalares.

Relativamente à sua estrutura física, a SE localiza-se em frente à entrada do serviço de urgência, próxima do posto de triagem, permitindo um acesso direto e facilitado a partir do cais de ambulâncias. Dispõe de três portas de correr de acesso com sistemas de abertura controlada, com espaço amplo para a passagem de macas com doente e equipamentos, verificando-se o cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Administração Central do Serviço de Saúde (ACSS) (2019). A unidade encontra-se capacitada para a admissão de doentes provenientes do pré-hospitalar, incluindo transporte aéreo, e dispõe de uma equipa treinada para a receção da pessoa emergente e/ou crítica. O material de consumo clínico encontra-se disponível em quantidade suficiente e é predominantemente de uso único e descartável.

No que diz respeito à organização funcional, o SUP dispõe de quatro Vias Verdes em funcionamento: Via Verde Coronária (VVC), Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Trauma (VVT), Via Verde Sépsis (VVS). Destaca-se ainda a "Prioridade Adicional", atribuída a doentes de triagem amarela e verde que são referenciados por outros hospitais, centros de saúde ou pelo Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24), identificados por pulseira zebrada branca. Esta organização permite a otimização dos recursos e a redução do tempo de resposta na abordagem inicial à pessoa, com ganhos significativos em termos de resultados clínicos. A prestação de cuidados diferenciados e contínuos à

população é assegurada pelo SUP, 24 horas por dia, todos os dias do ano. Os doentes com idade superior a 75 anos, ou pelo o seu nível de dependência física ou psíquica, têm direito a acompanhante permanente, identificado com uma pulseira castanha que contém uma etiqueta correspondente ao doente. Estes acompanhantes podem permanecer junto do doente enquanto este se encontrar no SUP, com exceção da SE, onde apenas podem entrar mediante autorização dos profissionais de saúde.

3.2. Caracterização da Equipa de Enfermagem do SUP

A missão do SUP consiste em assegurar a prestação de cuidados a todos os doentes urgentes e emergentes de uma forma atempada e adequada, sendo a sua intervenção dirigida à doença aguda ou traumática. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), o SUP deve dispor de recursos humanos com dedicação e nível de especialização adequados às necessidades da população da sua área de influência, os quais devem ser periodicamente ajustados à procura do serviço de urgência, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde.

Efetivamente, a equipa de profissionais do SUP onde decorreu o estágio era constituída por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, técnicos de diagnósticos e TAS. A equipa de enfermagem era composta por 134 enfermeiros, dos quais 21 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e dois em Enfermagem de Reabilitação.

A liderança da equipa de enfermagem estava sob a responsabilidade de um enfermeiro gestor, que coordenava uma equipa diversificada. Para assegurar uma prestação de cuidados equitativa, os enfermeiros encontravam-se organizados em cinco equipas, sendo cada uma liderada por um enfermeiro designado e com a função de Enfermeiro Coordenador. Este profissional era responsável pela coordenação da equipa de enfermagem e de TAS nas diferentes áreas, por organizar os horários de refeições, por prestar apoio direto na assistência ao doente sempre que necessário, e pela articulação direta com a gestão de camas no processo de internamento dos doentes.

O método de trabalho definido no SUP é o método por enfermeiro de referência. De acordo com Manthey (2010), este modelo assenta na aceitação e atribuição da responsabilidade pelas decisões clínicas tomadas sobre uma pessoa assim como utilizando o método individual de trabalho e a comunicação direta como base para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem diários, numa filosofia de espírito de equipa e partilha. Paralelamente, verifica-se também uma dinâmica de trabalho em equipa, uma vez que os profissionais substituem os seus pares sempre que necessário, nomeadamente durante o transporte de doentes, na passagem de ocorrências e nas pausas para as refeições.

A equipa de enfermagem exerce as suas funções em regime de turnos, sendo o horário elaborado mensalmente pelo enfermeiro gestor e complementado por um plano de trabalho diário, que define a distribuição dos profissionais pelas diferentes áreas de trabalho, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019). Nos turnos diurnos encontravam-se escalados vinte e um enfermeiros, acrescendo da presença do enfermeiros gestor e do enfermeiro coordenador, e no turno noturno dezanove enfermeiros.

Os turnos organizavam-se nos seguintes horários: manhã (08h00 – 15h00); tarde (15h00 – 22h00); noite (22h00 – 08h00). Nos turnos da manhã e da tarde, a distribuição era a seguinte: um enfermeiro coordenador; três enfermeiros na triagem, três enfermeiros na SE, dos quais um integrava a equipa da Resposta Intra-Hospitalar (RIH); cinco enfermeiros na área médica laranja; cinco enfermeiros na área médica azul/verde/amarela; dois enfermeiros na área médica de internamento; dois enfermeiros na área cirúrgica; e um enfermeiro na área de psiquiatria. No turno da noite, a organização era semelhante, com exceção da triagem, que era assegurada por um único enfermeiro.

A SE era assegurada por uma equipa médica constituída por três elementos, que pertenciam às equipa dos SMI, e por enfermeiros detentores de especialidade em enfermagem, todos com formação em Suporte Avançado de Vida, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014). Assim, nem todos os enfermeiros do SUP exerciam funções na SE. Os enfermeiros escalados para a SE eram responsáveis pelo registo clínico das pessoas tratadas na mesma, pela revisão e manutenção de todo o equipamento da sala, assim como deviam assegurar, em caso de necessidade o transporte inter ou intra-hospitalar da PSC. O elemento da SE escalado para o RIH é ativado pelo número de ativação interno 2222, conforme recomendado pelo *European Resuscitation Council*, pelo *European Board of Anaesthesiology*, pela *European Society of Anaesthesiology* (2021) e pelo Despacho n.º 9639/2018 (2018), que consideraram conjuntamente a recomendação para que todas as unidades hospitalares europeias aplicassem para ativação das equipas de emergência médica intra-hospitalares o mesmo número de telefone interno (2222). Esta equipa assegura a resposta a situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e sinais de peri-paragem, 24h por dia, todos os dias do ano.

A PSC admitida no SUP é triada segundo o Sistema de Triagem de Manchester, sendo a atribuição de pulseira vermelha uma indicação major para admissão à SE. Constituem igualmente critérios de admissão à SE os grandes politraumatizados, pessoas com instabilidade orgânica e doentes que preencham critérios para ativação da Via Verde AVC.

No que concerne à restante equipa do SUP, é composta por cerca de dezasseis médios como chefes de equipa, cerca de vinte e seis médicos de prestadores de cuidados diários, oitenta e três técnicos de auxiliares de saúde, sete técnicos de diagnóstico e vinte assistentes técnicos.

4. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O conceito de competência tem sido amplamente debatido, sendo entendido como a capacidade de agir de forma meticulosa, integrando diversos elementos como conhecimentos, recursos, saber-fazer e saber-ser (Nicola & Vosgerau, 2019), aplicados em situações específicas e contextualizadas no âmbito profissional (Le Boterf, 2003; Nicola & Vosgerau, 2019; Roldão, 2003). Isto pressupõe que o desenvolvimento da competência consiste num processo complexo, que vai além da execução de intervenções técnicas, exigindo também a aprendizagem contínua, a capacidade de adquirir e analisar informações, bem como a tomada de decisões (Martins, 2017). Nesta linha, Fleury e Fleury (2001), definem a competência como um nível de desempenho profissional que reflete a aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades. Para estes autores, trata-se de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, de capacidades humanas que sustentam um elevado desempenho profissional.

Benner (2005) defende que a aquisição e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros estão essencialmente baseadas nas vivências práticas e na forma como estas são experienciadas e integradas. A autora também propõe o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, que descreve diferentes níveis de desenvolvimento profissional, nos quais o enfermeiro demonstra competência ao ser capaz de identificar, analisar criticamente e refletir sobre a sua prática, planeando intervenções e privilegiando aquelas mais adequadas ao contexto (Benner, 2005). Complementando esta perspetiva, Benner, Hooper-Kyriakidis e Stannard (2018), consideram que o cuidado à PSC representa um desafio tanto intelectual como emocional, exigindo do enfermeiro a capacidade de desenvolver estratégias e competências que permitam avaliar a situação clínica, priorizar focos de instabilidade e intervir de forma eficaz, culminando na implementação de um plano de cuidados individualizado, com base na intervenção adequada e na monitorização dos resultados obtidos.

4.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista implica, para além da demonstração das competências específicas, definidas nos Regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, a partilha de um conjunto de competências transversais, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências, designadas como Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista, que se encontram organizadas em quatro domínios: 1) responsabilidade profissional, ética e legal; 2) melhoria contínua da qualidade; 3) gestão dos cuidados; e 4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios serão explorados de forma reflexiva, destacando o processo de desenvolvimento e aquisição de competências, assim como o seu contributo para a tomada de decisão na prestação de cuidados à PSC.

4.1.1. Competências do domínio "Responsabilidade profissional, ética e legal"

Este domínio contempla as competências associadas à responsabilidade no exercício profissional, ético e legal. Espera-se que o enfermeiro atue de forma segura, ética e profissional, demonstrando capacidade para a tomada de decisão com base em princípios éticos e deontológicos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências fundamentam-se num corpo de conhecimentos específicos na área da ética e da deontologia, na avaliação sistemática das melhores práticas e na consideração das preferências dos doentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Exige-se que o enfermeiro, no desempenho da sua prática, respeite os direitos humanos, analise criticamente as situações de cuidados especializados e seja capaz de gerir contextos potencialmente comprometedores para a segurança e o bem-estar dos clientes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O Código Deontológico dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constituem referências fundamentais para a atuação ética, segura e responsável do enfermeiro. Ambos orientam o profissional no cumprimento dos deveres morais e legais inerentes ao cuidado, reforçando a importância do respeito pelos direitos humanos, pela dignidade da pessoa cuidada e pela confidencialidade (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Perante este domínio, estes documentos servem de base para a tomada de decisão ética e para a gestão de situações complexas, promovendo práticas fundamentadas nos princípios da beneficência, autonomia e justiça (Regulamento n.º190/2015, 2015; Regulamento n.º 361/2015, 2015). Assim, o Código Deontológico e o REPE não só definem os limites e deveres do exercício profissional, como também sustentam o desenvolvimento de uma prática crítica, reflexiva e comprometida com a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Na **UCIN**, por ser uma unidade onde são prestados cuidados a doentes com patologias e necessidades altamente complexas, a exigência clínica constante reforçou de forma evidente o meu sentido de responsabilidade profissional. Este contexto levou-me a refletir continuamente sobre a minha atuação e a adotar uma postura ética, segura e profissional perante qualquer situação. Em todos os momentos de prestação de cuidados na **UCIN**, procurei adotar uma conduta que garantisse não só a segurança dos cuidados, mas também o respeito pela dignidade, individualidade e privacidade da PSC, bem como dos

seus familiares e cuidadores, constituindo-se uma oportunidade diária para aplicar uma abordagem centrada na pessoa, integrando os valores e preferências individuais no planeamento e execução dos cuidados, promovendo práticas éticas, seguras e profissionalmente responsáveis,

O contexto do **SMI** contribuiu igualmente para o desenvolvimento das competências deste domínio, por se tratar de um serviço que admite doentes em situação crítica, com necessidades complexas e risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste contexto, tornou-se evidente a necessidade de adequar os cuidados à gravidade da situação clínica, exigindo de mim uma análise crítica permanente e uma tomada de decisão fundamentada, pautada por princípios éticos, pela segurança do doente e pela responsabilidade profissional.

No **SUP**, caracterizado pela imprevisibilidade, variabilidade e elevada complexidade das situações clínicas, bem como pela diversidade de áreas de intervenção em enfermagem, tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC em contextos de elevada pressão e exigência. Este ambiente contribuiu para o reforço do meu sentido de responsabilidade, levando-me a adotar uma prática de cuidados segura e responsável, assente no respeito pela dignidade humana, pela individualidade e pela intimidade da pessoa cuidada, assim como dos seus familiares e cuidadores, em consonância com os princípios éticos e legais da profissão.

Em todos os contextos de prática, foram plenamente asseguradas a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, em conformidade com o Código Deontológico dos Enfermeiros e o REPE. Foram igualmente respeitados os direitos, valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de cada doente e respetiva família, promovendo uma prestação de cuidados humanizada, alinhada com os princípios da dignidade, autonomia e individualidade da pessoa.

Independentemente do contexto de atuação, os enfermeiros deparam-se frequentemente com desafios éticos que exigem decisões complexas, sustentadas em valores universais e nos princípios orientadores da profissão. No cuidado à PSC, essa complexidade é particularmente evidente, requerendo conhecimentos especializados e uma atuação ética, assertiva e responsável. O EEEMC intervém não apenas junto da pessoa cuidada, mas também junto dos seus familiares e cuidadores, assegurando uma resposta adequada às necessidades identificadas, com respeito pela dignidade e pelos direitos humanos. Assim, face ao exposto, considero ter desenvolvido e consolidado de forma significativa as competências deste domínio ao longo dos diferentes contextos de prática clínica experienciados, garantindo uma prática profissional ética, segura e de qualidade.

4.1.2. Competências do domínio "Melhoria contínua da qualidade"

Este domínio contempla as competências associadas ao desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, na área da governação clínica, ao desenvolvimento de práticas de qualidade e garantia de ambientes terapêuticos e seguros (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Efetivamente, espera-se que o enfermeiro especialista colabore na conceção e implementação de projetos institucionais na área da qualidade, participando ativamente na sua divulgação e integração a todos os níveis operacionais, assim como, que reconheça que a melhoria da qualidade requer a avaliação contínua das práticas, podendo implicar a sua revisão com base nos resultados obtidos e a implementação de programas de melhoria contínua, e por fim, que valorize a gestão de um ambiente centrado na pessoa como condição essencial para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando de forma proativa na promoção de um contexto favorável ao bem-estar e gerindo os riscos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020), no Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde, os serviços de saúde orientados para a prestação de cuidados de qualidade devem assentar em três pilares fundamentais: segurança, eficácia e centrados na pessoa. Cuidados seguros são aqueles que não causam danos aos doentes; cuidados eficazes são prestados a todos os que deles necessitam, com base na melhor evidência disponível; e cuidados centrados na pessoa são os que respeitam as necessidades, preferências e valores individuais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). Para tornar estes princípios operacionais, os cuidados devem ainda ser oportunos, reduzindo tempos de espera; eficientes, otimizando recursos; integrados, assegurando continuidade; e equitativos, garantindo acesso justo e igualitário a todos (OMS, 2020).

Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (2015) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados com o objetivo de garantir a sua aplicação na prática profissional, constituindo-se uma das competências do Colégio, confirmada pela segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, introduzida pela Lei n.º 156/2015 (2015). Assim, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituem um referencial orientador da prática especializada, que estimula a reflexão crítica e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

As instituições onde decorreram os estágios aplicam modelos de acreditação distintos, mas com princípios comuns. A **UCIN** pertence a uma ULS acreditada com Acreditação Global e Certificação ISO 9001, enquanto o **SMI** e o **SUP** integram uma ULS certificada pelo Modelo *Andalusian Agency for Healthcare Quality* (ACSA). Apesar de adotarem modelos de acreditação e certificação diferentes, que

assentam em referenciais nacionais e internacionais, ambas as instituições partilham princípios comuns, com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde, a segurança do doente e a excelência clínica, valorizando a prática baseada na evidência, a gestão do risco, a centralidade na pessoa e o cumprimento de normas éticas e legais.

A **UCIN** dispõe de um grupo de enfermeiros designados como elos de ligação com a estrutura de qualidade, que promovem o desenvolvimento e a supervisão das práticas assistenciais nos diversos domínios. É de realçar que das áreas de atuação, na **UCIN**, destaca-se: a Gestão de Risco, o Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, e a Formação em Serviço. No decorrer do estágio, tive acesso a várias normas e protocolos específicos relativos aos cuidados prestados aos doentes desta unidade, no qual mantive sempre uma preocupação constante em compreendê-los e cumpri-los, assegurando que todos os cuidados prestados estivessem em conformidade com os referenciais internos.

O **SMI** e o **SUP** onde foram realizados os referidos estágios pertencem a uma ULS, cujo processo de qualidade dos cuidados de enfermagem se desenvolveram em áreas como: a segurança do doente, a prevenção e controlo da infeção, a qualidade dos registos de enfermagem, a prevenção de eventos adversos e a humanização dos cuidados, visando a promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. O **SMI** deu-me oportunidade de conhecer e aplicar diversas normas e protocolos específicos relativos aos cuidados prestados aos doentes desta unidade, possuindo protocolos próprios para várias intervenções e procedimentos, como o Protocolo de Terapêutica de Substituição Renal, o Protocolo de Nutrição no Doente Crítico, o Protocolo de Transfusão Maciça em Trauma Grave, o Protocolo de Morte Cerebral, entre outros. Procurei compreender constantemente o fundamento de cada um deles e cumpri-los de forma rigorosa, reconhecendo a importância que têm na padronização das práticas, na segurança dos cuidados e na qualidade da resposta prestada à pessoa em situação crítica.

No **SUP**, tive acesso a diversas normas e protocolos específicos para situações específicas deste contexto, como: a Norma de Sistema de Triagem de Manchester, Protocolo Via Verde Trauma, o Protocolo Via Verde AVC, o Protocolo Via Verde Coronária, o Protocolo Via Verde Sépsis, entre outras. Tive a preocupação constante de cumprir e compreender todas as normas e protocolos estabelecidos garantindo que as ações fossem sempre realizadas em conformidade com estes. No **SUP** tudo está devidamente identificado e organizado, no sentido de reduzir determinadas condicionantes na prestação de cuidados à PSC. No primeiro domingo de cada mês é realizada a revisão de todos os carros e malas de emergência do **SUP**, através das listas de verificação elaboradas, algo que tive a possibilidade de participar, assim como na reposição de stock de medicação na SE e na verificação diária de

desfibrilhador-monitores nas diferentes áreas funcionais, garantindo a sua regulamentação correta, funcionalidade e assegurando um controlo rigoroso e sistemático na prática, promovendo a segurança nas intervenções de emergência.

Tive a oportunidade de desenvolver competências no âmbito da garantia de um ambiente terapêutico seguro, nomeadamente na comunicação e transmissão da informação clínica. No compromisso com a excelência do exercício profissional, o EEEMC, na abordagem à PSC tem a responsabilidade de organizar os cuidados através de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados especializados e as intervenções de enfermagem, conforme preconizado no Regulamento n.º 361/2015 (2015). A criação de sistemas informáticos para acesso e registo de informação clínica, com consulta simples e intuitiva do ponto de vista do utilizador é, sem dúvida, um excelente contributo para a eficiência dos cuidados de saúde (Batista et al., 2019).

Neste âmbito, o sistema utilizado durante o estágio da **UCIN** e do **SMI** foi o sistema *BS PaTIENT CARE*, tendo sido desenvolvido pela empresa portuguesa *B-Simple* ("BSIMPLE", 2025). Este consiste numa plataforma modular que integra toda a informação vital de registo e apoio à decisão clínica, permitindo uma visão integrada do percurso do utente e maior eficiência nos cuidados prestados ("BSIMPLE", 2025). A primeira vez que contactei com este sistema foi na **UCIN**, pelo que nos primeiros momentos senti algumas dificuldades em trabalhar com o mesmo, no entanto, à medida que os dias foram passando, essas dificuldades foram sendo ultrapassadas, pelo que quando voltei a ter contacto com o referido sistema, no **SMI**, já me senti mais à vontade na sua utilização. O que me permitiu aperfeiçoar a qualidade e a precisão dos meus registos de enfermagem, reforçando o meu sentido de responsabilidade na documentação clínica e reconhecendo a importância que esta tem para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Constatei que este sistema permite visualizar todo o percurso do doente, desde o momento que originou a sua admissão, assim como todas as alterações que sofreu, ao longo do internamento na unidade, o que me permitiu adaptar os meus cuidados face às suas necessidades. O *BS PaTIENT CARE* constitui, assim, uma ferramenta essencial na prática clínica, ao possibilitar o registo em tempo real das intervenções de enfermagem, dos parâmetros vitais e da evolução do doente, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados. A sua utilização facilita a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, reduz o risco de erros e assegura a rastreabilidade e fiabilidade da informação clínica.

O sistema utilizado no **SUP** era o *JOne*, que constitui uma ferramenta inteiramente construída pelos profissionais da sua ULS. Este *software* permite o registo e consulta da informação clínica de todos os

utentes e está integrado com todas as plataformas de meios complementares de diagnóstico (MCDT's) da ULS. Possui a capacidade de inserção de documentação estruturada e de um sistema de suporte à decisão. O **SUP** utiliza o módulo de Triagem de Manchester do SClínico, com 43 fluxogramas para adultos para realizar a triagem dos doentes, tendo este sido desenvolvido pelo Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal.

Relativamente à transmissão de informação do doente, tanto na passagem de turno como na transferência para qualquer outra unidade de cuidados, em todos os contextos utilizava-se a técnica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), de forma a evitar perdas de informação, garantindo assim a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Esta técnica permite-nos transmitir a informação durante a transição de cuidados em todos os momentos vulneráveis ou críticos, contribuindo para uma comunicação clara e estruturada, assegurando-se a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, promovendo a segurança da pessoa (DGS, 2017).

No decorrer do estágio, o conhecimento científico foi essencial para a tomada de decisões na prestação de cuidados. No entanto, a comunicação com a equipa revelou-se igualmente determinante para o esclarecimento de dúvidas e para o reforço da segurança na prática clínica. O apoio, a colaboração e os momentos de *debriefing* com os enfermeiros supervisores e os restantes membros da equipa dos diferentes contextos constituíram um contributo indispensável para a redução da ocorrência de erros nos cuidados prestados à PSC. O principal objetivo do *debriefing* na área da saúde é promover a reflexão, facilitar a discussão sobre as ações realizadas e assimilar comportamentos mais adequados à prática profissional (Kessler et al.,, 2015). Deste modo, torna-se fundamental que os enfermeiros especialistas adotem uma postura de liderança e uma gestão eficiente dos recursos, ajustada às exigências das situações e dos contextos clínicos, assegurando a qualidade dos cuidados. É essencial que os enfermeiros especialistas incentivem a implementação de práticas seguras, baseadas na melhor evidência científica disponível, em conformidade com os Padrões de Qualidade da profissão e com as orientações estabelecidas a nível nacional e internacional. Assim, face ao exposto, considero ter desenvolvido significativamente as competências deste domínio ao longo dos diferentes contextos de prática clínica experienciados.

4.1.3. Competências do domínio " Gestão de cuidados"

Este domínio abrange as competências relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem e a adaptação dessa gestão e liderança dos recursos, às situações e contextos (Regulamento n.º 140/2019,

2019). Desta forma, espera-se que o enfermeiro especialista realize a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, assim como seja capaz de, na gestão dos cuidados, adequar os recursos às suas necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros, ao publicar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), salientou a organização dos cuidados como uma área prioritária da prática profissional, evidenciando a relevância da adoção de metodologias orientadas para a promoção da qualidade dos cuidados. Estas metodologias visam assegurar respostas adequadas e eficazes às necessidades e problemas de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste enquadramento, compete ao enfermeiro especialista selecionar e implementar métodos de organização do trabalho que se revelem ajustados ao contexto assistencial e às necessidades dos cuidados.

Segundo Parreira et al. (2023), os métodos de trabalho utilizados na prática de enfermagem podem ser conceptualizados em duas grandes categorias: os métodos orientados para a tarefa e os métodos centrados na pessoa. No primeiro grupo insere-se o método funcional, caracterizado pela distribuição dos cuidados por tarefas específicas (Parreira, et al., 2023). Já os métodos centrados na pessoa englobam o método de equipa, o método individual e o método de enfermeiro de referência, nos quais a organização dos cuidados privilegia a continuidade e a individualização da assistência (Parreira, et al., 2023). Estes métodos são descritos pelos autores como modelos amplamente reconhecidos a nível internacional e aplicados em diferentes contextos clínicos, uma vez que contribuem para a estruturação da prestação de cuidados de enfermagem, refletindo os valores sociais, as orientações gestionárias e os recursos humanos e materiais disponíveis nas organizações de saúde (Parreira et al., 2023). A seleção de um determinado método de trabalho encontra-se, assim, associada a múltiplos fatores, nomeadamente às características institucionais, às práticas de gestão em enfermagem, ao perfil dos profissionais e à disponibilidade de recursos. De acordo com Havaei et al. (2019), os diferentes métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros apresentam uma relação direta com a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Nos três contextos de estágio, **UCIN**, **SMI** e **SUP**, a organização da prática traduziu-se numa gestão dos cuidados dirigida à PSC, com especial enfoque na integração da família ao longo de todo o percurso assistencial, desde a admissão até à alta e/ou saída do serviço. Deste modo, compreende-se que é através da gestão dos cuidados que o enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional, promove uma

prestação de cuidados de enfermagem segura, eficiente e centrada na pessoa, em consonância com os padrões de qualidade definidos pela profissão.

Em todos os contextos de estágio, foi adotado um método de trabalho orientado para a pessoa. Na **UCIN** e no **SMI**, o método de cuidado individual constituiu a base da organização dos cuidados, sustentado pela complementaridade do trabalho em equipa. No **SUP**, este método foi utilizado em articulação com o método de enfermeiro de referência, o qual reforçou a assunção da responsabilidade e a tomada de decisão clínica relativamente à pessoa cuidada. A aplicação destes métodos possibilitou a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da PSC, a definição de prioridades, o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções, promovendo cuidados individualizados e integrais. Consequentemente, contribuiu para uma melhor organização dos cuidados e para o aprofundamento do conhecimento dos mesmos. Por fim, paralelamente, ao longo da prática clínica, estabeleceu-se uma relação profissional positiva com todas as equipas, fomentando-se um ambiente colaborativo e propício à qualidade dos cuidados, com destaque para uma prática verdadeiramente multi e interdisciplinar, na qual a comunicação eficaz, entre todos os intervenientes, foi determinante para o sucesso das intervenções. Neste sentido, a colaboração entre profissionais revelou-se essencial para a promoção de cuidados de excelência.

Em determinados turnos, os enfermeiros supervisores assumiam o papel de enfermeiro de referência ou de responsável de turno, permitindo-me observar e compreender diferentes níveis de responsabilidade na gestão dos cuidados. No contexto da **UCIN**, assumia certas responsabilidades nomeadamente a distribuição do plano de trabalho do turno subsequente à equipa de enfermagem e aos TAS, a organização da equipa durante os períodos de refeição e pausa, a gestão das vagas existentes na unidade e a coordenação das admissões, transferências e encaminhamentos dos doentes para outras unidades e/ou internamento. Relativamente ao **SMI**, a enfermeira supervisora, por vezes, desempenhava a função de enfermeira coordenadora de turno, sendo responsável pela realização do *briefing* de enfermagem no início de cada turno, pela participação no *briefing* médico e posterior transmissão da informação relevante à equipa de enfermagem, pela coordenação da equipa no que respeita à organização de pausas e horários de refeição, pelo apoio direto à prestação de cuidados sempre que necessário, bem como pela gestão das admissões, transferências e altas dos doentes para outras unidades e/ou serviços de internamento. Por fim, no **SUP**, o enfermeiro supervisor, em determinados turnos, exercia o papel de enfermeiro responsável na área funcional a que estava atribuído, competindo-lhe a coordenação da equipa de enfermagem dessa área, a gestão das admissões dos doentes com indicação para

internamento em articulação com o enfermeiro coordenador, assim como a gestão do stock de material e de medicação. Estas experiências contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de recursos humanos, bem como para uma melhor compreensão da dinâmica organizacional e dos processos de gestão específicos de cada serviço. Acresce ainda que o reconhecimento dos diferentes papéis e responsabilidades dos elementos da equipa foi fundamental para promover um exercício profissional de enfermagem colaborativo, num ambiente seguro e propício à qualidade dos cuidados.

Segundo Durmus e Kirca (2019), a liderança nas unidades de saúde é um fator determinante para a satisfação dos utentes, para a qualidade e o desenvolvimento das equipas, para a segurança da pessoa e para a sustentabilidade financeira das instituições. Assim, ao longo do estágio foi possível desenvolver competências especializadas neste domínio, reconhecendo que uma liderança eficaz constitui um pilar essencial para a gestão eficiente dos recursos humanos e materiais, contribuindo diretamente para ganhos em saúde e para a sustentabilidade dos serviços prestados.

4.1.4. Competências do domínio "Desenvolvimento das aprendizagens profissionais"

O domínio "Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais" orienta o enfermeiro para a promoção do autoconhecimento e da assertividade, incentivando uma prática clínica especializada alicerçada na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, espera-se que o enfermeiro desenvolva a capacidade de se conhecer a si próprio, reconhecendo a forma como esse autoconhecimento influencia o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, bem como, as suas tomadas de decisão e intervenções, devem estar fundamentadas na evidência científica mais atual e relevante (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Segundo Ribeiro (2011), a autonomia refere-se à capacidade do enfermeiro para realizar as suas funções de forma autodeterminada, tendo em conta os aspetos ético-legais e analisando as intervenções adequadas para responder a um diagnóstico de enfermagem, existindo, assim uma relação direta entre autoconhecimento, assertividade e autonomia na prática de enfermagem. Neste contexto, é fundamental reconhecer as características individuais e o autoconhecimento do profissional relativamente aos seus limites pessoais. Em situações de incerteza e ambiguidade, a evidência científica atualizada constitui um pilar essencial para garantir intervenções assertivas. O autoconhecimento é igualmente fundamental para a melhoria das competências dos enfermeiros e para a avaliação crítica dos cuidados prestados, sendo amplamente reconhecido como um recurso essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional destes profissionais (Rasheed, et al., 2018). De acordo com Benner (2005), um enfermeiro atinge o nível

de perito quando se envolve ativamente no cuidado ao paciente e desenvolve a capacidade de refletir criticamente sobre a sua prática.

A **UCIN** constituiu o primeiro desafio à minha confiança, por se tratar de um contexto substancialmente distinto daquele em que exerço a minha prática diária. Este facto traduziu-se, numa fase inicial, num desafio constante, uma vez que surgiam com frequência situações clínicas diversas e pouco familiares. Perante esta realidade, a necessidade de adquirir e atualizar os conhecimentos científicos e técnicos foi uma preocupação constante, levando-me a adotar uma postura de iniciativa e interesse contínuo, através da leitura e consulta regular de manuais, normas e protocolos disponíveis. Ao longo deste estágio, à medida que fui implementando e executando as intervenções, fui fortalecendo a minha autonomia e assertividade, o que contribuiu para desenvolver a minha confiança, segurança e autonomia na prática dos cuidados. Tive a oportunidade de observar e participar em diversas intervenções multidisciplinares e interserviço, experiências que se revelaram particularmente enriquecedoras e que representaram contributos significativos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Relativamente ao **SMI**, apesar de se tratar de uma unidade bastante distinta daquela a que estava habituada, já me encontrava mais confiante, em virtude da experiência adquirida no estágio anterior na UCIN. Ainda assim, mantive a necessidade de procurar e atualizar conhecimentos científicos e técnicos sempre que surgiam situações clínicas específicas deste serviço, como o ECMO, adotando uma postura contínua de interesse e proatividade. Estas dificuldades foram sendo progressivamente ultrapassadas à medida que implementava e executava as intervenções, contribuindo para o reforço da minha confiança e autonomia na prática de cuidados. Tal como na UCIN, este contexto proporcionou-me diversas experiências de intervenção multidisciplinar, com elevado valor formativo e impacto no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O **SUP** constituiu, novamente, um desafio significativo para mim, uma vez que não possuía qualquer contacto prévio com este tipo de serviço. A imprevisibilidade e variabilidade, características deste contexto, associadas à especificidade de cada área funcional, representaram um desafio inicial à minha confiança. Contudo, foi à medida que o estágio foi decorrendo, que fui compreendendo a dinâmica e a organização de cada área funcional, que implementei e executei diferentes intervenções, aliadas à constante atualização dos conhecimentos científicos e técnicos, que essas mesmas dificuldades foram sendo superadas. Consequentemente, fui sentindo um progressivo desenvolvimento no que diz respeito à minha confiança, segurança e autonomia. De forma particular, a SE proporcionou-me múltiplos momentos de aprendizagem pessoal e profissional, bem como a oportunidade de observar e participar

em diversas intervenções multidisciplinares, fundamentais para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira.

Segundo Goot et al. (2018), a prática baseada na evidência é um conceito crucial para a enfermagem, pois favorece o processo de tomada de decisão ao integrar a experiência clínica, as preferências das pessoas e a evidência científica mais atual, resultando em benefícios concretos para a saúde dos utentes. Assim como noutras áreas da saúde, a enfermagem tem vindo a experimentar uma evolução científica significativa, exigindo uma atualização contínua dos seus profissionais e bem como um desenvolvimento permanente e constante das suas competências especializadas. Para tal é imprescindível considerar a formação contínua, as especializações e a exposição sistemática à prática baseada em evidências. Kendall-Gallagher et al. (2011) evidenciam que a evolução profissional, especialmente na aquisição de competências especializadas, pode reduzir substancialmente a mortalidade dos doentes internados, refletindo uma melhoria clara na qualidade dos cuidados prestados. Considerando a importância da formação contínua, Assis et al. (2022) destacam que esta é fundamental para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados, tornando-os mais seguros e alinhados com as reais necessidades dos utentes, por isso, adotam-se estratégias que potencializam o conhecimento e as capacidades dos profissionais de enfermagem, contribuindo para uma prática cada vez mais qualificada e eficaz.

Assim, ao longo dos três contextos de estágio, realizei pesquisas direcionadas às áreas em que identifiquei necessidade de aprofundamento, recorrendo de forma sistemática às normas e protocolos disponibilizados nos diferentes contextos, procurando acompanhar a melhor evidência científica disponível, com o objetivo de assegurar uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Destaco, ainda, o papel fundamental dos enfermeiros supervisores, que promoveram momentos de reflexão crítica e aprendizagem, sustentados numa relação de ajuda, empatia e partilha de conhecimentos, ajustando as situações vivenciadas às minhas necessidades de aprendizagem. Face ao exposto, considero que o percurso desenvolvido ao longo dos estágios contribuiu de forma significativa para a aquisição e consolidação das competências referidas.

4.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientados pelas necessidades dos doentes e das suas famílias, requerem a formação, implementação e avaliação de planos de intervenção focados na deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação de situações clínicas complexas (Regulamento n.º429/2018, 2018). Estas situações implicam a utilização imprescindível de meios

avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, com o objetivo de prevenir complicações e eventos adversos, e de melhorar a qualidade de vida dos doentes (Regulamento n.º429/2018, 2018). Com o avanço contínuo do conhecimento, exige-se ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que baseie a sua prática nas evidências mais recentes e, simultaneamente, que assuma um papel de liderança em projetos de formação, assessoria e investigação, com vista a potenciar e atualizar os seus conhecimentos e a desenvolver competências na sua área de especialização (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Desta forma, para além da demonstração das competências comuns definidas no Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é igualmente necessário que os Enfermeiros Especialistas evidenciem as competências específicas enunciadas no regulamento da sua área de especialização, que, no meu caso, corresponde à Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta especialidade apresenta uma ampla abrangência, o que tornou necessária a especificação das competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, que, no meu caso, é à Pessoa em Situação Crítica.

Assim, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica estão organizadas em 3 domínios: 1) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e 3) 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.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018):

> Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p. 19362)

Desta forma, espera-se que, neste domínio, o Enfermeiro Especialista seja capaz de mobilizar conhecimentos e múltiplas competências, de modo a responder em tempo útil e de forma holística à

complexidade das situações de saúde, bem como às necessidades da pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e da sua família ou pessoa significativa (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, bem como à sua família e/ou cuidador, exigem uma observação contínua e uma recolha estruturada de dados, com o objetivo de monitorizar permanentemente o estado clínico da pessoa, antecipar potenciais complicações e assegurar intervenções precisas, eficazes e atempadas (Regulamento n.º429/2018, 2018).

No contexto da **UCIN**, este princípio esteve sempre presente ao longo do estágio, considerando que os doentes neurocríticos apresentam doenças neurológicas agudas graves, que ameaçam a vida ou a função cerebral. Estas situações exigem cuidados intensivos especializados, com monitorização neurológica contínua e intervenções específicas para prevenir lesões secundárias e melhorar o prognóstico (Smith et al., 2016). Assim, realizava-se uma avaliação neurológica sistemática e frequente, com o objetivo de identificar precocemente sinais de melhoria ou agravamento clínico. Esta avaliação neurológica era efetuada em todos os contactos com o doente e incluía três componentes fundamentais: a avaliação do estado de consciência, através da Escala de Coma de *Glasgow*; a avaliação da força muscular, com recurso à Escala do *Medical Research Council* (MRC); e a avaliação do tamanho e da reatividade das pupilas.

Posto isto, este contexto proporcionou-me a prestação e participação em cuidados a doentes com patologias altamente específicas, exigindo a mobilização dos conhecimentos previamente adquiridos, e simultaneamente permitiu-me expandir e aprofundar aqueles que ainda não possuía ou que necessitavam de ser aprimorados, particularmente na área de neurologia. Paralelamente, tive a oportunidade de desenvolver competências técnicas relacionadas com o manuseamento de materiais e dispositivos diferenciados e/ou invasivos, tais como: cateterismo venoso central, cateterismo arterial, drenagem ventricular externa (DVE), drenagem ventricular externa com lavagem e drenagem (IRRA-FLOW). Destaco, ainda, a oportunidade de participar numa técnica exclusiva desta área, até então desconhecida para mim, nomeadamente: a colheita de líquido cefalorraquidiano (licor) e a administração de antibióticos por via intratecal, que constituiu um momento de aprendizagem particularmente significativo.

No **SMI**, tive igualmente a oportunidade de prestar e participar em cuidados a doentes em situação crítica, ameaçados por falência ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais. A sobrevivência destes doentes depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica,

que permitem monitorizar de forma contínua o estado da pessoa, antecipar potenciais complicações e garantir intervenções precisas, eficazes e atempadas (Regulamento n.º429/2018, 2018). Neste contexto, uma parte significativa da minha prática incidia sobre a vigilância contínua do estado clínico do doente, através da monitorização dos sinais vitais e da sincronização com o ventilador mecânico, bem como da monitorização do índice *Bispectral* (BIS) e do índice de Variabilidade de Saturação (INVUS), que permitem, monitorizar, respetivamente, o nível de consciência/sedação do doente e a variabilidade de saturação periférica de oxigénio do doente, que pode ser cerebral ou periférico. Em situações específicas, recorri igualmente à monitorização da pressão intra-abdominal, com o objetivo de avaliar o seu impacto na função respiratória do doente, bem como à monitoração do bloqueio neuromuscular do doente realizado através do TOF - Monitor de Estimulação Nervosa Periférica, que consiste em aplicar estímulos elétricos consecutivos e avaliar a força ou amplitude da contração muscular, permitindo determinar o grau de bloqueio neuromuscular e, consequentemente, ajustar a dose do mesmo de forma segura.

Tive a oportunidade de consolidar e desenvolver competências técnicas no manuseamento de materiais e dispositivos diferenciados e/ou invasivos, tais como: intubação endotraqueal, traqueostomia, ventilação mecânica, drenagem torácica e abdominal, cateterismo venoso central, cateterismo arterial e ECMO. Destaco ainda a oportunidade de observar e participar em dois procedimentos, até então não experienciados, nomeadamente: a colocação de uma traqueostomia e a colocação e implementação de um ECMO, que constituíram momentos de elevada relevância para o meu desenvolvimento profissional.

Por último, no contexto do **SUP**, caracterizado pela elevada complexidade e imprevisibilidade das situações clínicas, foi necessária a mobilização de um vasto conjunto de conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados imediatos, integrados e centrados na pessoa. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados diferenciados a doentes com diversas condições clínicas, destacando-se situações como: TCE, PCR, acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos e hemorrágicos, edema aguado do pulmão, queimados, reações anafiláticas, diferentes tipos de choque, estado de mal epilético, alterações do estado de consciência e disritmias. A diversidade e gravidade destas situações permitiram a execução sistemática de cuidados de elevada complexidade.

A observação e participação ativa no processo de Triagem de Manchester contribuíram para o desenvolvimento da minha capacidade de resposta rápida e tomada de decisão no atendimento inicial da PSC, nomeadamente na definição de prioridades de intervenção de acordo com as vias verdes ativadas, como AVC, Coronária, Trauma e Sépsis, assegurando cuidados eficazes e em tempo oportuno. Em todas as admissões na sala de emergência do SUP, procedia-se sempre à avaliação inicial

estruturada através da abordagem ABCDE contemplando a avaliação da via aérea com controlo cervical (A – *Airway*), da respiração (B - *Breathing*), da circulação com controlo da hemorragia e estabelecimento de acessos venosos (C - *Circulation*)), da função neurológica (D – *Disability*) e da exposição com controlo térmico (E – *Exposure*), permitindo a identificação precoce de focos de instabilidade e a orientação dos cuidados segundo o princípio de intervir prioritariamente nas situações potencialmente fatais (Droege et al., 2023).

Face à multiplicidade de situações clínicas ocorridas na SE do **SUP**, com risco de falência orgânica e\ou multiorgânica, foi possível consolidar e aprofundar os conhecimentos e competências em suporte avançado de vida. Em particular, em situações de peri-paragem, paragem cardiorrespiratória e arritmias cardíacas, foram aplicadas as mais recentes recomendações do *European Resuscitation Council* (2021) garantindo uma atuação baseada na evidência científica atual.

Paralelamente, tive a oportunidade de aprimorar competências técnicas relacionadas com o manuseamento de materiais e dispositivos mais diferenciados, tais como: cateterismo venoso central, intubação endotraqueal e o cateterismo arterial. A existência de protocolos institucionais permitiu ainda a administração de protocolos terapêuticos complexos, como a fibrinólise com Alteplase em pessoas admitidas pela via verde AVC que cumpriam os critérios de inclusão definidos. A administração deste fármaco exige uma vigilância rigorosa, reforçando a responsabilidade do enfermeiro na monitorização contínua do estado clínico da pessoa, com vista a garantir a segurança, a eficácia terapêutica e a prevenção de complicações hemorrágicas, antes, durante e após a sua administração.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direção-Geral da Saúde (2003) institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática, a necessidade de que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Devlin et al., 2018; DGS, 2003; European Society for Emergency Medicine, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2008). Assim, o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade (DGS, 2008; Kopf & Patel, 2010).

A dor está quase sempre presente na PSC e a sua origem está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita (Durão & Teixeira, 2016). Esta experiência pode ainda ser agravada pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade (Durão & Teixeira, 2016). A dor não controlada pode contribuir para a instabilidade hemodinâmica, hipercatabolismo, hiperglicemia, infeções, *delirium* e

stress pós-traumático, aumentando a morbilidade e a mortalidade, prolongando o período de recuperação e elevando os custos com os cuidados de saúde (Durão & Teixeira, 2016; Joaquim, 2020). Além disso, pode perpetuar o fenómeno doloroso, transformando a dor aguda em dor crónica (Joaquim, 2020). Assim, a avaliação e tratamento da dor na PSC devem ser prioritários, com o objetivo de reduzir o risco de complicações.

No **UCIN**, a dor era monitorizada de forma regular, com o objetivo de promover o bem-estar e o conforto dos doentes, através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A dor encontra-se frequentemente subavaliada e subtratada em doentes neurocríticos, particularmente naqueles com alterações do estado de consciência o que dificulta a sua identificação e avaliação (Gélinas & Arbour, 2009). Assim, a avaliação da dor deve ser ajustada ao nível de consciência de cada doente, sendo fundamental o recurso a instrumentos validados para doentes incapazes de comunicar verbalmente (Gélinas & Arbour, 2009). Posto isto, neste contexto, tive a oportunidade de aplicar, sobretudo, três escalas de avaliação da dor: a Escala Numérica da Dor, a Escala Comportamental da Dor e a Escala de Faces de *Wong-Baker*. No que respeita às intervenções não farmacológicas, destacaram-se a realização de massagens durante os reposicionamentos, a adoção de posicionamentos antiálgicos, a utilização de técnicas de relaxamento, a manutenção de um tom de voz calmo e a comunicação eficaz, com esclarecimento contínuo junto do doente.

No **SMI**, a dor era igualmente monitorizada de forma sistemática, com vista à promoção do conforto e bem-estar das PSC, também através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A gestão e controlo da dor nestes doentes envolvia a vigilância e monitorização contínuas, através de escalas de monitorização da dor que têm por base os indicadores de dor e que permitem identificar a intensidade da dor, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia. A monitorização da dor torna-se particularmente desafiadora perante PSC com alterações de consciência ou sob sedação, com alterações na comunicação verbal devido à intubação oro-traqueal ou por estarem sob ventilação não invasiva contínua. Nesses casos, o enfermeiro pode recorrer à observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, através das escalas comportamentais de dor, constituindo-se um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos (Urden et al., 2008). Posto isto, no decorrer do mesmo, utilizei principalmente a Escala Numérica da Dor e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) para avaliação da dor. Entre as medidas não farmacológicas implementadas, recorreram-se às mencionadas previamente para o estágio anterior.

No **SUP**, a dor esteve presente em múltiplos contextos, nomeadamente em situações de trauma, queimaduras e dor torácica, incluindo os episódios enquadrados na via verde coronária, que em alguns casos culminaram em enfarte agudo do miocárdio, pelo que a dor era monitorizada regularmente, visando a promoção do conforto e bem-estar das pessoas, e eram implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. A avaliação da dor no **SUP** foi realizada maioritariamente através da Escala Numérica da Dor e da Escala Visual Analógica, considerando sempre o estado clínico da pessoa, uma vez que nem sempre se encontrava capaz de verbalizar a sua dor. Para além da abordagem farmacológica, recorreu-se frequentemente a intervenções não farmacológicas, tais como massagens durante os reposicionamentos, aplicação de crioterapia devidamente fundamentada, posicionamentos antiálgicos em pessoas com fraturas sem compromisso de estruturas vitais ou dor localizada, técnicas de relaxamento, utilização de tom de voz calmo, bem como comunicação eficaz e esclarecimento contínuo.

Assim, ao longo do percurso dos três contextos de estágio, evidenciou-se o papel central do enfermeiro na gestão diferenciada da dor, bem como na sua valorização enquanto parâmetro fundamental na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Foi possível constatar que a comunicação verbal com a PSC, pode, por vezes, encontrar-se comprometida devido a alterações do estado de consciência. Esta limitação dificultava a expressão das necessidades, tanto com os profissionais de saúde como com os próprios familiares, o que tornou desafiante a gestão da comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica com o doente e a sua família/cuidador ao longos dos estágios realizados nos diferentes contextos. Este desafio adveio não só da complexidade da situação clínica, mas também da importância vital que a comunicação assume numa fase de transição marcada pela incerteza e sofrimento, tanto para o doente como para a família. Nesse sentido, procurei, nos três diferentes contextos de estágio, promover uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e apoio emocional. Para tal, recorri a uma comunicação clara, adequada e assertiva, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações concisas e tranquilizando sempre que necessário, demonstrando disponibilidade constante para acolher e apoiar o doente e a sua família/cuidador neste processo de adaptação.

A dignificação dos cuidados pós-morte, a sua humanização e o apoio à família/cuidador durante o processo de luto assumem uma importância significativa, em particular nos contextos de **UCIN**, **SMI** e **SUP**. Ao longo dos três contextos de estágio, tive a oportunidade de promover práticas que favoreceram a dignificação da morte e o acompanhamento no luto, acompanhando familiares em situações de perda

de um ente querido. Tanto na **UCIN** como no **SMI**, procurámos, em equipa, criar as melhores condições possíveis dentro das unidades, através da gestão adequada do espaço e da articulação entre os diferentes profissionais, permitindo que os familiares pudessem permanecer junto do seu ente querido durante algum tempo, favorecendo um processo de despedida mais humanizado e respeitador das suas necessidades emocionais. No **SUP,** este processo assume uma relevância ainda maior, tendo sido criada uma sala da família, destinada ao acolhimento dos familiares, particularmente daqueles cujos entes queridos se encontram na SE, onde são informados acerca do estado clínico e da evolução da situação. Acresce que as áreas funcionais do **SUP** são, na sua maioria, espaços de acesso restrito e/ou com limitação do número de pessoas, uma vez que as atividades aí desenvolvidas são, frequentemente, incompatíveis com a presença de familiares, como sucede na SE. Contudo, ao longo do estágio, tive a oportunidade de promover práticas que favoreceram a dignificação da morte e o acompanhamento no luto, através da adaptação e criação de condições nas diferentes áreas funcionais, incluindo a SE. Estas práticas passaram pela adequada gestão do espaço e pela articulação com a equipa multidisciplinar, de forma a possibilitar que os familiares pudessem estar junto do seu ente querido por um período de tempo, contribuindo para um processo de despedida e de luto mais humanizado.

Perante a fundamentação apresentada, e considerando a diversidade de experiências e conhecimentos mobilizados, considero ter adquirido e desenvolvido esta competência específica.

4.2.2. Competências do domínio " Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação"

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por um determinado fator, que provoca uma perda brusca e violenta da saúde, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando a vítima em risco de vida, e nestes casos, a assistência à vítima deve ser prestada de forma imediata (Regulamento n.º429/2018, 2018). Por outro lado, uma situação de exceção caracteriza-se, fundamentalmente, por um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento n.º429/2018, 2018). Já a catástrofe é definida na Lei de Bases da Proteção Civil – Lei n.º 27/2006, artigo 3.º, ponto dois (2006): "acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (p.3).

No estágio da **UCIN**, ocorreu um episódio particularmente marcante em que foi necessário ativar o Plano de Contingência da sua ULS, na sequência de uma falha de eletricidade registada em toda a Europa.

Esta situação configurou uma situação de exceção, uma vez que implicou um desequilíbrio momentâneo entre as necessidades e os recursos disponíveis. A ativação do plano permitiu, no entanto, garantir a continuidade e a segurança dos cuidados prestados. Uma das principais limitações sentidas foi a impossibilidade de comunicação com outros serviços e com a equipa médica através da rede móvel. Perante este constrangimento, a administração indicou que se privilegiasse o uso da rede telefónica interna da instituição, o que permitiu colmatar eficazmente essa dificuldade. Deste modo, com a ativação imediata e estruturada do Plano de Contingência, foi possível assegurar o funcionamento habitual da unidade e da própria instituição hospitalar. Desta forma, a ativação deste Plano de Contingência evidenciou a importância da formação contínua dos profissionais e da divulgação clara dos procedimentos, tanto a nível interno como externo à instituição.

Durante o estágio no **SMI,** presenciei diversas situações de emergência clínica, nomeadamente em doentes com falência, ou risco iminente de falência, de um ou mais órgãos vitais, que exigiram a implementação de um ECMO. Trata-se de um procedimento de elevada complexidade, que requer a atuação de uma equipa multidisciplinar altamente qualificada. Neste contexto, foi possível reconhecer o papel central e indispensável do enfermeiro, quer na preparação e monitorização do procedimento, quer na vigilância contínua e gestão dos cuidados subsequentes, evidenciando a sua relevância na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Tanto este procedimento como outros realizados nesta unidade encontram-se sustentados por protocolos e normas previamente definidos, que orientam a sua execução. Ao longo do estágio, procurei consultá-los de forma sistemática, não apenas como preparação para a realização dos procedimentos, mas também como forma de aprofundar a sua compreensão e fundamentação. Esta prática permitiu-me reconhecer que a existência e aplicação consistente destes protocolos são essenciais para um desempenho profissional seguro e adequado, promovendo a atuação coordenada da equipa multidisciplinar e assegurando a prestação de cuidados de enfermagem com elevados padrões de segurança e qualidade.

No **SUP**, foram frequentes as situações de emergência presenciadas, em particular na SE, destacando-se episódios de paragem cardiorrespiratória, peri-paragem e estado de mal epilético, entre outras situações críticas. Perante estes contextos, os enfermeiros assumem um papel determinante na resposta imediata e na gestão inicial da pessoa em situação crítica, sendo fundamental que se encontrem devidamente preparados para atuar de forma eficaz, conforme sustentado pela evidência científica disponível (Chegini et al., 2022). Neste sentido, tive a oportunidade de observar e participar ativamente nestas situações, assegurando a prestação de cuidados fundamentados nas orientações mais recentes

e salvaguardando sempre as condições de segurança. Estes momentos constituíram oportunidades relevantes de desenvolvimento pessoal e profissional, assumindo-se como experiências de aprendizagem significativas, posteriormente complementadas por momentos de *debriefing* com o enfermeiro supervisor, fundamentais para a reflexão crítica e identificação de áreas de melhoria.

Durante os três contextos de estágio não ocorreu nenhuma situação de catástrofe nem de multivítimas que me permitisse vivenciar diretamente este tipo de eventos. Contudo, ambas as ULS onde realizei os estágios dispõem de Plano de Catástrofe e/ou de Emergência Externa, que se encontram disponíveis nas respetivas redes internas e que tive oportunidade de consultar. Estes planos têm como finalidade a preparação e resposta organizada perante situações de catástrofe, nomeadamente cenários de multivítimas, definindo previamente um conjunto de procedimentos, responsabilidades e atitudes a adotar pelos profissionais de saúde. O objetivo central destes planos consiste em garantir uma atuação coordenada, eficiente e ajustada às necessidades emergentes que possam surgir neste contexto. Neste âmbito, a realização periódica de simulacros assume um papel fundamental, possibilitando a identificação de eventuais lacunas, bem como oportunidades de melhoria na organização e resposta institucional. A análise dos protocolos existentes e a sua aplicação prática em contexto de simulacro são essenciais para o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de equipas, a comunicação e a coordenação em situações de crise. Estas competências contribuem de forma significativa para o reforço da capacidade de resposta dos profissionais de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados, a segurança dos doentes e a mitigação do impacto associado a eventos críticos. Assim, face ao exposto, considerado ter desenvolvido esta competência específica.

4.2.3. Competência do domínio "Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas"

Este domínio abrange as competências relacionadas com a prevenção e o controlo da infeção e das resistências aos antimicrobianos na PSC (Regulamento n.º429/2018, 2018). Assim, espera-se que o enfermeiro especialista seja capaz de prevenir e controlar eficazmente as infeções e a resistência antimicrobiana, considerando o risco aumentado de infeção associado aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade clínica das situações e à elevada diferenciação dos cuidados exigidos (Regulamento n.º429/2018, 2018). Estes cuidados implicam frequentemente o recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, fundamentais para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são definidas pela DGS (2017) como infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, bem como as infeções contraídas pelos profissionais de saúde no âmbito da prestação desses cuidados. Estima-se que mais de 80% de todas as IACS estejam associadas a quatro tipos principais de infeções: infeção do trato urinário (ITU), geralmente relacionada com a utilização de cateter vesical; infeção do local cirúrgico; infeção da corrente sanguínea; e pneumonia associada à ventilação mecânica (Rodrigues, 2023).

De facto, as IACS contribuem significativamente para o aumento da morbilidade e mortalidade, sobretudo entre a população idosa e dependente (DGS, 2017). Estas infeções estão associadas a um prolongamento do internamento e a um aumento dos custos em saúde, configurando um problema de saúde pública crescente à escala global (DGS, 2017; Rodrigues, 2023). A evidência atual demonstra que Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de prevalência de infeções nosocomiais entre os países da União Europeia (DGS, 2017). Esta realidade impõe a necessidade de uma resposta articulada e eficaz, motivo pelo qual a DGS, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), tem vindo a adotar e reforçar medidas estratégicas para a redução sustentada das taxas de infeção hospitalar (Despacho n.º 2902/2013, 2013). Neste contexto, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), através do Despacho n.º 2902/2013 (2013). Este programa visa, de forma integrada, a redução da incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, a promoção do uso racional de antimicrobianos e a contenção da resistência microbiana. Foi, posteriormente, reconhecido como programa de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde, conforme o Despacho n.º 6401/2016 (2016) na sua redação atual. Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) reforçou a implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) como eixo estruturante da segurança dos cuidados de saúde. Estas precauções correspondem a um conjunto de medidas fundamentais que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, independentemente do diagnóstico da pessoa, com o objetivo de reduzir o risco de infeção associada aos cuidados e prevenir a transmissão cruzada de microrganismos. As PBCI organizam-se em diferentes áreas de intervenção consideradas essenciais à qualidade e segurança dos cuidados, e incidem sobre 10 padrões de qualidade, nomeadamente: a avaliação do risco de infeção no momento da admissão e a adequada colocação ou isolamento da pessoa; a higiene das mãos; a adoção de medidas de etiqueta respiratória; a utilização correta de equipamento de proteção individual; a limpeza e desinfeção do equipamento clínico; o controlo ambiental, incluindo a higienização das superfícies; o manuseamento seguro de roupa hospitalar; a

gestão apropriada de resíduos; a adoção de práticas seguras na preparação e administração de terapêutica injetável; e a prevenção da exposição ocupacional a agentes biológicos.

Ao longo dos três estágios, a prevenção e o controlo da infeção constituíram uma preocupação constante, uma vez que, como já referido previamente, as infeções associadas aos cuidados de saúde estão relacionadas com o prolongamento do internamento e com o aumento do risco de complicações, sendo uma realidade transversal aos diferentes contextos.

Neste sentido, procurei aprofundar os meus conhecimentos através da consulta de documentos e orientações nacionais e internacionais. Na **UCIN**, esta pesquisa incidiu sobretudo nos cuidados associados à DVE; no **SMI**, centrou-se maioritariamente nas Técnicas de Substituição Renal e na ECMO, por se tratar de dispositivos e procedimentos com os quais tinha pouca experiência prévia. Já no **SUP**, a revisão foi mais direcionada para os princípios básicos da prevenção e controlo da infeção, nomeadamente no manuseamento de dispositivos invasivos, na correta colocação ou isolamento da pessoa, na higiene das mãos, na adoção de práticas seguras na preparação e administração de terapêutica injetável e na prevenção da exposição ocupacional a agentes biológicos. Estas revisões permitiram-me sustentar a prática em evidência científica atualizada, promovendo cuidados mais seguros e de maior qualidade.

Na **UCIN**, realizei vários turnos com os enfermeiros responsáveis de turno, que desempenhavam funções de elo de ligação com a Unidade Local da PPCIRA, assumindo um papel fundamental na implementação das medidas de controlo de infeção. No **SMI**, tive contacto com doentes submetidos a transplante cardíaco, particularmente vulneráveis a infeções e com elevado risco de morbilidade, o que exigiu o cumprimento rigoroso das normas instituídas. Estas experiências permitiram-me reconhecer a importância da adaptação dos planos de prevenção às especificidades das unidades e das pessoas em situação crítica, bem como participar ativamente na implementação de estratégias concretas, como a vigilância de dispositivos invasivos e a gestão de precauções de isolamento.

O **SUP**, pela sua dinâmica, sobrelotação frequente e carácter emergente das situações, constitui um contexto desafiante para o cumprimento consistente das PBCI. Ainda assim, mantive uma preocupação permanente com a sua aplicação, destacando-se a correta identificação de doentes com necessidade de isolamento através de placas; a presença e utilização de kits específicos para procedimentos invasivos, como algaliação, drenagem torácica e colocação de cateteres venosos centrais e arteriais, e o cumprimento rigoroso das técnicas assépticas, contribuindo para a redução do risco de infeção e para a segurança dos cuidados.

Desta forma, mantive um compromisso contínuo com o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo de infeção, assegurando igualmente o respeito pelas precauções de isolamento por parte de familiares e outros intervenientes., contribuindo assim para a minimização do risco de transmissão cruzada. Reconheci também o papel dos enfermeiros de referência na dinamização de práticas alinhadas com as normas institucionais e nacionais, o que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências na implementação de estratégias de prevenção e na promoção de práticas seguras. O estágio constituiu, assim, uma oportunidade determinante para consolidar conhecimentos e reforçar boas práticas na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e no combate à resistência aos antimicrobianos. A adoção de uma prática clínica consciente, sustentada na evidência e no cumprimento das precauções básicas, contribuiu para a prestação de cuidados mais seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica. Com base nesta experiência e na fundamentação teórica e científica que a sustentou, foi possível desenvolver as competências necessárias à intervenção eficaz na prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos.

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO

A Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICI-F) corresponde ao desenvolvimento de consequências de natureza física, psicológica e socioeconómica nos familiares de doentes internados em SMI, na sequência de uma doença crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2024). Entre as principais consequências descritas na literatura destacam-se sintomas de ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático (PSPT), sobrecarga do cuidador e impacto negativo na qualidade de vida dos familiares (SPCI, 2024). Estas manifestações estão frequentemente associadas à vivência de uma situação inesperada e altamente geradora de stress, nomeadamente o aparecimento súbito de uma doença crítica num ente-querido, que pode conduzir a uma desorganização familiar e à rutura dos papéis previamente assumidos no seio da família (Moraes et al., 2024; SPCI, 2024; Sousa, 2022). Estima-se que mais de 50% destes familiares desenvolvam sequelas psicológicas e manifestações das mesmas, com início após a alta ou a morte do seu parente, podendo estas prevalecer durante meses ou anos (Moraes et al., 2024).

A literatura descreve diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento de SPICI-F, os quais podem ser agrupados em três categorias: fatores relacionados com o familiar cuidador; fatores associados ao contexto do SMI; e os fatores relativos ao doente crítico sobrevivente (SPCI, 2024). Relativamente ao familiar cuidador, destacam-se como fatores de risco: sexo feminino, cuidar de um cônjuge, baixa escolaridade, presença de uma doença física ou mental pré-existente e/ou histórico familiar de doença mental, insuficiente apoio social e profissional, dificuldades financeiras, privação de sono, exercer o papel de cuidador por mais de 100 horas por mês e insatisfação com a relação familiar prévia (Moraes et al., 2024; SPCI, 2024). No que diz respeito aos fatores associados ao SMI, incluem-se o horário limitado de visitas, a comunicação escassa com os profissionais de saúde e o receio de morte do seu familiar (Moraes et al., 2024; SPCI, 2024). Por sua vez, no que concerne ao doente crítico sobrevivente, estão descritos como fatores de risco a necessidade de cuidados de longo prazo por terceiros e o próprio doente desenvolver SPICI psicológico, em particular, perturbações de ansiedade, depressão e/ou PSPT (Moraes et al., 2024; SPCI, 2024).

A SPICI-F é possível de prevenir através da implementação de um conjunto de intervenções, dirigidas aos familiares, entre as quais se destacam: a identificação de possíveis fatores de risco de SPICI-F nos familiares; a avaliação regular da presença de sinais de ansiedade, depressão e PSPT nos familiares durante o internamento e após a hospitalização; e a identificação do familiar que assumirá o papel de

principal cuidador após a alta (SPCI, 2024). Neste contexto, a intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assume particular relevância, na medida em que de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), uma das competências específicas deste profissional centra-se na promoção da qualidade de vida e do bem-estar dos familiares do doente crítico, que se concretiza através do estabelecimento de relação terapêutica com os mesmos, que permita identificar as suas necessidades, avaliar o impacto da situação vivenciada e capacitar os familiares para a gestão do processo de doença crítica e das suas consequências.

Apesar do crescente reconhecimento da SPICI-F e da importância de um acompanhamento estruturado da família do doente crítico, a literatura não é consensual relativamente ao modelo ideal para o acompanhamento pós-doença crítica, aos instrumentos de avaliação do familiar cuidador, não existindo atualmente protocolos formalizados e aos critérios que definem quais os familiares que devem ter acesso às consultas de *follow-up*, uma vez que a limitação deste acompanhamento apenas a familiares de doentes sobreviventes pode comprometer a identificação de lutos patológicos e outras consequências psicológicas relevantes (SPCI, 2024).

Desta forma, para responder a esta necessidade, a *Scoping Review* constitui a abordagem metodológica mais adequada, uma vez que permite sintetizar a evidência científica existente, sendo utilizada para mapear a literatura que existe de uma determinada temática, quanto à sua natureza, características e volume (Peters et al., 2015). Assim, o presente estudo tem como objetivo: mapear, analisar e sintetizar o acompanhamento que o enfermeiro especialista em doente crítico, providencia à família afetada pela SPICI-F, com enfoque na literatura publicada. Através deste mapeamento, pretende-se não só disponibilizar uma base de evidência que sustente e oriente as intervenções dos EEEMC junto dos familiares com SPICI-F, promovendo intervenções mais eficazes e individualizadas, como também identificar questões relevantes e lacunas do conhecimento que possam orientar o desenvolvimento de futuras investigações nesta área.

2. METODOLOGIA

Tal como previamente referido, a metodologia adotada no presente estudo é uma *Scoping Review*. Este tipo de revisão é realizada não só para verificar a viabilidade e o potencial alcance de futuras revisões sistemáticas, assumindo também como principal objetivo a caracterização do corpo de literatura existente sobre um determinado tema (Peters et al., 2015). Neste sentido, possibilita a identificação, de lacunas no conhecimento, fornecendo uma visão geral das evidências disponíveis, constituindo um

importante suporte para o desenvolvimento de futuras investigações (Peters et al., 2015). A presente *Scoping Review* seguirá a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), reconhecida pela sua abordagem rigorosa, transparente, fidedigna e sistematizada na síntese de evidências em saúde (Aromataris et al., 2024).

2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo

A presente *Scoping Review* tem como finalidade a sistematização do conhecimento existente acerca do acompanhamento providenciado pelo enfermeiro especialista em doente crítico a famílias que desenvolvam a SPICI-F. Efetivamente, pretende-se que os resultados desta revisão evidenciem a literatura atualmente disponível, fornecendo uma base de evidência que sustente a prática clínica do EEEMC, promovendo intervenções adequadas, consistentes e centradas nas necessidades destas famílias. Este estudo, visa identificar as lacunas atuais de conhecimento relevantes, de modo a orientar o desenvolvimento de futuras investigações nesta área.

Desta forma, este estudo tem como objetivo geral, mapear a evidência publicada sobre o acompanhamento dos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI em contexto hospitalar, com base na literacia publicada. De modo a concretizar este objetivo, definem-se determinados objetivos específicos, nomeadamente:

- Identificar as intervenções desenvolvidas por enfermeiros especialistas em doente crítico no acompanhamento a famílias com SPICI durante o internamento do doente em SMI.
- Descrever o acompanhamento providenciado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI em contexto de enfermaria, após a alta do SMI.
- Caracterizar o acompanhamento realizado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI após a alta hospitalar, em contexto de *follow-up*.
- Identificar instrumentos de avaliação que os enfermeiros especialistas em doente crítico utilizam para avaliar a SPICI-F em contexto hospitalar.
- Identificar lacunas de conhecimento que possam orientar futuras investigações nesta área.

2.2. Questão de Investigação

De acordo com as recomendações do JBI, a formulação da questão de revisão de uma *Scoping Review* deve ser elaborada conforme a mnemónica PCC, em que o P representa a "população", o C o "conceito" e o C o "contexto", realçando que a clareza da questão de revisão contribui para o desenvolvimento do

protocolo, facilita a eficácia na pesquisa da literatura e proporciona uma estrutura clara para a elaboração da revisão (Aromataris et al., 2024).

Efetivamente, para a presente revisão, definiu-se como População – famílias com Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos; Conceito – Acompanhamento pelos enfermeiros especialistas em doente crítico; e Contexto – Contexto Hospitalar. Assim, esta *Scoping Review* procura responder à seguinte questão:

"Qual a evidência publicada sobre o acompanhamento da família pelo enfermeiro especialista no contexto da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI-F) em contexto hospitalar?"

A partir da questão de revisão definida, esta revisão também pretende responder às seguintes questões:

1.- Que intervenções são desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em doente crítico no acompanhamento a famílias com SPICI durante o internamento do doente num SMI?

2.- Que tipo de acompanhamento é providenciado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI em contexto de enfermaria, após a alta de SMI?

3.- Que tipo de acompanhamento é realizado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI após a alta hospitalar, em contexto de *follow-up*?

4.- Quais os instrumentos de avaliação que os enfermeiros especialistas em doente crítico podem utilizar para avaliar a SPICI-F?

2.3. Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade definidos para a presente *Scoping Review* foram elaborados de acordo com as recomendações do JBI (2024), de modo a assegurar rigor, transparência e coerência metodológica. Desta forma, os critérios de inclusão foram estruturados com base na mnemónica PCC, permitindo delimitar de forma clara o âmbito da revisão e garantir a inclusão de evidência relevante para responder à questão de investigação. Relativamente aos critérios de exclusão, foram definidos de forma a complementar os critérios de inclusão, garantindo a seleção de estudos alinhados com o objetivo da revisão.

Critérios de Inclusão

De acordo com as recomendações do modelo de JBI, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a presente *Scoping Review* :

- **População**: Serão considerados estudos que incluam famílias com SPICI de doentes críticos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos. Não serão aplicadas restrições quanto ao género, etnia ou outras características pessoais.
- **Conceito**: Serão incluídos estudos que explorem o acompanhamento providenciado por enfermeiro especialista em doente crítico a famílias com SPICI-F, considerando todas as intervenções desenvolvidas por estes cujo foco principal seja estas famílias.
- **Contexto**: Serão considerados os estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, independentemente do tipo de instituição, público ou privado, geral ou especializado, e incluirá o acompanhamento providenciado em SMI, em enfermarias e em contexto de *follow-up*.
- **Tipo de fontes**: Serão incluídos estudos de natureza qualitativa, quantitativa e mista, estudos de caso, descritivos, revisões sistemáticas, estudos de coorte, retrospetivos e prospetivos. Será considerada literatura cinzenta, nomeadamente teses, dissertações e outros documentos académicos. Serão incluídos estudos publicados e não publicados, com acesso gratuito ao texto integral, disponíveis em português, inglês e espanhol.

Critérios de Exclusão

Serão excluídos da presente *Scoping Review* os seguintes tipos de estudos:

- Estudos focados exclusivamente nos doentes que desenvolvem SPICI;
- Estudos que incluam famílias com SPICI de doentes críticos pediátricos (idade inferior a 18 anos);
- Estudos que abordem famílias que desenvolveram SPICI decorrentes de internamentos em SMI provocados pelo SARS-COV 2;
- Estudos que descrevam o acompanhamento e/ou as intervenções desenvolvidas por enfermeiros especialistas que não na área de Enfermagem à PSC;
- Estudos desenvolvidos exclusivamente em contexto domiciliário;
- Artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor, resumos de conferências e estudos de caso único.

2.4. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, sem restrições geográficos ou culturais. Foram incluídos exclusivamente estudos com acesso a texto integral.

De acordo com as recomendações do JBI, este processo de pesquisa foi desenvolvido em 3 etapas, de forma a maximizar a abrangência e a diversidade das evidências identificadas.

Na primeira etapa, realizada em abril de 2025, foi efetuada uma pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCO - Ordem dos Enfermeiros), e Scopus (via Elviser – Universidade do Minho), com o objetivo de identificar artigos relevantes sobre a temática em questão. Para esta pesquisa inicial foram utilizados termos *MeSH* e descritores de pesquisa: "post-intensive care syndrome in family"; "specialist nurse"; "critical care nursing"; "family". Posteriormente, procedeu-se à análise das palavras-chave presentes nos títulos e resumos dos artigos identificados, bem como dos termos de indexação utilizados para a sua descrição, permitindo o desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa mais completa, adaptada e específica para cada base de dados selecionada. Relativamente à literatura cinzenta, ou seja, as fontes de estudos não publicados, foram realizadas pesquisas nas plataformas como o OpenGrey e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A pesquisa nesta literatura foi realizada utilizando o termo "post-intensive care syndrome in family".

A segunda etapa constituiu uma segunda pesquisa mais detalhada, adaptada e especifica para cada base de dados, nomeadamente MEDLINE (PubMed), CINAHL Complete (via EBSCO - Ordem dos Enfermeiros), e Scopus (via Elviser – Universidade do Minho), SciELO, RCAAP e OpenGrey. As estratégias de pesquisa específica aplicada em cada base de dados encontram-se descritas no Anexo 1.

A terceira etapa envolveu a identificação de possíveis fontes adicionais de evidência relevante para a revisão através da análise das listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão.

2.5. Seleção dos Estudos

A seleção de dados foi realizada em três fases. Na primeira fase, os resultados da pesquisa em todas as bases de dados foram exportados para um software de gestão de referências, nomeadamente o *Mendeley*, com o objetivo de eliminar os artigos duplicados. De seguida, foram selecionados os estudos com base nos critérios de elegibilidade para a revisão previamente descritos, através da leitura do título e do resumo dos mesmos. Posteriormente, analisou-se detalhadamente o texto integral dos estudos selecionados da primeira análise para a decisão final de inclusão, e os que não cumprirem os critérios de inclusão foram excluídos.

Durante a seleção de dados, verificou-se que a plataforma *OpenGrey* se encontrava inativa, não sendo possível a realização de uma pesquisa estruturada diretamente no site. Desta forma, optou-se por realizar

a pesquisa de literatura cinzenta na *Bielefeld Academic Search Engine* (BASE), que agrega literatura científica e literatura cinzenta proveniente de repositórios institucionais. Isto permitiu complementar a pesquisa de literatura cinzenta e minimizar potenciais lacunas decorrentes da indisponibilidade da *OpenGrey*.

A estratégia de pesquisa identificou 57 estudos. Após a remoção de 2 duplicados, 15 foram excluídos pela análise do título e 22 pela análise do resumo. A leitura integral dos 18 artigos restantes resultou na exclusão de mais 12 artigos. No final, 6 estudos foram incluídos nesta revisão. O processo de seleção está representado detalhadamente num fluxograma elaborado de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses – Extension for Scoping Reviews* (PRISMA - ScR). O fluxograma encontra-se representado na Figura 1.

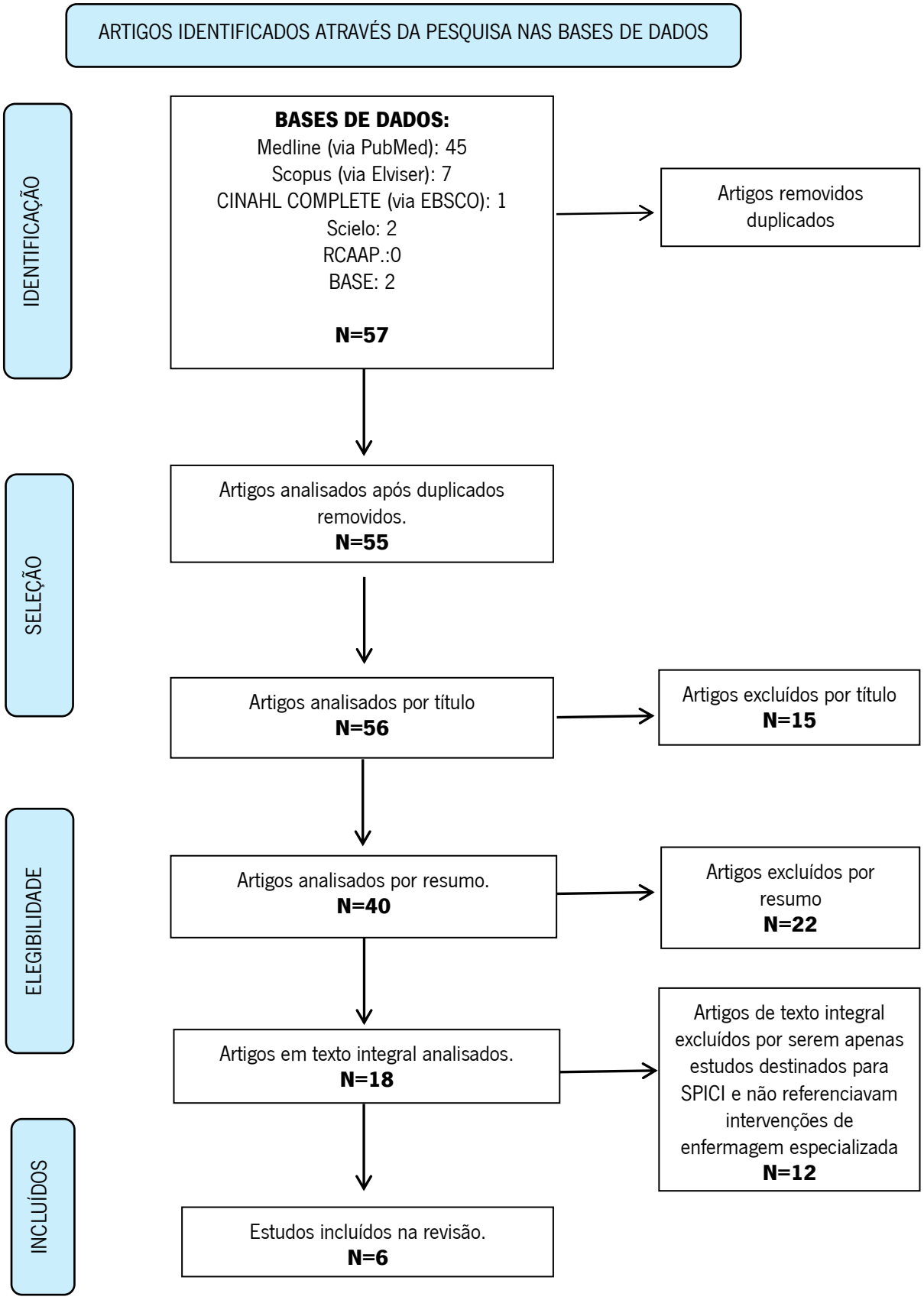


Figura 1.- Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos.

2.6. Apresentação de Resultados

Neste sub-ponto, são apresentados os resultados extraídos dos estudos incluídos na presente *Scoping Review*, após a aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade, permitindo a identificação da evidência relevante para responder aos objetivos propostos. A apresentação dos resultados encontra-se organizada em duas partes: inicialmente, através de uma tabela de extração de dados dos artigos selecionados; posteriormente, procede-se à caracterização dos estudos, de acordo com as suas semelhanças.

Extração de Dados

A extração de dados foi efetuada através de um instrumento desenvolvido para o efeito, alinhado com a metodologia JBI. Este foi desenvolvido para recolher informações sobre cada artigo incluído, bem como resultados relevantes para responder às questões da revisão. A extração de dados foi realizada por dois revisores de forma independente, garantindo maior rigor e fiabilidade do processo. Sempre que surgiram discrepâncias na extração ou interpretação dos dados, estas foram resolvidas por consenso entre os revisores, podendo recorrer-se a um terceiro revisor, se necessário. Ao longo do processo de extração de dados, o instrumento foi alterado tendo em conta os resultados encontrados. A tabela 1 corresponde ao instrumento finalizado com os resultados correspondentes.

Tabela 1.- Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na *Scoping Review*.

Código do estudo	**E1**
E1: Características dos estudos	
Título	Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study.
Autor(es)	Isabell Fridh & Eva Åkerman.
Ano | País	2019 | Suécia
Objetivo	Investigar os cuidados paliativos centrados na família e os serviços de acompanhamento do luto providenciados a familiares de doentes que faleceram em SMI suecas.
Metodologia	Estudo transversal.
População | Amostra	População: SMI para adultos na Suécia.| Amostra: 73 SMI das 81 SMI's para adultos na Suécia.
Resultados pertinentes do E1 para a *Scoping Review*	
O *follow-up* é frequentemente iniciado por enfermeiros especialistas ou por médicos (38,9%). 16,4% dos acompanhamentos são conduzidos de forma autónoma por enfermeiros especialistas. O momento do contacto é flexível, podendo ocorrer entre 0 a 1 mês ou entre 2 a 5 meses após a morte, de acordo com as preferências da família. O serviço de *follow-up* é adaptado às necessidades identificadas, podendo incluir contacto telefónico e visita à unidade.	

Conclusões do estudo	76,7% dos SMIs apresentava algum tipo de acompanhamento, mas com oferta inconsistente após a morte. Identificou-se diferentes modelos de acompanhamento: telefonemas (32,7%), consultas de acompanhamento em clínicas pós-SMI (7,3%), consultas de acompanhamento na própria SMI (12,7%) ou combinações destes. Enfermeiros e assistentes sociais eram os únicos profissionais a realizar acompanhamento autónomo. Os enfermeiros individualizavam o acompanhamento conforme as necessidades das famílias.
Código do estudo	**E2**
E2: Características do estudo	
Título	The Caregiver Pathway, a Model for the Systematic and Individualized Follow-up of Family Caregivers at Intensive Care Units: Development Study.
Autor(es)	Solbjørg Watland, Lise Solberg Nes, Elizabeth Hanson, Mirjam Ekstedt, Una Stenberg, Elin Børøsund.
Ano | País	2023 | Noruega
Objetivo	Desenvolver um modelo para estruturar e individualizar o acompanhamento de familiares e/ou cuidadores de doentes em estado crítico, desde a sua admissão na SMI até após a alta ou morte.
Metodologia	Estudo de desenvolvimento com uma abordagem de co-design participativo.
População | Amostra	População: antigos cuidadores e/ou familiares de doentes crítico, enfermeiros e gestores de SMI envolvidos no desenvolvimento e validação do modelo. | Amostra: antigos cuidadores: n = 8 (entrevistas), Stakeholders: n = 10 (workshops), User testing: cuidadores n = 4; enfermeiros n = 11.

Resultados pertinentes do E2 para a *Scoping Review*	
Durante a estadia no SMI, os enfermeiros especialistas auxiliam os familiares no preenchimento de um instrumento de avaliação digital. Este consiste num tablet que apresenta questões acerca das necessidades dos cuidadores, incluindo perguntas explicitas sobre a necessidade de apoio. O instrumento gera automaticamente um resumo que identifica as necessidades prioritárias do familiar. Com base nesse resumo, os enfermeiros especialistas realizam uma conversa com a família com o objetivo de clarificar, identificar e, sempre que necessário, providenciar o apoio adequado (Etapa 1 do *The Caregiver Pathway).* Além disso, os enfermeiros especialistas fornecem um cartão informativo que inclui: reações comuns dos familiares, recursos de apoio disponíveis e um convite para futuras conversas de acompanhamento (Etapa 2 do *The Caregiver Pathway*). Após a alta do SMI, os enfermeiros especialistas realizam uma *discharge conversation*, com a família através de um telefonema, um a dois dias após a alta. Esta conversa aborda o estado atual do familiar, bem como questões e preocupações relacionadas com a transição para a enfermaria (Etapa 3 do *The Caregiver Pathway*). Três meses após a alta ou a morte do doente, os enfermeiros especialistas que acompanharam previamente a família no SMI, convidam-nos para uma conversa de acompanhamento. Esta conversa, de natureza semiestruturada e realizada presencialmente ou por telefone, tem como objetivos: esclarecer questões pendentes; ajudar no processamento de situações difíceis; e proporcionar a oportunidade de refletir sobre a estadia na SMI. Durante a conversa, é também abordada a vida atual da familiar, e o enfermeiro avalia a necessidade de apoio adicional e, caso seja necessário, facilita o encaminhamento para os recursos adequados. (Etapa 4 do *The Caregiver Pathway.*).	
Conclusões do estudo	Foi desenvolvido um modelo estruturado e individualizado de acompanhamento de familiares de doentes em SMI, denominado *The Caregiver Pathway*, organizado em quatro fases. Foram identificadas três necessidades essenciais dos familiares: estar presentes junto do doente, receber informação adequada e beneficiar de apoio emocional. A avaliação do modelo, realizada com antigos cuidadores e

	enfermeiros de SMI, confirmou a sua relevância, usabilidade e viabilidade. Os resultados sugerem que o modelo pode apoiar os enfermeiros de SMI na prestação de suporte personalizado aos familiares, melhorar a comunicação e promover cuidados centrados na família.
Código do estudo	**E3**
E3: Características do estudo	
Título	The Caregiver Pathway Intervention Can Contribute to Reduced Post-Intensive Care Syndrome Among Family Caregivers of ICU Survivors: A Randomized Controlled Trial.
Autor(es)	Solbjørg Watland, Lise Solberg Nes, Øivind Ekeberg, Morten Rostrup, Elizabeth Hanson, Mirjam Ekstedt, Una Stenberg Milada Hagen, Elin Børøsund
Ano | País	2024 | Noruega
Objetivo	Explorar os efeitos a curto prazo do *The Caregiver Pathway*.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado.
População | Amostra	População: familiares/cuidadores de doentes em estado crítico internados na SMI Médica do Hospital Universitário de Oslo, Noruega. | Amostra: 196 familiares/cuidadores de doentes em estado crítico: grupo de intervenção: n = 101; grupo de controlo: n= 95.
Resultados pertinentes do E3 para a *Scoping Review*	

Foi implementado o *The Caregiver Pathway* em 101 familiares *,* conforme descrito no E2, mantendo as suas quatro etapas principais e as intervenções dos enfermeiros especialistas. Posteriormente, foram avaliados os sintomas e os resultados do grupo de intervenção e de controlo, utilizando os seguintes instrumentos: *Impact of Event Scale – Revised* (com 22 itens) (IES – R); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); Questionário de Saúde de 12 itens; Escala de Autoeficácia Geral (EA – EG); Escala de Esperança de *Herth*.	
Conclusões do estudo	A intervenção *The Caregiver Pathway* demonstrou ser eficaz na redução do sofrimento psicológico e na melhoria da qualidade de vida e dos níveis de esperança entre os cuidadores de sobreviventes do SMI, embora não tenha apresentado efeitos significativos entre os cuidadores enlutados durante o período de acompanhamento de três meses. Os familiares no grupo de intervenção apresentaram uma redução dos sintomas de PSPT, com uma pontuação média 8,2 pontos inferior à do grupo de controlo (p=0,008). Verificou-se ainda menor ansiedade (p=0,014) e menor depressão (p=0,035), medidas pela subescalas correspondentes da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Por outro lado, observaram-se melhorias no funcionamento físico relacionado com a qualidade de vida em saúde avaliado, pela componente física do Questionário de Saúde de 12 Itens (SF-12; p=0,043), bem como níveis mais elevados de esperança, medidos pelo Índice de Esperança de *Herth* (p=0,017).
Código do estudo	**E4**
E4: Características do estudo	
Título	Postintensive care syndrome family: a comprehensive review.
Autor(es)	Kasumi Shirasaki, Toru Hifumi, Nobuto Nakanishi, Nobuyuki Nosaka, Kyohei Miyamoto, Miyuki H. Komachi, Junpei Haruna, Shigeaki Inoue, Norio Otani;

Ano | País	2024 | Japão
Objetivo	Esclarecer e fornecer uma compreensão abrangente da PICS-F.
Metolodoia	Revisão abrangente.
População | Amostra	População: familiares e cuidadores de doentes internados em SMI.
Resultados pertinentes do E4 para a *Scoping Review*	
Não há instrumentos universalmente aceites para a avaliação da SPICI-F. Dada a inexistência de critérios padronizados, verifica-se variabilidade no timing e na frequência de avaliações, sendo estas frequentemente realizadas aos 3 ou 6 meses. Recomenda-se a avaliação de sintomas psicológicos, nomeadamente ansiedade, depressão e PSPT. Tanto a ansiedade como a depressão são frequentemente avaliadas através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), podendo também ser utilizados o *Patient Health Questionnaire* – 9 (PHQ-9) para a ansiedade, e a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) para a depressão. A PSPT pode ser avaliada através da *Impact of Event Scale* (IES) ou *PTSD checklist* (PCL). Para além dos problemas psicológicos, devem ser avaliados avaliar outros aspetos relevantes, como o luto patológico e a qualidade do sono dos familiares, recorrendo, respetivamente, ao Inventário de Luto Complicado (ICG) e ao Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI). Outro aspeto importante é a avaliação da sobrecarga associada ao cuidado do doente, que pode ser avaliada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* -12 itens. A qualidade de vida dos familiares pode ser avaliada de forma geral através *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36). Por fim, para os profissionais de saúde, é fundamental compreender as necessidades e expectativas da família durante a estadia nos SMI, podendo a sua experiência ser avaliada através da *Family Satisfaction in the ICU* (FS-ICU).	
Conclusões do estudo	A SPICI-F é descrita como uma experiência profundamente disruptiva, caracterizada por um conjunto de cargas psicológicas, físicas e socioeconómicas que têm início com o impacto emocional vivido pelos familiares aquando do internamento do doente num SMI. Para

	além das consequências psicológicas, a SPICI-F pode também originar repercussões físicas e socioeconómicas a longo prazo, sendo que a condição e o bem-estar da família podem influenciar o processo de recuperação do doente. A SPICI-F pode ser prevenida através da implementação contínua de intervenções multidisciplinares dirigidas ao doente e aos familiares, desde o período de internamento em SMI até após a alta. Entre estas, incluem-se a disponibilização de folhetos informativos para a família, a utilização de diários de SMI, a presença de facilitadores de comunicação, cuidados de apoio ao luto e intervenções de acompanhamento no SMI.
Código do estudo	**E5**
E5: Características do estudo	
Título	Development and Validation of a Nomogram Prediction Model for Key Symptoms of Post-Intensive Care Syndrome-Family in Family Members of Critically-Ill Patients: Focusing on Sleep Disturbance, Fatigue, Anxiety, and Depression.
Autor(es)	Haili Dong, Li Liu, Shasha Ma, Haixia Han, Jiadong Zhang, Jordan Tovera Salvador, Xiaoxiao Liu.
Ano | País	2025 | China
Objetivo	Construir e validar um modelo nomograma que preveja o risco de sintomas da PICS-F em familiares de doentes críticos.
Metodologia	Estudo observacional prospetivo com desenvolvimento e validação de modelo.
População | Amostra	População: familiares de doentes em estado crítico transferidos para fora do SMI. | Amostra: 567 participantes divididos em dois grupos: o grupo modelo (n: 432), um grupo de validação externa (n: 135).
Resultados pertinentes do E5 para a *Scoping Review*	

Para a construção do modelo preditivo e identificação da SPICI-F nos familiares, recorreu-se à avaliação de componentes psicológicas e físicas dos familiares dos doentes em SMI, nomeadamente: a ansiedade e depressão através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); a qualidade do sono através do Índice de qualidade do sono de *Pittsburgh* (PSQI); a fadiga, através da Subescala do Instrumento de Avaliação de Fadiga (FAI); o suporte social percebido pela família em três dimensões (familiar, amigos e outros), através da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), e por fim, recorreu-se à Avaliação Fisiológica Aguda e Crônica de Saúde II (APACHE II) para avaliar a gravidade da doença do doente internado, utilizada como um fator preditor do risco de desenvolvimento de SPICI-F nos familiares.	
Conclusões do estudo	A incidência de SPICI-F foi de aproximadamente 58,8% no grupo de desenvolvimento do modelo, sendo identificada pela presença de sintomas psicológicos e/ou fisiológicos. Foram identificados cinco fatores preditivos associados ao risco de desenvolvimento da síndrome: idade do familiar, idade do doente, gravidade da doença do doente (avaliada através do score APACHE II), rendimento mensal per capita do agregado familiar e o suporte social percebido (avaliado através da MSPSS). Idade mais avançada do familiar, maior gravidade da doença (APACHE II mais elevado), idade mais baixa do doente, menor rendimento mensal e menor suporte social percebido estiveram associados a um risco aumentado de SPICI-F. O modelo de previsão baseado no nomograma demonstrou um forte desempenho preditivo, evidenciado por uma área sob a curva (AUC) de 0,894 no grupo de desenvolvimento e de 0,847 no grupo de validação. A sensibilidade e a especificidade do modelo foram elevadas em ambos os grupos. Este modelo constitui uma ferramenta valiosa para a avaliação clínica, permitindo aos enfermeiros identificar precocemente os familiares de alto risco (especificamente aqueles com uma pontuação no nomograma ≥106 pontos). Isto facilita a criação de planos de cuidados individualizados e estratégias de prevenção direcionadas para reduzir o impacto da SPICI-F.
Código do estudo	**E6**

E6: Características do estudo	
Título	Post-Intensive Care Syndrome Family (PICS-F)
Autor(es)	Alyssa C. Smith, Haley N. Ferguson, Rachel M. Russell, Parth Savsani, Sophia Wang.
Ano | País	2025 | Estados Unidos da América
Objetivo	Aumentar a consciencialização sobre PICS-F e discutir estratégias de prevenção e gestão dentro de SMI e em ambientes pós-SMI.
Metodologia	Revisão abrangente.
População | Amostra	População: Familiares e cuidadores de doentes internados em SMI.
Resultados pertinentes do E6 para a *Scoping Review*	
Embora ainda não existam ferramentas de avaliação especificamente desenvolvidas para a SPICI-F, recomenda-se a utilização de métodos de rastreio padronizados e amplamente aceites para as diferentes dimensões da síndrome. Para a avaliação da sintomatologia, recomenda-se a utilização do *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Patient Health Questionnaire* – 9 (PHQ-9) para a depressão; o *Generalized Anxiety Scale* (GAD-7) para a ansiedade; o *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD) para a PSPT. No que diz respeito à privação do sono, pode ser utilizada a Escala de Sonolência *Epworth* (EES). Além disso, devem ser identificados fatores psicossociais que podem agravar os sintomas, como o sentido de controlo, a perceção de suporte social e o impacto do papel de cuidador na vida do próprio cuidador.	
Conclusões do estudo	Uma proporção significativa de familiares de doentes internados em SMI experiencia consequências físicas e psicológicas negativas, incluindo ansiedade, depressão e sintomas relacionados com stress ou trauma, fenómeno descrito como SPICI-F. Estes sintomas

	resultam, em grande parte, da experiência stressante de ver um ente querido em estado crítico, bem como da sobrecarga associada ao papel de cuidador durante e após o internamento em SMI. Entre as estratégias de prevenção e gestão implementadas durante o internamento em SMI destacam-se políticas de visita flexível (SMIs abertas), reuniões familiares, inclusão da família na dinâmica da unidade, utilização de diários de SMI, envolvimento da família nos cuidados e intervenções de gestão do stress e rastreio de sintomas de saúde mental. No período pós-SMI, as intervenções descritas incluem acompanhamento estruturado, disponibilização de recursos de apoio e intervenções psicológicas individualizadas. É crucial identificar fatores de risco relacionados com o doente, o familiar e o percurso hospitalar, e encaminhar os familiares que apresentam sintomas de saúde mental para os recursos e tratamentos apropriados

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar diferentes intervenções e instrumentos direcionados ao apoio de familiares com SPICI-F, bem como os seus principais resultados e implicações para a prática clínica. A aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade permitiu selecionar a evidência mais pertinente para responder aos objetivos propostos. Para facilitar a apresentação e compreensão dos resultados, estes são organizados em diferentes categorias temáticas: inicialmente, apresenta-se a caracterização geral dos estudos incluídos; de seguida, descreve-se o acompanhamento providenciado pelo enfermeiro especialista em doente crítico aos familiares com SPICI-F nos diferentes contextos; por fim, são evidenciados os instrumentos utilizados para a avaliação da SPICI-F.

- Caracterização geral dos estudos incluídos.

Foram incluídos seis artigos publicados entre 2019 e 2025, provenientes de China, Estados Unidos da América, Japão, Suécia e Noruega. Entre os estudos incluídos encontram-se um estudo transversal, um ensaio clínico randomizado, um estudo de desenvolvimento baseado numa abordagem de *co-design* participativo, um estudo observacional prospetivo com desenvolvimento e validação de modelo e duas revisões abrangentes. Todos os estudos foram desenvolvidos em contexto de SMI e tiveram como população, maioritariamente, familiares de doentes internados nessas unidades. As amostras dos estudos variaram entre 33 e 432 participantes.

- Caracterização do acompanhamento providenciado pelo enfermeiro especialista em doente crítico.

Contexto de SMI

Neste contexto, no modelo *The Caregiver Pathway*, os enfermeiros especialistas em doente crítico prestavam apoio aos familiares através da utilização do instrumento de avaliação digital. Inicialmente, auxiliavam os familiares no preenchimento do instrumento e, posteriormente, com base no resumo gerado pela ferramenta, realizavam uma conversa com a família com o objetivo de identificar as suas necessidades e os apoios necessários. Estes profissionais eram responsáveis pela entrega de um cartão informativo dirigido aos familiares, contendo informações sobre possíveis reações emocionais associadas à experiência vivenciada, de modo a promover a sua compreensão e incentivar a procura de ajuda, caso necessário. O cartão incluía ainda informações sobre os recursos de apoio disponíveis, bem como um convite para uma conversa de acompanhamento com o enfermeiro.

Contexto de Enfermaria

Quando o doente recebia alta do SMI para uma enfermaria, no modelo *The Caregiver Pathway*, o enfermeiro especialista era responsável por contactar a família um ou dois dias após a transferência, através de um telefonema, com o objetivo de realizar a *discharge conversation*. Durante esta conversa, os familiares eram questionados acerca do estado atual da família, bem como sobre eventuais dúvidas, preocupações ou dificuldades relacionadas com a transição do doente para a enfermaria.

Contexto de *Follow-up*

São descritas diferentes abordagens ao acompanhamento em *follow-up* dos familiares após a alta ou morte do doente no SMI. O momento de realização do *follow-up* apresenta alguma heterogeneidade, podendo ocorrer entre um e cinco meses após a alta do doente do SMI ou após a sua morte, de acordo com as preferências da família. Posteriormente, em um dos artigos, este acompanhamento é frequentemente iniciado por enfermeiros especialistas ou médicos (38,9%), sendo que cerca de 16,4% das conversas de acompanhamento com familiares enlutados são conduzidas autonomamente por enfermeiros especialistas, sendo que o tipo de acompanhamento é adaptado às necessidades identificadas, tendo sido identificados diferentes modelos de acompanhamento, incluindo contactos telefónicos (32,7%), consultas de acompanhamento em clínicas pós-SMI (7,3%), consultas de acompanhamento na própria SMI (12,7%) ou combinações destes.

Por outro lado, no modelo *The Caregiver Pathway*, os enfermeiros especialistas que acompanharam previamente os familiares no SMI convidam-nos, aproximadamente três meses após a alta ou morte do doente, para uma conversa de acompanhamento semiestruturada, realizada presencialmente ou por telefone. Esta conversa tem como objetivo esclarecer dúvidas não respondidas, apoiar os cuidadores na reflexão sobre situações difíceis vivenciadas durante o internamento e abordar a situação atual da família. No final, o enfermeiro avalia a eventual necessidade de apoio adicional, podendo facilitar o acesso a recursos e organizações de apoio dirigidos a cuidadores.

Instrumentos para avaliação de SPICI-F

Os instrumentos identificados para a avaliação da SPICI-F nos estudos analisados abrangem as dimensões psicológica, física e social, evidenciando a utilização de um conjunto diversificado de

escalas padronizadas. No que diz respeito às abordagens estruturadas e tecnológicas, destaca-se a utilização de um instrumento de avaliação digital, desenhado para a aplicação do modelo *The Caregiver Pathway*, que avalia especificamente as necessidades dos cuidadores em termos de informação, apoio emocional e outros recursos, gerando automaticamente resumos para discussão clínica. Por outro lado, um dos estudos reporta o desenvolvimento de um nomograma para previsão do risco de desenvolvimento de SPICI-F com base na idade do familiar, idade do doente, gravidade da doença do doente, rendimento mensal per capita do agregado familiar e o suporte social percebido.

Na dimensão psicológica, centrada no rastreio de sintomas de ansiedade, depressão e PSPT, os instrumentos mais frequentemente utilizados incluem: a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para a avaliação de ansiedade e depressão, o *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES – D) para a depressão, o *Generalized Anxiety Scale* (GAD-7) para ansiedade, e o *PTSD Checklist* (PCL), o *Primary Care PTSD Screen* (PC-PSTD) e a *Impact of Event Scale)* (IES) para a PSPT.

Para a avaliação da dimensão física e do bem-estar, os estudos utilizaram o Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI) e a Escala de Sonolência *Epworth* (EES) para avaliar a qualidade e a privação do sono, enquanto os níveis de cansaço dos familiares são avaliados através do Instrumento de Avaliação de Fadiga (FAI). O impacto na qualidade de vida e no suporte social é mensurado através dos questionários de saúde *Short Form Health Survey* de 12 itens (SF-12) e *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e da Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* (12 itens), que avalia o peso das responsabilidades do cuidado na vida do familiar. Além disso, recorrem à Escala de Autoeficácia Geral (EA-EG) para avaliar a capacidade de resiliência do familiar, e à Escala de Esperança de *Herth* para compreender e o nível de esperança dos familiares perante a situação crítica.

Finalmente, a experiência da família e o processo de perda são avaliados através da *Family Satisfaction in the ICU* (FS-ICU) e, nos casos de falecimento, pelo Inventário de Luto Complicado (ICG), focado na identificação do luto patológico.

2.7. Discussão de Resultados

A presente *Scoping Review* permitiu mapear a evidência científica recente sobre o acompanhamento dos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI em contexto hospitalar. Os seis estudos (E1 a E6) analisados abordam os diferentes momentos de acompanhamento às famílias, que incluem intervenções durante a permanência em SMI, o período de transição para a enfermaria e em contexto de *follow-up* no período pós-alta ou pós-morte do doente. Foram também identificados instrumentos utilizados para a avaliação do impacto do internamento em SMI em familiares.

Relativamente ao acompanhamento realizado durante o internamento em SMI, dois dos estudos destacaram o papel do enfermeiro especialista no estabelecimento de uma comunicação estruturada com os familiares e na identificação e gestão das suas necessidades durante este internamento (E2 e E3). As intervenções descritas estão incluídas no modelo *The Caregiver Pathway* e incluem momentos formais de contacto com os familiares e disponibilização de materiais informativos que auxiliam na compreensão da situação vivenciada e de apoios disponíveis (E2 e E3).

Efetivamente, o internamento em SMI constitui uma experiência altamente stressante para os familiares, podendo desencadear diversas consequências psicológicas nos familiares (Putowshi et al., 2023), e os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para fornecer informação e apoio que podem ser inestimáveis para ajudar os familiares a lidar com a situação vivenciada (Choi et al., 2016). Neste enquadramento, o enfermeiro especialista em doente crítico assume um papel particularmente relevante, uma vez que possui competências avançadas de comunicação e de estabelecimento de relação terapêutica, que lhe permite avaliar o impacto da situação vivenciada pela família e providenciar-lhe apoio no processo de transição e adaptação à situação de saúde-doença (Regulamento n.º429/2018, 2018).

O acompanhamento providenciado em contexto de enfermaria é evidenciado através de uma *discharge conversation* realizada pelo enfermeiro especialista um ou dois dias após a alta do doente do SMI (E2 e E3). Esta estratégia, também descrita no modelo *The Caregiver Pathway*, visa assegurar a continuidade do acompanhamento às famílias durante o período de transição entre níveis de cuidado, e consiste num contacto telefónico no qual o enfermeiro avalia o estado de saúde e bem-estar do familiar, esclarece dúvidas e fornece orientações face à adaptação à nova fase do processo de internamento do doente (E2 e E3).

A transição de um SMI para uma enfermaria, é geralmente, percecionada como um sinal positivo na evolução clínica do doente, no entanto, este período de transição pode também constituir um desafio para os familiares, gerando ansiedade nos familiares associada à mudança no nível de cuidados (Rattray & Paul, 2008). Neste contexto, o enfermeiro especialista em doente crítico assume um papel fundamental na facilitação desta transição, uma vez que desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional e interdisciplinar, promovendo a articulação entre os diferentes membros da equipa de saúde e os serviços de apoio disponíveis, assegurando simultaneamente que as necessidades da família sejam consideradas ao longo deste processo de transição (Regulamento n.º429/2018, 2018).

No que diz respeito ao acompanhamento providenciado em contexto de *follow-up*, três dos estudos analisados destacam o papel crucial do enfermeiro especialista em doente crítico no acompanhamento às famílias, incluindo tanto familiares de doentes sobreviventes como familiares enlutados (E1, E2 e E3). No entanto, a literatura não é consensual relativamente aos familiares que devem ter acesso a este acompanhamento (SPCI, 2024). Limitar o *follow-up* apenas a familiares de doentes sobreviventes pode impedir a identificação de situações de luto complicado ou patológico, sendo esta uma questão frequentemente considerada na definição dos critérios de convocatória para programas de *follow-up* (SPCI, 2024). Neste sentido, permanece pouco clara na literatura a definição dos critérios de inclusão dos familiares nestes programas, evidenciando a necessidade de clarificar quais os familiares que devem beneficiar deste tipo de acompanhamento.

Nos estudos E1, E2 e E3, há ausência de consenso relativamente ao momento mais adequando para a realização deste contacto, verificando-se variações entre um a cinco meses após a alta do SMI, frequentemente ajustadas às preferências e necessidades das família. De acordo com a SPCI (2024), o momento mais frequentemente recomendado para a realização do *follow-up* situa-se entre dois e três meses após a alta do SMI. Esta discrepância entre a evidência encontrada e as recomendações existentes sugere que o acompanhamento em *follow-up* deverá ser flexível e centrado nas necessidades específicas das famílias, evidenciando simultaneamente a necessidade de investigação adicional que permita identificar quais os momentos mais eficazes para a avaliação das necessidades familiares e para a implementação de estratégias de apoio.

No modelo *The Caregiver Pathway*, o *follow-up* é realizado através de uma conversa semiestruturada, que pode ocorrer presencialmente ou por contacto telefónico. Esta estratégia tem como objetivos: esclarecer questões que possam ter permanecido sem resposta durante a

estadia no SMI; ajudar os familiares a processar situações difíceis vivenciadas durante essa estadia; e proporcionar-lhes a oportunidade de refletir sobre esse período (E2 e E3). A conversa termina com enfoque na situação atual dos familiares, permitindo avaliar a necessidade de apoio adicional e, quando necessário, facilitar o acesso a recursos de suporte adequados (E2 e E3).

De acordo com Fridh & Akerman (2019) [E1], nos SMIs da Suécia, o acompanhamento em *follow-up* teve como foco apenas os familiares enlutados, tendo sido adaptado às necessidades identificadas das famílias. Foram identificados diferentes modelos de acompanhamento, que podem incluir telefonemas, consultas de *follow-up* em clínicas pós-SMI ou no próprio SMI, ou até uma combinação dos vários tipos. Importa ainda salientar que, nestes contextos, este acompanhamento é realizado autonomamente por enfermeiros especialistas em cerca de 16,4% dos casos, evidenciando o papel crescente destes profissionais na condução de intervenções estruturadas de acompanhamento (E1).

A literatura evidencia a importância do papel dos enfermeiros no acompanhamento em *follow-up* ao doente crítico e à sua família (SPCI, 2024). De acordo com Christensen & Liang (2023), a enfermagem distingue-se dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, particularmente no apoio aos familiares, no acompanhamento do processo de reabilitação da pessoa e na prestação contínua de cuidados, desenvolvendo uma relação de proximidade singular com doentes e famílias. Neste sentido, os enfermeiros especialistas em enfermagem em doente crítico, pelas suas competências avançadas e pela relação terapêutica estabelecida ao longo do internamento, encontram-se numa posição privilegiada para assegurar o acompanhamento em contexto de *follow-up*, identificar precocemente necessidades de apoio adicionais e promover o encaminhamento para recursos de suporte adequados (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Os instrumentos utilizados para a avaliação da SPICI-F foram referidos em cinco dos estudos incluídos. A análise destes estudos revela que se recorre frequentemente a escalas padronizadas para avaliar sintomas psicológicos associados à SPICI-F, mas também a dimensões físicas e sociais. Isto reforça a importância da avaliação de outros aspetos relevantes para os familiares, nomeadamente o sono, a fadiga, a esperança, a capacidade de resiliência e o luto complicado. Isto está em consonância com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2024), que enfatiza a inclusão de dimensões relacionadas com a qualidade de vida, sobrecarga do cuidador, estratégias de adaptação à situação vivenciada e possíveis repercussões socioeconómicas.

Na dimensão psicológica, observa-se uma elevada convergência para a utilização de instrumentos de rastreio de ansiedade, depressão e perturbação de stress pós-traumático, o que reflete a centralidade da sintomatologia emocional na caracterização da SPICI-F. Em particular, destaca-se a utilização consistente da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e da *Impact of Event Scale* (IES) em vários estudos (E3 e E4), sugerindo uma preferência por instrumentos breves e de fácil aplicação em contextos clínicos. No entanto, alguns estudos recorrem a instrumentos mais específicos e sensíveis à intensidade sintomática, como o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) para a depressão, o *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) para a ansiedade e o *PTSD Checklist* (PCL) ou o *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD) para a avaliação mais detalhada do trauma (E4 e E6). Esta diversidade de instrumentos evidencia uma abordagem ainda não uniformizada, variando entre estratégias de rastreio geral e avaliação mais aprofundada.

No que respeita às dimensões física e social, os estudos privilegiam sobretudo a avaliação da qualidade do sono, fadiga e impacto funcional, refletindo a relevância destas dimensões na experiência dos familiares. O Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI) e a Escala de Sonolência de *Epworth* (EES) são os instrumentos mais utilizados para avaliar alterações do sono, enquanto o do Instrumento de Avaliação de Fadiga (FAI) é aplicado para quantificar níveis de exaustão (E4 e E6). A avaliação do impacto psicossocial é complementada por instrumentos que medem qualidade de vida e suporte social, nomeadamente o *Short Form Health Survey* (SF-12 e SF-36), a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* (12 itens), permitindo captar a sobrecarga associada ao papel de cuidador (E3, E4 e E5). Adicionalmente, a inclusão de escalas como a Escala de Autoeficácia Geral (EA-EG) e a Escala de Esperança de *Herth* sugere uma preocupação crescente em avaliar fatores protetores e de adaptação psicológica, para além da sintomatologia negativa (E3).

Por fim, alguns estudos alargam a avaliação à experiência familiar nos SMI e ao processo de luto, através da *Family Satisfaction in the* ICU (FS-ICU) e do Inventário de Luto Complicado (ICG), este último particularmente relevante na identificação de trajetórias de luto patológico (E4 e E5). Esta inclusão evidencia uma ampliação progressiva do foco avaliativo, incorporando não apenas sintomas durante o internamento, mas também consequências no período pós-SMI.

Apesar da utilização destes instrumentos, a literatura evidencia que atualmente não existe uma ferramenta específica para a avaliação da SPICI-F nem diretrizes consensuais para a avaliação

sistemática dos seus sintomas (Wen et al., 2025). Neste sentido, recomenda-se o recurso a escalas padronizadas e amplamente validadas para avaliar dimensões frequentemente associadas à SPICI-F, como ansiedade, depressão, stress pós-traumático e perturbações do sono, (Wen et al., 2025)., refletindo a tendência observada nos estudos incluídos, que privilegiam a utilização de escalas padronizadas para avaliação destas dimensões.

Por outro lado, a evidência científica recente tem evoluído no sentido de desenvolver modelos mais estruturados para a avaliação da SPICI-F, destacando-se o desenvolvimento de modelos preditivos e ferramentas digitais. Num dos estudos incluídos foi criado um nomograma preditivo que integra variáveis clínicas como a gravidade da doença do doente (score APACHE II), o suporte social percebido e o rendimento familiar, permitindo identificar familiares em maior risco de desenvolver a SPICI-F (E5). De forma semelhante, a ferramenta de avaliação digital desenvolvida no âmbito do modelo *The Caregiver Pathway,* possibilita o mapeamento sistemático e individualizado das necessidades da família em tempo real, gerando automaticamente sínteses de informação que apoiam a tomada de decisão clínica (E2 e E3). Estas abordagens refletem uma mudança de paradigma, ao evidenciarem a transição de uma avaliação predominantemente reativa para estratégias proativas, focadas na identificação precoce de necessidades e na individualização das intervenções de apoio.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em PSC assume um papel fundamental na avaliação da SPICI-F, devendo fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º429/2018, 2018). Contudo, a ausência de instrumentos específicos para a avaliação da SPICI-F constitui uma limitação importante na prática clínica, dificultando a avaliação sistemática das necessidades dos familiares e evidenciando a necessidade de desenvolver ferramentas de avaliação mais abrangentes, capazes de identificar o impacto do internamento em SMI nas famílias.

Ao longo da presente discussão foram sendo identificadas diversas lacunas na literatura relativamente ao acompanhamento do enfermeiro especialista em doente crítico às famílias com SPICI-F. Contudo, importa ainda salientar algumas lacunas adicionais da evidência disponível. Em primeiro lugar, destaca-se o reduzido número de estudos identificados sobre esta temática, o que sugere que o papel do enfermeiro especialista, no acompanhamento das famílias de PSC permanece ainda pouco explorado na literatura científica, apesar da crescente relevância atribuída à SPICI-F. Verifica-se escassez de referência especifica ao acompanhamento e às intervenções

dirigidas aos familiares nos diferentes contextos, mas particularmente no contexto de enfermaria. Existe, assim, pouca evidência sobre o acompanhamento das famílias durante o período de transição do SMI para a enfermaria, evidenciando a necessidade de desenvolver estudos que explorem modelos de acompanhamento que promovam maior continuidade de cuidados às famílias, tendo em conta que este período é de transição e constitui frequentemente um momento de maior vulnerabilidade para os familiares.

2.8. Considerações Éticas

A presente *Scoping Review* foi elaborada com base nos princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2024) e pelas recomendações do Comité de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) em Portugal, que estabelecem normas para garantir a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes em investigações.

Por se tratar de uma revisão de literatura, baseada exclusivamente em estudos previamente publicados, não houve contacto direto com participantes nem recolha de dados pessoais, pelo que não foi necessário obter consentimento informado nem aprovação por comité de ética.

Durante a pesquisa nas bases de dados verificou-se que os estudos primários incluídos na revisão reportavam aprovação ética e consentimento informado, assegurando a conformidade ética ao nível dos trabalhos originais. Toda a informação utilizada foi obtida em publicações de acesso público, respeitando o Regulamento n.º 679/2016,– Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (2016). Assim, a revisão foi conduzida de forma ética, garantindo o uso responsável e transparente da evidência científica disponível.

3. Nota Conclusiva

A SPICI-F tem vindo a ser progressivamente reconhecida na literatura, evidenciando a importância do acompanhamento estruturado às famílias de PSC. No entanto, permanece pouco claro qual o acompanhamento providenciado pelo enfermeiro especialista em doente crítico a essas famílias, apesar de a evidência recente começar a delinear abordagens mais sistematizadas.

A presente *Scoping Review* teve como objetivo mapear o acompanhamento realizado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico às famílias com SPICI-F. Os resultados evidenciam que, apesar da escassez de investigação especificamente centrada no acompanhamento estruturado, tem havido avanços na identificação de estratégias de avaliação multidimensional, integrando dimensões psicológicas, físicas e sociais. Ainda assim, a literatura permanece maioritariamente centrada na identificação de sintomas, fatores de risco, estratégias de prevenção e gestão da SPICI-F.

A partir dos estudos analisados, foi possível clarificar que a avaliação da SPICI-F, apesar de não dispor de um instrumento específico, deve contemplar não apenas a dimensão psicológica mas também as dimensões física e social. Embora se verifique a persistente inexistência de um instrumento único e universal para a SPICI-F, a literatura atual recomenda o recurso a um conjunto diversificado de escalas padronizadas que permitam avaliar estas dimensões de forma integrada. Destaca-se, contudo, uma evolução recente para abordagens mais proativas, com o desenvolvimento de modelos preditivos e ferramentas digitais, como o nomograma preditivo e o instrumento de avaliação digital, que permitem ao enfermeiro especialista identificar precocemente familiares em maior risco de desenvolver SPICI-F e individualizar os planos de cuidados.

Neste contexto, os resultados desta revisão reforçam o papel do enfermeiro especialista em doente crítico no acompanhamento das famílias de doentes críticos. A implementação de estratégias de acompanhamento estruturado e a avaliação sistemática das necessidades das famílias poderão contribuir para a identificação precoce de sinais de SPICI-F e para o desenvolvimento de intervenções que promovam o bem-estar e a adaptação das famílias ao longo do percurso assistencial. Não obstante, persistem lacunas relevantes na literatura, nomeadamente no que se refere à definição do papel do enfermeiro especialista no acompanhamento estruturado, à definição de modelos de intervenção contínuos ao longo dos diferentes contextos hospitalares (SMI, enfermaria e *follow-up*) e à criação de instrumentos específicos para a avaliação da SPICI-F.

Neste sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de investigação adicional que permita aprofundar estas áreas e contribuir para a implementação de estratégias de acompanhamento que promovam maior continuidade de cuidados e apoio às famílias de doentes críticos.

CONCLUSÃO

A realização do estágio nos três diferentes contextos, bem como a elaboração do presente relatório de estágio, permitiu a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento das competências especializadas e, simultaneamente, mapear a evidência cientifica atual do acompanhamento prestado por enfermeiros especialistas em doente crítico a famílias com SPICI, através de uma *Scoping Review*. Assim, este documento representa a síntese de um ciclo que une a prática reflexiva e investigação informada, pilares essenciais na atuação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC.

Os três contextos diferentes onde realizei estágio representaram para mim, um desafio, mas também, experiências extremamente gratificantes, uma vez que me permitiram aprofundar e pôr em prática conhecimentos ao nível dos cuidados neurocríticos, da medicina intensiva e da medicina de urgência, mas acima de tudo, experienciar situações, fora da minha zona de conforto, contribuindo assim para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Os estágios possibilitaram-me desenvolver e adquirir as competências comuns e especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, com particular enfoque para o sentido de responsabilidade, ético e legal e na prestação e gestão de cuidados à pessoa, família e cuidadores que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Permitiu-me também, fortalecer a capacidade de identificação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados, em contexto de doença crítica, garantindo uma abordagem segura e eficaz, bem como a capacidade de resposta rápida e eficaz, trabalho em equipa e comunicação clara e empática com a pessoa e sua família. Todas as experiências reforçaram, ainda, a importância do aperfeiçoamento profissional contínuo e da aprendizagem constante para enfrentar os desafios de forma adequada.

No âmbito da componente da investigação, a realização da *Scoping Review* permitiu mapear a evidência relativa ao acompanhamento realizado pelos enfermeiros especialistas em doente crítico junto das famílias com SPICI em contexto hospitalar. Os resultados evidenciaram que a SPICI-F tem vindo a ser progressivamente reconhecida na literatura, destacando-se uma evolução crucial na forma como a síndrome é avaliada: a transição de uma análise puramente psicológica para uma abordagem multidimensional, que integra agora as dimensões física (como o sono e a fadiga) e social. Embora se mantenha a escassez de investigação focada estritamente no acompanhamento estruturado de enfermagem, identificou-se uma mudança de abordagem com

o surgimento de ferramentas proativas, como o nomograma preditivo e o instrumento de avaliação digital. Estes achados são fundamentais, pois permitem ao enfermeiro especialista identificar precocemente familiares em elevado risco e individualizar os planos de cuidados. Subsistem, contudo, lacunas significativas na literatura, quanto à definição de modelos de intervenção que garantam a continuidade de cuidados entre o SMI, a enfermaria e o *follow-up,* sublinhando a necessidade de estudos futuros que demonstrem a relevância do papel do enfermeiro especialista em doente crítico no acompanhamento familiar. A implementação de estratégias de acompanhamento estruturado, aliada a esta nova capacidade de previsão e avaliação sistemática, revela-se essencial para promover o bem-estar e facilitar a adaptação das famílias ao longo de todo o percurso assistencial.

Esta experiência formativa constitui para mim uma etapa de consolidação de competências, ao mesmo tempo que, promoveu o meu crescimento profissional e pessoal, permitindo-me uma compreensão mais profunda e centrada na PSC, bem como, no que diz respeito à responsabilidade ética e científica do enfermeiro especialista. A nível pessoal, este percurso relevou-se profundamente transformador, moldando a minha forma de pensar e de atuar enquanto enfermeira, e fortalecendo a minha identidade profissional como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC. Acredito firmemente que a articulação entre a prática clínica avançada, investigação e reflexão crítica se mostrou fundamental para sustentar cuidados mais seguros, eficazes e humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2016). *Recomendaçõea Técnicas para Serviços de Urgência.* (RT 11/2015). Ministério da Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos* (RT 09/2013). Ministério da Saúde.

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

American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association (APA). https://doi.org/10.1037/0000165-000

Aromataris, E., Lockwood, C., Porrit, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Assis, A., Dias, D., Scofield, G., Cânfora, P., Teixeira, S., Silva, B., Silveira, C., Santos, L., Jardim, A., Reis, J., & Dias, B. (2022). A importância do enfermeiro na educação continuada. *Convibra*. https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_pdfz83zqp06.07.2022_09.3 7.11.pdf

Associação Médica Mundial. (2024). *Declaração de helsínquia da associação médica mundial: Princípios éticos para a investigação com envolvimento de participantes humanos.* Associação Médica Mundial. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Batista, P., Monteiro, A., & Ramalho, A. (2019). *Sistemas de Informação.* (2.ª ed.). Edições

Benner, P, Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom And Interventions In Acute And Critical Care.* Springer.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

BSIMPLE. (2025). BSIMPLE PaTIENT CARE. https://www.b-simple.pt/produtos/

Carhuapoma, J. R., Batjer, H. H., Grotta, J. C., & et al. (2010). Introduction to neurocritical care. *Neurologic Clinics*, 28(3), 629-639. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2010.05.006

Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Kakemam, E., Lofti, M., Nobakht, A. & Karkan, H. A. (2022). Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(2), 1294-1302. https://doi.org/10.1002/nop2.1172

Choi, J., Donahoe, M. P., & Hoffman, L. A. (2016). Psychological and physical health in family caregivers of intensive care unit survivors: Current knowledge and future research strategies. *Journal of Korean Acadamy of Nursing*, 46(2),159-167. https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.2.159

Christensen, M. & Liang, M. (2023). Critical care: A concept analysis. Internacional Journal of Nursing Sciences, 10 (3), 403-413. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.020

Despacho n.º 2902/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2013). Diário da República n.º 38, Série II de 2013-02-22, página 7179-7180.

Despacho n.º 6401/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República nº 94, Série II de 2016-05-16.

Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República n.º 198, Série II de 2018-10-15, p. 27533.

Despacho n.º 9715/2020 do Ministro de Estado e das Finanças e dos Secretários de Estado da Administração Pública e Adjunto e da Saúde. (2020). Diário da República n.º196, Série II de 2020-10-08, pp. 21-25.

Despacho n.º10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Diário da República nº 153, Série II de 2014-08-11, pp. 20673-20678.

Despacho n.º18459/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República n.º 176, Série II de 2006-09-12, pp. 18611-18612.

Despacho n.º696/2019 do Gabinete da Secretária do Estado de Saúde.(2019). Diário da República n.º10, Série II de 2019-01-15, p. 1916.

Despacho Normativo n.º11/2002 do Ministério da Saúde. (2002) Diário da República n.º55, Série I-B de 2002-03-06, pp. 1865-1866.

Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., ...Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation,

delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(9), 825–873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Direção Geral da Saúde . (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº001/2017). Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital – registo sistemático da intensidade da dor.* (Circular normativa nº 09/DGCG). Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. (Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD). Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.* (Norma n.º 002/2018). Ministério da Saúde.

Dong, H., Liu, L., Ma, S., Han, H., Zhang, J., Salvador, J. T., & Liu, X. (2025). Development and validation of a nomogram prediction model for key symptoms of post-intensive care syndrome-family in family members of critically-ill patients: Focusing on sleep disturbance, fatigue, anxiety, and depression. *RisK Management and Healthcare Policy*, 2025(18), 1031-1043. https://doi.org/10.2147/RMHP.S490487

Droege, H., Trentzsch, H., Zech, A., Prueckner, S., & Imach, S. (2023). A simulation-based randomized trial of ABCDE style cognitive aid for emergency medical services checklist in prehospital settings: The CHIPS-study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine,* 81(31). https://doi.org/10.1186/s13049-023 01144-3

Durão, M., & Teixeira, J. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura.*Revista de Enfermagem Referência,* 6(10), 135-142. http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026

Durmuş, S. C. , & Kırca, K. (2019). *Leadership Styles in Nursing. In Nursing - New Perspectives*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.89679

European Society for Emergency Medicine . (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations.* The European Society for Emergency Medicine.

Fleury, M. T. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5 (spe), 183-196. https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010

Fridh, I., & Åkerman, E. (2019). Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study.*Nursing in Critical Care,* 25 (5), 291-298. https://doi.org/10.1111/nicc.12480

Gélinas, C. & Arbour, C. (2009). Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: Similar or different? *Journal of Critical Care,* 24(4), 628 (e7-e17) https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.01.013

Goot, W., Keers, J., Kuipers, R., Nieweg, R., & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6-11. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008

Havaei, F., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2017). The impact of heavy nurse workloads and staffing methods on patient and nurse outcomes. *Administrative Sciences*, 7(1), 17. https://doi.org/10.3390/admsci7010007

Instituto Nacional de Estatística . (2021). *CENSOS 2021*. Obtido do Instituto Nacional de Estatítisca.

Joaquim, J. (2020). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica* [Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica: Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Kendall-Gallagher, D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Cimiotti, J. P. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *Journal of Nursing Scholarship 43* (2) , 188-194. https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x

Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Pratical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019

Kopf, A., & Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos.*International Association for the Study of Pain.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.* Artmed Editora.

Lei n.º 156/2015. (2015). Diário da República n.º181, Série I de 2015-09-16, pp. 8059 - 8105.

Lei n.º27/2006 da Assembleia da República. (2015). Diário da República n.º126, Série I de 2006-07-03. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1735&tabela=leis

Manthey, M. (2010). *The practice of primary nursing*. (2nd edition). Creative health care management.

Martins, J. C. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Enfermagem Referência*, 5(12), 155-163. https://doi.org/10.12707/RIV16074

Moheet, A. M., Livesay, S. L., Abdelhak, T., Bleck, T. P., Human, T., Navaz, N., Lamer-Rosen, A, Medow, J., Nyquist, P.A., Rosengart, A., Smith, W., Torbey, M. T., & Chang, C. W. (2018). Standards for Neurologic Critical Care Units: A Statement for Healthcare Professionals from The Neurocritical Care Society. *Neurocritical Care*, 29 (2), 145-160. https://doi.org/10.1007/s12028-018-0601-1

Moraes, S., Pereira, J., & Miranda, D. (2024). Síndrome pós cuidados intensivos e seu impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. *Revista FOCO*. 17(7 Edição Especial), e5670, 01-12. https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-035

Nicola, R., & Vosgerau, D. (2019). Conceitos e Enfoques em Competências nas Pesquisas Brasileiras: uma Revisão Narrativa. *Revista e-Curriculum*, 17 (1), 107-144. https://doi.org/10.23925/1809-3876.2019v17i1p107-144

Ordem dos Enfermeiros . (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.* Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritos.*

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática.* Ordem dos Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde.* Organização Mundial de Saúde.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castillo, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos, M. L. de Souza, L. Sousa, L. Mónico, & F. H. do Prado (Orgs.), *Gestão nas Organizações de Saúde* (Vol. 2, pp. 147 -193). Ordem dos Enfermeiros.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., Mclnerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Internacional Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13 (3), 141-146. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050

Putowski, Z., Rachfalska, N., Majewska, K., Megger, K., & Krzych, Ł. (2023). Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiol Intensive Therapy,* 55 (3), 168–178. https://doi.org/10.5114/ait.2023.130831

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2018). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing,* 28(5–6), 762–774. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14708

Rattray, J., & Paul, F. (2008). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing,* 62(3), 276-292. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04568.x

Regulamento (EU) 2016/679 - Regulamento Geral de Proteção de Dados do Parlamento Europeu e do Conselho. (2016). Jornal Oficinal da União Europeia. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-PT/TXT/?from=EN&uri=CELEX%3A32016R0679

Regulamento n.° 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Comuns do Enfermeiro Especialista.*(2019). Diário da República n.°26, Série de 2019-02-06, pp. 4744-4750.

Regulamento n.º 361/2015 – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. (2015). . Diário da República n.º 123, Série II de 2015-06-26 , pp. 17240 – 17243.

Regulamento n.º 743/2019 – *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 2019-09-25, pp. 128-155.

Regulamento n.º 743/2019 – *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 2019-09-25, , pp. 128 - 155.

Regulamento n.º190/2015 - *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. (2015). Diário da República n.º 79, Série II de 2015-04-23 , pp. 10087 - 10090.

Regulamento n.º429/2018 - *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica* (2018). Diário da República n.º135, Série II de 2018-07-16, pp. 19359-19370.

Regulamento nº. 613/2022 – *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. (2022). Diário da República n.º131, Série II de 2022-07-08, pp. 179-182.

Ribeiro, J. M. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros - artigo de investigação. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964004

Rodrigues, L. (2023). *Avaliação dos procedimentos dos enfermeiros sobre o feixe de intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical* [Relatório Final de estágio profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica]. Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior da Saúde.

Roldão, M. C. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de Competências: As questões dos professores.* Editorial Presença.

Shirasaki, K., Hifumi, T., Nakanishi, N., Nosaka, N., Miyamoto, K., Komachi, M. H., Haruna, J., Inoue, S., & Otani, N. (2024). Postintensive care syndrome family: a Comprehensive review. *Acute Medicine & Surgery*, 11 (1), e939. https://doi.org/10.1002/ams2.939

Smith, A. C., Ferguson, H. N., Russel, R. M., Savasani, P., & Wang, S. (2025). Post-Intensive Care Syndrome Family (PICS-F). *Critical Care Clinics,* 41 (1), 73-88. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2024.08.008

Smith, M. M. (2016) Introduction to neurocritical care. in Smith, M. M. Citerio, G. G., and Kofke, W. A. I. (eds), *Oxford Textbook of Neurocritical Care*, 1 edn (pp. 3-8). https://doi.org/10.1093/med/9780198739555.003.0001

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115-151.https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos . (2024). *Recomendações para o seguimento da sindrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família* . Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Sousa, M. (2022). *A pessoa no pós-internamento em cuidados intensivos: Um modelo de acompanhamento em enfermagem* [Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica]. Escola Supeior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Urden, L., Stacy,K. M. & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos.* (5ªed.). Lusodidacta.

Watland, S., Nes, L. S., Ekeberg, Ø., Rostrup, M., Hanson, E., Ekstedt, M., . . . Børøsund, E. (2024). The caregiver pathway intervention can contribute to reduced post-intensive care syndrome among family caregivers of ICU survivors: A randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 53 (3), e555-e566. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006546

Watland, S., Nes, L. S., Hanson, E., Ekstedt, M., Stenberg, U., & Børøsund, E. (2023). The caregiver pathway, a model for the systematic and individualized follow-up of family caregivers at

intensive care units: Development study. *JMIR Formative Research*, 7, e46299, 1 – 17. https://doi.org/10.2196/46299

Wen, J., Hu, Z., Li, Z., Liu, Y., Zhang, L. & Zhong, C. (2025) Post-intensive care syndrome in family: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(4), e70140, 1-15. https://doi.org/10.1111/scs.70140

ANEXOS

ANEXO 1.- ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Tabela 2.- Estratégia de pesquisa específica utilizada para cada base de dados.

MEDLINE (Via PubMED)	*(((((family[MeSH Terms]) OR (caregiver[MeSH Terms])) AND ((critical care nursing[MeSH Terms]) OR (advanced practice nursing[MeSH Terms])) AND ((Post-intensive care syndrome in family)) OR (PICS-F)))) NOT ((children[MeSH Terms]) OR (pediatric[MeSH Terms]) OR (neonatal[MeSH Terms]) OR (adolescent[MeSH Terms]))*	45
SCOPUS (Via Elviser - Universidade do Minho)	*TITLE-ABS-KEY ((family OR caregivers) ANDTITLE-ABS-KEY (critical care nursing OR advanced practice nursing) AND TITLE-ABS-KEY (post-intensive care syndrome in family OR PICS-F)) AND NOT TITLE-ABS-KEY (Children OR pediatric OR adolescent)*	7
CINAHL COMPLETE (via EBSCO - Ordem dos Enfermeiros)	*((MH "Family" OR MH "Caregivers" OR family OR caregiver*)) AND ((MH "Critical Care Nursing" OR MH "Advanced Practice Nursing")) AND (("post-intensive care syndrome in family" OR PICS-F)) NOT (("children" OR "infant" OR "pediatric" OR "neonatal"))*	1
SCIELO	*((Family OR Caregivers)) AND ("Critical Care Nursing" OR "Specialist Nurses" OR "Advanced Pratice Nursing") AND (("post-intensive care syndrome" OR PICS-F OR "psychological stress" OR anxiety OR depression)) AND NOT (Children OR pediatric OR adolescent)*	2
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)	*((Family OR Caregivers)) AND ("Critical Care Nursing" OR "Specialist Nurses" OR "Advanced Pratice Nursing")*	0

	AND (("post-intensive care syndrome" OR PICS-F OR "psychological stress" OR anxiety OR depression)) AND NOT (Children OR pediatric OR adolescent)	
Bielefeld Academic Search Engine (BASE)	*((Family OR Caregivers)) AND ("Critical Care Nursing" OR "Specialist Nurses" OR "Advanced Pratice Nursing") AND (("post-intensive care syndrome" OR PICS-F OR "psychological stress" OR anxiety OR depression)) AND NOT (Children OR pediatric OR adolescent)*	2