



1.^a TURMA DO 1.º CURSO DE MESTRADO EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área
de Especialização da Pessoa em Situação Crítica

**Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização
Domiciliária**

Pedro Marcelo Lopes Santos

Leiria, março 2024



1.ª TURMA DO 1.º CURSO DE MESTRADO EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área
de Especialização da Pessoa em Situação Crítica

**Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização
Domiciliária**

Pedro Marcelo Lopes Santos

N.º 5220159

Docente Orientador: Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março 2024

PENSAMENTO/DEDICATÓRIA

“O segredo da sabedoria, do poder e do conhecimento é a humildade.”

Ernest Hemingway

AGRADECIMENTOS

Nada se alcança sozinho e tudo alcançamos quando trabalhamos uns pelos outros. Quando assim é, tudo se torna mais simples e agora, no fim desta minha etapa da vida profissional, ficam os agradecimentos a todos aqueles que tornaram possível a concretização deste objetivo de Vida!

À Senhora Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira por toda compreensão, orientação, apoio e motivação constantes ao longo de todos estes meses. A sua experiência e os seus conselhos foram fundamentais no decorrer deste caminho, estando sempre disponível quando assim surgia a necessidade.

Aos Amigos! Um Obrigado por todo o apoio, motivação e perseverança dada por cada um deles.

A todas as pessoas e profissionais de saúde de todos os serviços passados no decorrer deste percurso. Um obrigado pela partilha de conhecimentos e ensinamentos dados.

E para terminar, um agradecimento especial à pessoa mais importante deste percurso académico. Estiveste sempre presente em todos os momentos. Nos dias bons, mas principalmente nos menos bons, onde bastou a tua presença, motivação e compreensão, para tornaram esta etapa mais gratificante. O teu companheirismo, interajuda, generosidade e alegria fizeram com que juntos conseguíssemos o objetivo final! Por tudo isto e muito mais, um eterno obrigado... Com amor Joana Silva!

A todos, os meus sinceros agradecimentos e um enorme bem-haja.

RESUMO

O relatório que se segue será defendido em provas públicas para obtenção do título de mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, pela Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria. Este tem como objetivos: descrever as experiências vividas em três locais de estágio (urgência, cuidados intensivos e unidade de diálise), que será apresentada na primeira parte do trabalho e, na segunda parte deste documento, é, ainda, descrito um projeto de melhoria contínua da qualidade, cumprindo os requisitos de rigor da SQUIRE 2.0, evidenciando o desenvolvimento de competências na área da investigação sobre as “Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização Domiciliária”. Este projeto foi implementado num serviço de hospitalização domiciliária de um hospital distrital da região centro de Portugal.

Este tema surgiu porque nos últimos anos, associado ao aumento do envelhecimento da população e de comorbilidades associadas, tem-se verificado um número cada vez maior de pessoas com necessidades e dependência de cuidados no domicílio, exigindo que familiares, vizinhos e amigos se tornem cuidadores informais. Neste sentido, torna-se de extrema importância identificar as dificuldades dos cuidadores informais, com o objetivo de priorizar/planear intervenções de enfermagem, de forma a capacitá-los obtendo, desta forma, ganhos efetivos em saúde. O resultado deste projeto é elaborado segundo as normas de submissão à revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia – *RevSalus*.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Hospitalização Domiciliária; Enfermeiro; Pessoa Cuidada

ABSTRACT

The following report will be defended in public exams to obtain the title of master in medical-surgical nursing in the area of specialization in nursing to the person in critical situation, by the School of Health of Leiria, the Polytechnic Institute of Leiria. The purpose of this study is to describe the experiences that were lived in three internship locations (urgent care, intensive care, and dialysis unit), which will be presented in the first part. In the second part of this document is described a project for continuous quality improvement, fulfilling the rigorous requirements of SQUIRE 2.0, and highlighting the development of skills in the research area about " The difficulties that informal caregivers encounter when caring for a hospitalized patient at home. ". The implementation of this project took place in a home hospitalization service at a district hospital in the central region of Portugal.

The emergence of this theme was prompted by the increasing in the aging population and associated comorbidities, which has resulted in an growing number of people with needs and dependence for home care, increasing the involvement of family members, neighbors, and friends as informal caregivers. In this sense, it is extremely important to identify the difficulties of informal caregivers in order to prioritize and plan nursing interventions, which will enable them to obtain effective health gains. This project has been prepared in accordance with the submission rules of the International Scientific Journal of the Lusophone Academic Network of Health Sciences - RevSalus.

Keyword: Informal Caregiver; Home Hospitalization; Nurse; Patient/ Person in need of care

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
APA – *American Physiological Association*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
BO – Bloco Operatório
CD – Código Deontológico
CI – Cuidador Informal
CJ – Conselho Jurisdicional
CVC – Cateter venoso central
DAV – Diretiva Antecipada de Vontade
DRC – Doença Renal Crónica
ECI – Estatuto do Cuidador Informal
ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EE – Enfermeiro Especialista
EEI – Equipa de Emergência Interna
FAV – Fístula arteriovenosa
HD – Hospitalização Domiciliária
HDI – Hemodiálise
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde
IASP – *International Association for the Study of Pain*
IPL – Instituto Politécnico de Leiria
NHF – Necessidades Humanas Fundamentais
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OVA – Obstrução da Via Aérea
PAI – Pneumonia associada à intubação
PAV – Prótese arteriovenosa
PBCI – Precauções básicas do controlo de infeção
PD – Pessoa Dependente
PLS – Posição Lateral de Segurança
PMCQ – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA – Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
PT – Passagem de turno
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSE – Registo de Saúde Eletrónico
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SO – Sala de Observação
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgico
TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada Cranio-encefálica
UCI – Unidade Cuidados Intensivos
VA – Via Aérea
VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	14
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA	14
1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
1.3 SERVIÇO DE UNIDADE DE DIÁLISE	21
2. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	24
2.1.2 Melhoria contínua da qualidade.....	27
2.1.3 Gestão dos cuidados.....	31
2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	35
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	36
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	41
2.2.3 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 a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	43
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	46
ARTIGO: DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA INTERNADA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	47
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	62

ANEXOS

ANEXO I: PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II: RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS PRESTADORES DE CUIDADOS (CADI)

APÊNDICES

APÊNDICE I: PLANO DE FORMAÇÃO SBV E SIV NA UNIDADE DE DIÁLISE

APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE IV: PANFLETO DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, profissional e financeira dos cuidadores informais.....	52
Tabela 2 – Resultados para os itens da escala CADI.....	53
Tabela 3 – Resultados para os fatores da escala CADI.....	54

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange, cada vez mais, a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, acompanha esta exigência, através da atribuição de título de Enfermeiro Especialista (EE), em seis especialidades (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Assim, por esta constatação, procurou-se desenvolver competências especializadas e novos conhecimentos, no sentido de se darem respostas eficientes às necessidades cada vez mais desafiantes vivenciadas, em contexto clínico na interação com doentes e cuidadores. Por este motivo, emergiu a decisão de ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

O mestrado em EMC, na área de especialização em enfermagem à PSC tem como alvo a PSC sendo aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato e como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação. Estes cuidados podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Este documento denominado relatório final está inserido na unidade curricular de Estágio de Enfermagem à PSC com Relatório. Este será defendido em provas públicas e tem como objetivo a obtenção do título de mestre em EMCPSC. A sua redação tem como objetivos descrever e refletir nas competências comuns e específicas do EEEMCPSC desenvolvidas em três estágios realizados no âmbito do curso, nomeadamente num serviço de urgência (SU), serviço de medicina intensiva (SMI) e serviço de hemodialise (HDi). O desenvolvimento de competências só é possível através de formação e treino teórico, teórico-prático e em contexto clínico (estágios), sendo neste último, considerado como o momento oportuno para promover uma construção do saber profissional de forma mais eficaz (Marques et al., 2021).

O relatório tem também como objetivo descrever um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCQ), evidenciando o desenvolvimento de competências nesta área sobre as “Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização Domiciliária”, realizado no local de trabalho, onde o mestrando exerce funções como enfermeiro. O tema do PMCQ surgiu porque nos últimos anos, associado ao aumento do envelhecimento da população, têm surgido em Portugal, um número cada vez maior de pessoas com necessidades e dependências de cuidados no domicílio, exigindo que familiares, vizinhos e amigos se tornem cuidadores informais (CI), para os apoiarem nesta transição (Champagne, 2023; Martins & Santos, 2020). Estas imposições, que os tornam CI, modificam toda a sua dinâmica de vida desde alterações profissionais, económicas, sociais, familiares, gerando dificuldades e constrangimentos quer do CI quer da pessoa dependente (PD) (Minette et al., 2023).

Segundo o Instituto da Segurança Social, I.P. (2024, p.5), entende-se por CI

“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinnetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos)”.
O CI principal “é o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, I.P., 2024, p. 5).

São diversos os desafios e as dificuldades apresentadas pelo CI pois, cuidar de uma PD, exige variadas tarefas e cuidados em diversos campos (Sousa et al., 2022). Se o suporte for insuficiente e as suas dificuldades não forem suprimidas os CI podem apresentar sobrecarga, tornando-se estes, em vez de cuidadores, indivíduos com necessidade de cuidados de saúde (Tatangelo et al., 2018). Neste sentido, torna-se de extrema importância identificar as dificuldades dos CI, com o objetivo de priorizar/planear intervenções de enfermagem, de forma a capacitá-los obtendo, desta forma, ganhos efetivos em saúde. Neste sentido surgiu este estudo, para contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos CI com os seguintes objetivos: i) descrever o perfil sociodemográfico e profissional do CI da pessoa internada em Hospitalização Domiciliária (HD); ii) identificar as dificuldades dos CI da pessoa internada em HD; iii) implementar estratégias de melhoria da qualidade.

O relatório foi dividido em duas partes distintas de forma a facilitar a sua leitura. A primeira consiste numa descrição crítico-reflexiva de atividades que permitiram

desenvolver as competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Para a redação e análise desta parte recorreu-se aos regulamentos das competências comuns e específicas da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018) e de fundamentação científica.

Na segunda parte, apresenta-se o resultado do PMCQ em formato artigo, com descrição até à etapa de implementação de medidas, relativamente ao ciclo de *Deming*. Este ciclo é caracterizado por oito etapas: identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planear e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; e reconhecer e partilhar o sucesso. Sendo objetivo, num futuro próximo terminar as etapas relativas a: verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; e reconhecer e partilhar o sucesso.

Ainda para a implementação do PMCQ foram, também respeitadas as recomendações definidas na *check list* da *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence – SKIRE 2.0*.

O artigo respeitará, ainda, as normas de submissão à revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia – *RevSalus*. A revista foi selecionada por não apresentar taxas associadas à submissão e publicação de artigos, assim como, por ser um instrumento adequado de difusão de conhecimentos pelos países de língua oficial portuguesa, sendo de *open-access*.

Ao longo do relatório será usado o termo pessoa para “pessoa não doente” e o termo doente para “pessoa com diagnóstico efetivo exigindo um internamento”.

A elaboração deste relatório, respeitou ainda, o atual Guia de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria do IPL e as normas da *American Physiological Association* (APA) 7.^a edição, especificamente para a parte um deste trabalho.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS

O EE “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Para o desenvolvimento da prática especializada exigida ao EE é fundamental e esperada a formação teórica aleada à formação prática, possível através de estágios.

O estágio clínico é uma parte importante da educação em enfermagem e é a pedra angular para a formação e desenvolvimento futuro dos profissionais de enfermagem (Tan et al., 2023).

Os estágios tornam-se, assim meios formativos de uma importância inegável no que diz respeito ao desenvolvimento de competências profissionais. Os estágios constituem uma componente de formação indispensável para apropriação de saberes e para o desenvolvimento de competências, uma vez que possibilita ao estudante um contato com a realidade que irá promover uma atitude crítica e reflexiva (Olive et al., 2021).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Foram desenvolvidos três estágios em três locais distintos, situados na região centro de Portugal, na prestação de cuidados à PSC. O estágio em contexto de urgência, foi o primeiro e desenvolveu-se no SU de um Hospital Distrital; o segundo, em contexto de cuidados intensivos, e realizou-se num SMI de um Centro Hospitalar; e o terceiro, e último, teve lugar numa Unidade de Diálise de uma Clínica de HDi.

Os locais de estágio foram selecionados por diferentes motivos, desde o nível de diferenciação dos cuidados de saúde prestados à PSC, potencialidade de novas experiências, mas também por considerar a possibilidade de integrar novas práticas no local de trabalho atual.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde foi desenvolvido o estágio, como referido anteriormente, está inserido num Hospital Distrital sendo caracterizado por ser um Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) que, segundo o Despacho n.º 10319/2014, corresponde ao segundo nível de acolhimento de situações de urgência, pelo que constitui um apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básica. Este é também responsável por referenciar para os Serviços de Urgência Polivalente, as situações que necessitam de cuidados mais diferenciados, ou quando há necessidade de apoio de especialidades não existentes.

O SUMC tinha como visão exercer a sua atividade, através de procedimentos e atitudes baseadas em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e atuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização e de diálogo. Tinha ainda, como missão uma prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, articulando-se com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS), utilizando adequadamente os recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo em conta as necessidades e expectativas dos doentes.

O SUMC era constituído por dois gabinetes de triagem e duas salas de espera onde os doentes com necessidades de cuidados aguardavam avaliação médica, uma delas situada no exterior do serviço, junto à admissão, destinada a doentes de clínica geral. E uma segunda sala de espera, dentro da área do SUMC, para os doentes das seguintes especialidades: ortopedia, cirurgia e medicina interna. Existia ainda uma sala de tratamentos de enfermagem dirigida a doentes de clínica geral, sala esta que dava apoio a três gabinetes médicos, também estes de clínica geral. Era ainda constituído por uma sala de atendimento de ortopedia e uma outra de cirurgia em que ambas incluíam consultas médicas e respetivos tratamentos de enfermagem. A área da medicina interna incluía uma sala com três unidades, cada uma delas com respetiva rampa de gases, e um cadeirão. Paralelamente à área da medicina interna, existia uma sala de observação (SO) com capacidade para seis pessoas com necessidades de cuidados e uma sala de emergência (SE), constituída por duas unidades. Devido à Pandemia, pela doença de COVID-19, foi ainda criada uma sala dirigida a doentes infetados, designada de área C, que ainda se encontrava em funcionamento, e era composta por duas unidades. Todos os restantes doentes, em maca, eram alocados no “corredor” por ausência de condições físicas.

O SUMC prestava cuidados de saúde durante 24 horas por dia, sendo caracterizado por uma ala pediátrica e uma de adultos. Ambos os setores encontravam-se devidamente separados por área de especialidade. A equipa multidisciplinar era constituída por: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos auxiliares de diagnóstico, secretários clínicos, entre outros e todos exerciam a sua função de uma forma coordenada.

A equipa de enfermagem era constituída por cerca de 50 enfermeiros, divididos entre turnos de oito horas e 12 horas em regime diurno e noturno, dos quais, apenas, nove eram especialistas em EMC, três em saúde materna e obstetrícia, dois em reabilitação, um em saúde infantil e pediatria e um em saúde mental e psiquiátrica.

Assim sendo, não se atingiam os números preconizados pelo Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014), que se refere que 50% dos enfermeiros do SU devem ser detentores do título de EEEMCPSC. Este facto, é catalisador de um aumento dos riscos e complicações inerentes aos cuidados prestados pois apenas 18% dos enfermeiros eram detentores deste título. No que diz respeito à distribuição de enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho e, analisando o Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados (2019), conclui-se que se tornava difícil o cumprimento do regulamento. Esta situação contribuía, pontualmente, para uma resposta limitada na prestação de cuidados prestados no SUMC, refletindo-se em desafios para os enfermeiros na garantia das condições de segurança.

De modo a equilibrar a distribuição de EE pelas equipas, existia a preocupação de planear o horário de forma a que os enfermeiros com menor experiência profissional pudessem, sempre que possível, ser apoiados por EE e enfermeiros peritos. Enfermeiros peritos são aqueles que segundo Benner (2001) são capazes de se aperceber das situações, pela sua experiência, reconhecendo os contextos particulares da situação e os seus significados, sendo facilmente reconhecidos por todos os elementos da equipa, como tal, detendo muita experiência na área.

No SU os enfermeiros eram distribuídos pelos vários setores da seguinte forma:

- Gabinetes de triagem – 2 enfermeiros no total, 1 em cada posto de trabalho por turno, exceto no turno da noite em que apenas é 1 enfermeiro;
- Área da medicina interna – 1 enfermeiro por turno;
- SO – 1 enfermeiro por turno;
- SE – 1 enfermeiro por turno;
- Sala de cirurgia – 1 enfermeiro por turno;
- Sala de ortopedia – 1 enfermeiro por turno;
- Sala de clínica geral – 1 enfermeiro por turno;
- Corredor – 1 enfermeiro por turno;
- Sala de dirigida a doentes com COVID-19 – enfermeiro responsável pela área do corredor.

Salienta-se, ainda, o facto de a distribuição dos enfermeiros apresentar algumas particularidades, nomeadamente nos postos de triagem em que era exigida formação prévia em Triagem de Manchester. De acordo com a Norma N.º 002/2018 (2018), a função de triagem deve ser realizada em exclusividade e por períodos que não sejam demasiado longos devido à intensidade previsível do trabalho que é executado.

O uso desta metodologia de triagem encontra-se contemplada no Despacho n.º 1057/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015), tendo como objetivo uma identificação precoce de situações que necessitem da prestação de cuidados de saúde de forma atempada. Este aspeto é fundamental, permitindo ao doente com necessidade de cuidados um encaminhamento correto e em tempo útil, estando previstos tempos alvos no atendimento de acordo com a cor da prioridade atribuída: vermelho – 0 minutos; laranja - 10 minutos; amarelo - 60 minutos; verde 120 – minutos; azul – 240 minutos.

A triagem de Manchester era realizada através de um programa de *software* dedicado e interoperável com o sistema informático SClínico®, *software* adotado no serviço para a realização de registos de enfermagem. Segundo Akhu-Zaheya et al. (2018) os registos de enfermagem permitem a partilha de informação entre os diferentes elementos, da equipa multidisciplinar, tornando-se numa ferramenta imprescindível na garantia da segurança, qualidade e continuidade dos cuidados de saúde prestados. Estes eram realizados também no sistema informático SClínico®.

A organização dos cuidados de enfermagem no SUMC contava com vários métodos de trabalho, destacando-se o individual em que cada enfermeiro assumia integralmente a responsabilidade na prestação dos cuidados de forma individualizada e o método de trabalho funcional, em que os cuidados deixavam de estar centrados no doente e passavam a estar centrados na tarefa (Parreira et al., 2021), privilegiando-se a execução dos procedimentos e tarefas associadas à prestação de cuidados.

A pessoa, como um todo, apresenta 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) comuns a todos os seres humanos, quer estejam doentes ou não. Ter as 14 NHF satisfeitas não é essencial à vida, mas disso depende o todo da pessoa, sendo que, a importância de cada necessidade, pode variar de pessoa para pessoa e ao longo do tempo. Para Henderson (2004, p. 4), o conceito de enfermeira é descrito “*como um substituto para o que falta ao doente para o tornar “completo”, “um todo” ou “independente”, pela falta de força física, vontade ou conhecimento. A autora refere ainda que a enfermeira deve, em certo sentido, colocar-se “na pele” de cada doente de modo a conhecer, não apenas o que o doente quer, mas também o que ele precisa para manter a vida e readquirir a saúde*” (Henderson, 2004, p. 4). Virgínia Henderson defende ainda que a enfermagem tem como principal objetivo ajudar as pessoas, doentes ou saudáveis, a realizar as atividades que contribuem para a saúde, a sua recuperação ou uma morte pacífica, o qual fariam por si próprios se tivessem a força, vontade ou conhecimentos necessários (Henderson & Nite, 1978). Esta teoria requer que os enfermeiros compreendam qual ou quais as necessidades humanas fundamentais

afetadas de forma a poder ajudar na satisfação dessas mesmas necessidades, para que possam ter uma vida tão produtiva quanto possível.

A utilização deste modelo teórico possibilitou uma linha orientadora durante a prestação de cuidados no SUMC tendo facilitado na identificação das necessidades humanas fundamentais potencialmente afetadas e da importância de cada uma delas para cada doente.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O estágio, em contexto de cuidados intensivos, decorreu no SMI de um centro hospitalar da região centro de Portugal, este era considerado como uma referência nacional e internacional, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, com o compromisso na formação de profissionais de saúde, o ensino graduado e pós-graduado, a investigação - nomeadamente de natureza translacional e clínica. A medicina intensiva é uma área diferenciada multidisciplinar da medicina que aborda especificamente o diagnóstico e tratamento de doentes com necessidades de cuidados em condições fisiopatológicas potencialmente reversíveis, que ameaçam conduzir à falência de uma ou mais funções vitais (Rede de Referência de Medicina Intensiva, 2016). Nesse sentido, e segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013), as unidades de cuidados intensivos, devem contemplar diversos fatores, tais como: o nível de dependência dos doentes, o tempo de internamento, a necessidade de cuidados altamente diferenciados por profissionais especializados e a utilização de equipamentos de elevada complexidade. Este serviço detinha um total de 35 camas e destinavam-se, segundo a Rede de Referência de Cuidados Intensivos, 2016, p.8, a “doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico”. Estas unidades estão integradas em 3 unidades localizados nos pisos +1, -1 e -3: 12 camas no piso +1, 8 camas no piso -1 e 15 camas no pisco -3.

A unidade do piso +1 detinha uma localização privilegiada, pois contemplava um acesso direto ao Bloco Operatório (BO), o que permitia responder pronta e eficazmente a uma eventual intervenção cirúrgica. Além disto, tinha ligação direta através de um elevador ao SU (que se situava no piso -1), o qual também permitia um acesso facilitado à unidade situada no piso -1 e a serviços de apoio. A unidade do piso -1 situava-se no mesmo nível do SU e também contemplava acessos privilegiados quer à unidade do piso +1, quer a outros serviços de apoio, nomeadamente o serviço de imagiologia. A

unidade do piso - 3 surgiu no ano de 2020 pela necessidade emergente de vagas em SMI, causada pela pandemia por COVID-19. Esta unidade era ampla, funcional e equipada com o material necessário, mas, em contrapartida, ficava afastada de outros serviços de apoio e não tinha janelas ou luz natural na área de prestação direta de cuidados, sendo esse um aspeto menos positivo. Desta forma, pode-se afirmar que o SMI cumpria as recomendações técnicas para as instalações de SMI, que preconizam que os serviços deverão ter uma relação de proximidade com o SU e comunicação fácil com a radiologia e unidade de cuidados pós anestésicos (ACSS, 2013).

Os doentes internados nos pisos +1 e -1 apresentavam, na sua maioria, patologias do foro traumatológico, neurológico, médico (pneumonias, intoxicações, descompensações metabólicas, entre outras), neoplasias, e patologia infecciosa com falência multiorgânica. Todos os serviços de todos os pisos apresentavam uma configuração em *open space*, com um posto de vigilância centralizado, onde se encontravam computadores com o sistema informático para realizar registos clínicos.

A prestação de cuidados, no SMI, era garantida por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e outros técnicos, que diariamente desenvolviam esforços para prestar cuidados de saúde com qualidade e segurança à PSC. Neste sentido, e no que concerne aos cuidados de enfermagem, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, os SMI devem ser dotados de recursos humanos com treino e qualificação necessária para a prestação de cuidados de elevada complexidade (OE, 2018). Reconhece-se, desta forma, que é determinante o número de enfermeiros que prestam cuidados no SMI, mas também é importante a sua formação/qualificação e treino (Achury Saldaña et al., 2021; Santana-Padilla et al., 2019).

Recomenda-se que 50% dos enfermeiros que exercem funções nos SMI sejam EEEMC, preferencialmente na área de especialização à PSC, e que estes estejam em representação no serviço, durante 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A equipa do SMI era composta por 113 enfermeiros, dos quais fazia parte um enfermeiro gestor, 33 EE em EMC, 16 EE em enfermagem de reabilitação, três EE em saúde mental e psiquiátrica, um EE em saúde comunitária e 59 enfermeiros de cuidados gerais.

O cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem pretende a adequação dos recursos humanos consoante as características demográficas da população, os perfis de saúde e de doença, as tecnologias de saúde e as metodologias de gestão, com a finalidade de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. A somar a estes aspetos tem-se em consideração as competências profissionais, a

arquitetura da instituição, a desconcentração dos serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Face ao exposto, o rácio enfermeiro/doente para as Unidade de Cuidados Intensivos recomendado pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos difere consoante a sua tipologia e a sua necessidade clínica (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Por norma, o rácio que mais se preconizava era de 1/1 salvo raras exceções em que poderia ser de 2/1, consoante a necessidade de cuidados.

No SMI eram utilizados diferentes sistemas informáticos de apoio à decisão e de registo: *Bsimple*®; SClinico; Processo Clínico Eletrónico-PCE. Os sistemas informáticos privilegiam a vigilância dos doentes, favorecendo a visualização de todos os doentes, bem como dos dados hemodinâmicos promovendo, desta forma, a deteção precoce de possíveis complicações (Thompson et al., 2012; ACSS, 2013b).

O método de trabalho utilizado no SMI era o método individual que vigorava possibilitando uma prestação de cuidados personalizados ao doente e respetiva família, favorecendo a humanização, promovendo a sua segurança e qualidade dos mesmos. Além desta vantagem, este método promovia ainda a continuidade de cuidados, pois permite que o enfermeiro consiga reunir um conhecimento aprofundado acerca do doente que cuida (Parreira et al., 2021; Silva, 2017).

A família é o principal suporte do doente internado, nomeadamente, aquando da sua admissão em cuidados intensivos (Kaakinen et al., 2010; Verhaeghe et al., 2005). O internamento no SMI torna-se numa experiência stressante, tanto para o doente, como para a sua família, pois implica uma alteração na vida familiar. (Esteves, 2012; Kaakinen et al., 2010). Na maioria das vezes, os doentes internados no SMI, encontram-se inconscientes e portanto, incapazes de comunicar. Assim sendo, o conhecimento da estrutura familiar é fundamental pois, é através da família, que o enfermeiro conhece o doente, nomeadamente as suas crenças religiosas e espirituais, as práticas culturais permitindo uma prestação de cuidados adaptados, mas também as relações existentes entre este e a família (Esteves, 2012; Davidson et al., 2007). Conhecer a estrutura familiar torna-se também importante, quando há necessidade de tomar decisões, pois a família é quem estará mais próxima de conhecer a vontade do doente (Davidson et al., 2007).

O referencial teórico aplicado na prestação de cuidados aos doentes internados no SMI foi a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Segundo Dorothea Orem, autocuidado define-se, como a prática de atividades que a pessoa é capaz de realizar deliberadamente para seu benefício por forma a manter a saúde, a vida e o bem-estar (Orem, 2001). O fenómeno do autocuidado, em enfermagem, é concetualizado na

perspetiva da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, constituída por três teorias que se relacionam entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado (núcleo da teoria) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). Baseada na Teoria do Défice de Autocuidado, a autora esclarece ainda, por que razão as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. O défice de autocuidado surge quando a pessoa necessita de ajuda para recuperar da doença/lesão, por diminuição ou inexistência da sua capacidade, como é o caso da grande maioria dos doentes de cuidados intensivos, ou aumento da necessidade para satisfazer o seu autocuidado. A intervenção de enfermagem é necessária quando a necessidade da pessoa é superior à sua capacidade de se autocuidar. Por forma a que as intervenções de enfermagem possam minimizar os efeitos desse défice. No modelo proposto por Dorothea Orem, são identificados cinco métodos de ajuda, que podem ser usados de forma isolada ou em conjunto sendo os mesmos: 1) agir ou fazer pela pessoa, 2) guiar e orientar, 3) proporcionar apoio físico e psicológico, 4) proporcionar ambiente de apoio ao desenvolvimento e 5) ensinar (Orem, 2001). Face ao exposto, e tendo em consideração a teoria anteriormente apresentada, frequentemente, numa unidade de cuidados intensivos, os doentes internados, pela gravidade dos seus diagnósticos, perdem a capacidade de realizar as atividades inerentes ao autocuidado de forma independente. Daí que, a avaliação realizada pelo enfermeiro permita identificar a capacidade de autocuidado inadequada. Assim, e de acordo com Orem (2001), este doente carece de assistência na tomada de decisão, no controle do comportamento e na aquisição de conhecimento e habilidades.

1.3 SERVIÇO DE UNIDADE DE DIÁLISE

O terceiro estágio decorreu num centro de HDi na região centro de Portugal, gerido por uma empresa multinacional privada, atualmente com 441 clínicas, distribuídas por 24 países. Realiza cerca de seis milhões de tratamentos por ano, em quase 38 000 doentes. Em Portugal, atualmente, dispõe de 29 clínicas a prestar cuidados a cerca de 3 200 utentes. É uma empresa certificada pela *Bureau Veritas* nas áreas: Sistemas de Gestão da Qualidade (ISO9001) e Sistemas de Gestão Ambiental (ISO14001).

Todas as clínicas dispunham de uma equipa interdisciplinar que trabalhava de forma colaborativa, coordenada e empenhada dando resposta às diferentes necessidades de cada doente e respetiva família, tornando-as clínicas de referência nacional e internacional.

A clínica de diálise, onde se realizou o estágio, prestava cuidados a doentes com alterações renais de forma individualizada, tendo como missão melhorar a qualidade de

vida das mesmas e reduzir o número de hospitalizações. Com vista a alcançar estas metas, a empresa reunia esforços no sentido de: tratar todos os doentes de forma igual e respeitosa; definir metas relativas aos resultados clínicos (padrões de tratamento) e implementar e monitorizar procedimentos destinados a assegurar o alcance das metas definidas. Assim como: prescrever tratamentos de diálise individualizados; manter os doentes informados se necessário, salientando o respetivo papel na manutenção do seu próprio bem-estar; satisfazer as expectativas dos principais hospitais, no que respeita aos cuidados de saúde, de forma a alcançar resultados clínicos satisfatórios, aos níveis local, nacional e internacional; disponibilizar informação e formação aos funcionários, com vista a melhorar as respetivas competências e desempenho, de acordo com as diretrizes da organização; avaliar o grau de satisfação dos doentes, de forma a efetuar correções que permitam a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados; cumprir com a legislação e regulamentos aplicáveis, aos níveis local, nacional e assegurar a eficácia do sistema de gestão de qualidade e ambiente, de acordo com as normas EN ISO 9001 e EN ISO 14001, assim como a melhoria contínua do mesmo; assegurar um bom desempenho ambiental, comprometendo-nos na proteção do ambiente, incluindo a prevenção da poluição, a redução do consumo de recursos e a geração de resíduos.

A clínica tinha capacidade de atendimento para 220 doentes. Era constituída por 38 postos de tratamentos distribuídos por três salas, uma com 24 postos, outra com 12 e a terceira sala reservada para doentes com vírus de Hepatite B, com dois postos, respetivamente. Tinha 190 doentes em programa regular de HDi, dez dos quais em HDi noturna. Todas as salas tinham uma configuração em *open space*, aspeto que privilegiava a vigilância e promovia a deteção precoce de possíveis complicações (Thompson et al., 2012; ACSS, 2013b).

A técnica de HDi deve ser assegurada por uma dotação mínima de dois enfermeiros qualificados, recomendando-se uma relação de quatro doentes/um enfermeiro, não devendo exceder a relação de cinco doentes para um enfermeiro (OE, 2016). A clínica, em questão, obedecia àquela que se considera uma dotação segura cumprindo com uma distribuição de um enfermeiro para cinco doentes, a grande maioria das vezes, salvo raras exceções que se verificava uma distribuição de um enfermeiro para quatro doentes. Ainda assim, o número de enfermeiros deve ser ajustado dependendo da realidade de cada unidade de diálise, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, referenciando como recomendações a existência, no mínimo, de um enfermeiro por quatro camas/lugares/posto de HDi. Deve

ser ponderado o cálculo do número de enfermeiros para o tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de hepatites B, C e VIH (OE, 2016). A equipa de enfermagem praticava horários de 5 horas e 30 minutos (turnos manhã e tarde) e outro de 7 horas (turno da noite). À semelhança dos estágios anteriores, era o método individual de trabalho aquele que vigorava no serviço. A pessoa com doença renal crónica (DRC) requer sempre uma monitorização constante visando a execução de cuidados personalizados, favorecendo a humanização e promovendo a sua segurança e qualidade, o que tornava este método de trabalho o mais eficaz (Parreira et al., 2021).

O referencial teórico que foi utilizado na prática clínica foi a teoria das Transições de Afaf Meleis. Pelas alterações súbitas, no estado de saúde, a que os doentes estavam sujeitos, levavam à experiência de um processo situacional de transição saúde-doença, predispondo-os a uma situação de vulnerabilidade. Esta alteração, segundo Meleis et al. (2000) caracteriza-se por uma experiência transicional, com interações e condições ambientais que expõem os doentes e/ou família a riscos acrescidos, atrasos na recuperação do estado de saúde ou atrasos e ineficácia da resposta.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conjunto das competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais concretizando-se, em competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e em competências específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As competências comuns são partilhadas, independentemente da sua área de especialização, por todos os EE e devem envolver dimensões baseadas na educação do doente/família, aconselhamento, liderança, responsabilidade profissional e compromisso no desenvolvimento e partilha de conhecimento através de formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quanto às competências específicas são aquelas próprias da área de especialidade a que dizem respeito (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE são reguladas segundo os domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Em seguida serão apresentadas experiências através de uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento destas competências supramencionadas.

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

O Código Deontológico (CD) que rege a profissão de enfermagem é a pedra basilar da prática clínica e traduz os deveres e responsabilidades dos profissionais, tal como os direitos de todos os que procuram cuidados de enfermagem.

O EE deve respeitar a vida humana e a dignidade do doente, zelando pela saúde e pelo bem-estar do mesmo e da população, adotando uma conduta profissional que garanta a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deve seguir valores como a igualdade, a liberdade responsável de escolha, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

De um modo geral, procurou-se desenvolver, ao longo de todos os estágios, uma conduta profissional, ética e legal na área da especialidade, segundo os princípios éticos, normas legais e deveres deontológicos (Regulamento n.º 140/2019, 2019), respeitando assim o CD (OE, 2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2011). Desenvolveu-se uma prática especializada, adotando-se uma prestação de cuidados de enfermagem centrada no doente e na família, priorizando intervenções que visavam a sua recuperação total, sabendo que “nem tudo

o que é científica e tecnicamente possível, é eticamente adequado” (Nunes, 2016, p. 17). Como exemplos faz-se destaque a duas situações vivenciadas em contexto clínico. Uma delas no SUMC em que houve contacto com uma doente infetada com COVID-19 com prognóstico reservado. Apresentava períodos de confusão, tentativas de levantar não cumprindo devidamente o tratamento instituído. De forma a melhorar o seu quadro foi providenciada a presença da filha, tendo ajudado a melhorar o quadro de agitação. Esta intervenção veio, permitir também, à filha se apresentasse mais calma (segundo a própria), por sentir que estava a ser útil e a colaborar no processo de recuperação do seu familiar. Nesta situação foram garantidas as condições de segurança e proteção da filha, de forma que não contraísse a doença e tornando-se ela consumidora de cuidados de saúde.

A outra situação que espelha esta conduta, foi experienciada no SMI, onde as visitas, que após o período de pandemia tinham sido restringidas, neste momento já eram permitidas, mas sujeitas a elevado controlo e em períodos reduzidos. Apesar das regras instituídas, foi dada especial atenção aos doentes com prognóstico reservado, permitindo que os familiares permanecessem junto dos seus familiares, durante mais tempo e com maior apoio dos profissionais de saúde.

Em Portugal, vive-se uma realidade onde coexistem várias religiões, crenças e hábitos diferentes, tornando-se essencial que os profissionais estejam preparados para esta diversidade adaptando a sua prática às especificidades de cada doente que cuidam, respeitando os seus direitos e estabelecendo uma relação terapêutica de confiança. O enfermeiro como elo de ligação entre o doente, cuidador/família e a equipa multidisciplinar é, neste contexto, o responsável por promover a humanização dos cuidados, garantir a dignidade, evitar a obstinação terapêutica e zelar pela vontade e decisão do mesmo no que diz respeito à sua situação clínica (Darco et al., 2016). Em alguns casos específicos, nomeadamente no SMI e no SUMC, o doente não se apresentava capaz de expressar as suas vontades. Nestas situações, eram tomadas decisões com consentimento presumido, na perspetiva de oferecer os melhores cuidados naquele momento. Para reforçar este aspeto, o artigo 84.º do CD dos enfermeiros (2015) dá ênfase a essa mesma questão, salientando a aplicação do consentimento presumido quando a não aplicação das intervenções ou o seu adiamento coloca em risco de vida do doente.

Um exemplo desta situação, decorreu numa experiência de ressuscitação cardiorrespiratória de um doente que deu entrada no SUMC sem familiares ou outro cuidador, tendo sido tomada a decisão em equipa, de iniciar manobras de ressuscitação, sem uma consulta prévia das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Uma DAV é um

documento, livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual a pessoa, maior de idade, manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida, antecipadamente, dos cuidados de saúde que pretende ou não receber no caso de se tornar incapaz, por qualquer razão, de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente (Lei n.º 25/2012, 2012). Estas estão disponíveis no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) presente na aplicação SClinico®, mas que não foi consultada nenhuma, por não existirem.

O pedido de consentimento informado, livre e esclarecido pressupõe o respeito, a promoção e a proteção da autonomia da pessoa, estando intimamente interligado com a liberdade e a vontade individual (OE, 2007). Durante a prática clínica procurou-se obter sempre o consentimento informado, esclarecendo e validando a informação recebida, antes de qualquer procedimento, pois é um direito da pessoa e um dever do profissional de saúde. Outro aspeto considerado fundamental é o tempo que se dispõe para o doente assimilar toda a informação que lhe é transmitida, mostrando disponibilidade e abertura para o esclarecer as vezes que forem necessárias. Esta pode tornar-se numa forma, de iniciar uma relação terapêutica, pois demonstra disponibilidade, valorização pela vontade do outro e também respeito pela sua decisão, sendo este um dever do profissional de saúde. É também um dever do enfermeiro manter o direito do doente à privacidade existindo uma preocupação constante na preservação da intimidade e individualidade, durante a prestação de cuidados. Verificou-se, nos estágios realizados, que devido à organização espacial dos serviços, nomeadamente do SMI e da HDi, em *open space*, existia a dificuldade em assegurar a privacidade do doente e dos familiares. Houve, portanto, a necessidade de recorrer a biombos, ou de transferir os doentes em maca para outro espaço físico, de forma a garantir uma maior privacidade na realização de determinadas intervenções de enfermagem. Existiu, ainda, a preocupação de não expor demasiadas partes do corpo sem necessidade, salvaguardando o dever do respeito pela intimidade (OE, 2015).

Ainda neste domínio, nomeadamente na responsabilidade ética e legal, e, no que concerne às informações transmitidas aos familiares, constatou-se que foi salvaguardado o dever de sigilo (OE, 2015). A disponibilização de informação era maioritariamente realizada via telefónica e, mesmo assegurando que se tratava de um familiar, através de validação de informações, o conteúdo da informação fornecida era limitado, restringindo a mesma à condição geral do doente e necessidade de cuidados. Regra geral, esta responsabilidade cabia ao enfermeiro, salvo raras exceções em que a família solicitava informação médica específica e se solicitava a colaboração do médico responsável. Ainda que tivesse existido oportunidade de presenciar um contacto

telefónico por parte de um familiar, foram muito poucas as oportunidades vivenciadas neste contexto. Esta realidade foi possível experienciar, de uma forma mais presente, no SMI. No SUMC, apesar de também ter existido contacto com familiares, este tornou-se residual no que cabe à transmissão de informação. Não era uma prática muito comum, uma vez que o tempo de permanência das PSC, no serviço era curto e não existia um gabinete de informações para familiares onde, habitualmente, é o enfermeiro responsável pelo mesmo.

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade

A qualidade e a segurança na saúde são uma obrigação ética na medida em que se traduzem na promoção da saúde e prevenção da doença (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

Os três locais onde foram realizados os três estágios, são instituições com notória preocupação com a PSC, tendo sempre presente, na sua política a garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a uniformização de informação, através da implementação e cumprimento de protocolos e procedimentos elaborados, que existiu oportunidade de ler e executar.

Para assegurar, de forma competente, uma prática de enfermagem especializada, o domínio da melhoria contínua da qualidade assume um papel fundamental. Assim sendo, ao longo deste percurso formativo, procurou-se refletir e respeitar os enunciados descritivos dos cuidados. Existem seis enunciados descritivos que pretendem ser um instrumento de orientação para os enfermeiros: (1) a satisfação do cliente, (2) a promoção da saúde, (3) a prevenção de complicações, (4) o bem-estar e o autocuidado, (5) a readaptação funcional e (6) a organização dos cuidados de enfermagem. Sendo que a promoção da saúde e a prevenção de complicações acrescem como específicos ao EEEMCPSC (OE, 2001; OE, 2017a).

Também como ferramenta de orientação prática foi a incorporação dos pilares patentes no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, encontrando-se assente em 5 pilares: (1) cultura de segurança, (2) liderança e governança, (3) comunicação, (4) prevenção e (5) gestão de incidentes de segurança da pessoa e práticas seguras em ambientes seguros (DGS, 2021) (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Deve ser uma preocupação, por parte de todos os profissionais de saúde sem exceção, a criação de um ambiente terapêutico e seguro, diretamente proporcional à qualidade dos cuidados prestados e promotor de bem-estar.

No serviço de diálise existiam também, vários grupos de trabalho que abordavam diferentes áreas de intervenção e que constituíam uma mais-valia, não só em termos de uniformização de procedimentos e atualização, mas essencialmente como contributo para uma prestação de cuidados de excelência em contexto de HDi, pois existia uma preocupação destes elementos em atualizar permanentemente a equipa fomentando práticas baseadas na evidência.

Em relação ao primeiro pilar do PNSD 2021-2026 – cultura de segurança – verificou-se que a equipa do SMI estava motivada em dar resposta a este objetivo na medida em que seguia um plano de formação, existindo uma preocupação constante da equipa de enfermagem em adquirir conhecimentos técnico-científicos atualizados, com o objetivo de melhorar a resposta diferenciada à panóplia de patologias e situações clínicas com as quais eram confrontados diariamente. Esta equipa procurava envolver todos os elementos integrados no processo de cuidar, no sentido de se criarem condições de segurança à pessoa cuidada, equipa, família e outros doentes internados. Como elemento externo integrado no serviço, esta cultura de segurança foi transmitida e estimulada no momento da integração ao serviço, existindo um programa de integração para os novos colaboradores pré-definido e com objetivos claros nesta área.

Um outro aspeto importante a realçar é a identificação inequívoca do doente, que era realizada de forma sistemática, de acordo com a Orientação 018/2011 (2011). Uma incorreta identificação do doente pode ter como consequências erros de medicação, nas transfusões de sangue e hemoderivados, na realização de exames complementares de diagnóstico ou na realização de procedimentos em doentes que não necessitavam dos mesmos. Uma das metas internacionais para a segurança dos doentes internados inclui a boa prática da utilização de dois critérios de identificação dos doentes internados: através do nome completo e data de nascimento ou nome completo e número do processo.

No estágio de SUMC verificou-se que no posto de triagem eram verificados o nome completo e a idade do doente que recorria ao serviço. Além disto, uma forma de identificação também utilizada, era a identificação do número da maca onde o doente estava alocado no processo clínico, facilitando um reconhecimento mais célebre, seguido da confirmação da pulseira de identificação, bem como da prioridade da Triagem de Manchester. Este processo, era mais difícil quando os doentes, tinham por exemplo quadros demenciais, nestes casos eram permitidas mais frequentemente a presença de um acompanhante de referência.

No SMI, a identificação inequívoca do doente, era facilitada pela organização do serviço, pois era sempre cumprida a dupla verificação, inclusive no momento de preparação de medicação.

No contexto de HDi, como os doentes em tratamento, não tinham pulseiras de identificação, dificultava o processo. A acrescer a este facto, existia a grande rotatividade na clínica e a existência de vários enfermeiros em regime de prestação de serviços, fatores identificados como potenciadores da ocorrência de erro. Apesar dos fatores potenciadores de erro aqui descritos, a probabilidade de ocorrência era baixa, pelo que não se verificou a existência de erro neste contexto clínico. Cada unidade de diálise era composta por um *tablet* onde constava toda a informação do doente presente nessa unidade, desde a devida identificação do mesmo ao tipo de tratamento dialítico prescrito. Antes de cada tratamento era feita a dupla confirmação dos dados pessoais, também o método de trabalho utilizado, e já descrito acima, potenciava a não ocorrência do erro.

Relativamente à segurança na utilização e administração de medicação, não só é importante uma atenção total na sua preparação, como também na sua administração, onde mais uma vez a dupla verificação é essencial, cumprindo as nove etapas do uso correto da administração de fármacos (INEM, 2021). A informatização dos dados assim como as plataformas de prescrição e registo de administração constituem um grande avanço e contributo, para reduzir a ocorrência do erro.

No SMI, a preparação da terapêutica era realizada de forma diferenciada nas várias Unidades do SMI. No piso +1, preparava-se a terapêutica num balcão central; no piso -1 era preparada numa sala de apoio paralela à unidade; no piso -3 existiam dois carros de apoio para a preparação da mesma, com todo o material necessário. Considera-se que todas as opções aqui mencionadas estavam adaptadas à tipologia do espaço de cada unidade, funcionando de forma eficaz. Enquanto, no piso -1 o balcão central se encontrava numa área próxima a todas as unidades de internamento, já no piso -3, sendo uma unidade de maiores dimensões, havia a existência de dois carros destinados à preparação de medicação, por forma, a estarem mais próximos das respetivas unidades dos doentes. O objetivo era preparar a terapêutica o mais próximo da unidade de cada doente e no momento que era necessária.

Como estratégia de segurança, o programa *BSimple®* era também uma ferramenta útil ao permitir a impressão da terapêutica, para o intervalo de tempo que se pretendia. Neste documento era indicando o nome do fármaco, a dosagem e a hora prevista da toma. Este era um aspeto positivo e que facilitava o processo, diminuindo o risco de erro, pois toda a medicação era devidamente identificada sem exceção. A medicação

administrada em perfusão contínua era devidamente identificada com etiquetas impressas onde constava o nome do medicamento, a concentração do mesmo e a hora de preparação. Os sistemas de soros, prolongadores, torneiras e rampas eram substituídos em intervalos fixos, havendo o cuidado de os datar devidamente.

No serviço de HDi, para aumentar a segurança na utilização da medicação, o sistema informático permitia a impressão de etiquetas de medicação com o nome do doente, fármaco, dose, via, hora de administração e espaço para assinatura do enfermeiro que preparava a medicação. Esta era preparada numa sala destinada a esse fim, cuja entrada era restrita apenas aos enfermeiros que tinham essa finalidade. Ainda que fosse da responsabilidade do enfermeiro que preparou a terapêutica a sua administração, a mesma era transportada em caixas fechadas e identificadas com o número das salas, até ao local onde iria posteriormente ser administrada. O restante tempo, a sala permanecia restrita.

No pilar da comunicação, nomeadamente nos momentos de transmissão de informação durante a passagem de turno, eram adotadas medidas no sentido de se garantir a segurança e a transmissão eficaz. A passagem de turno torna-se um momento importante de partilha de informações de forma objetiva e clara sobre as intercorrências durante o período de prestação de cuidados (Almeida & Costa, 2017). Este momento era propício para transferir não só informação sobre os cuidados, mas também para transmitir as necessidades e problemas que iam surgindo, sendo também discutidos diversos assuntos que tinham impacto no funcionamento do serviço. No SUMC, a passagem de informação entre turnos, é o momento que garante a continuidade de cuidados, era realizada junto à PSC. A OE (2021) defende que os locais para a PT devem ser geridos e adaptados aos contextos, podendo haver complementação posterior da informação em espaço resguardado (Parecer do Conselho Jurisdicional [CJ]/20, 2001). Considera-se um aspeto positivo conseguir associar a informação transmitida do doente junto do próprio, sendo esta uma questão facilitadora da assimilação da informação. Por outro lado, deve estar sempre assegurado o respeito pela intimidade (artigo 86.º do CD do Enfermeiro, 2005), salvaguardando o bem-estar emocional, a privacidade e confidencialidade, aspetos que não são possíveis de garantir com a PT junto do doente pela dinâmica e lotação dos SU. Uma das situações experienciadas em contexto de SU, foi em situações de suspeita de doença grave, como neoplasias, por exemplo, em que o doente, ainda não tinha conhecimento da sua situação clínica, esta informação era transmitida num espaço resguardado.

No SMI e no serviço HDi para além da passagem de informação por via oral, existia também um reforço por escrito, medida que na prática era considerada como positiva

para um melhor acesso da informação. Após a descrição acima, pode-se afirmar que, nos diferentes contextos clínicos, foi possível observar que as práticas de enfermagem desenvolvidas vão ao encontro do principal objetivo do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021) que visa a consolidação e a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde. Considera-se ainda, de um modo geral, que foi possível desenvolver um papel dinamizador, mobilizando “os conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

2.1.3 Gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, espera-se que o enfermeiro otimize as respostas articulando-se com a equipa, adequando os estilos de liderança ao contexto onde está inserido. Para o desenvolvimento desta competência foi fundamental, o conhecimento sobre as funções desempenhadas pelos enfermeiros em funções de gestão, dos diferentes serviços, assim como a estrutura física, organização dos cuidados, metodologia de trabalho. Este conhecimento mais aprofundado, sobre a realidade organizacional e funcional de cada contexto, permitiu desenvolver um pensamento crítico-reflexivo no âmbito da organização dos cuidados bem como da qualidade das práticas em enfermagem.

Nos serviços onde se desenvolveram os estágios para além da figura do enfermeiro gestor, existia a transferência de funções, em enfermeiros responsáveis de turno. Este caracterizava-se por um enfermeiro em prestação de cuidados, o que lhe permitia ter uma visão diferente da organização necessária para que um serviço funcionasse de forma otimizada. Estas funções variavam consoante as características do serviço e incluíam o planeamento de atividades e responsabilidades como: a elaboração da distribuição diária dos enfermeiros por posto de trabalho, que devia ter em conta a especificidade da função a desempenhar e as competências do enfermeiro que devia ser alocado; a verificação do carro de emergência e dos carros de apoio a procedimentos que continha equipamentos e material que podiam vir a ser necessários, a sua reposição e registo em folhas de *check-list*; a gestão de *stock* (incluindo estupefacientes); a gestão das unidades em caso de alta, admissão ou ausência para realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos fora do serviço, bem como os equipamentos eventualmente necessários para estes transportes. O enfermeiro responsável de turno tornava-se também num elo de ligação entre os vários profissionais de saúde, nomeadamente na gestão de necessidades e problemas que pudessem surgir ao longo do turno, tendo um papel importante na gestão de conflitos internos entre profissionais, mas também com os doentes e seus familiares;

participava de forma ativa na reunião de serviço, com a restante equipa multidisciplinar, onde contribuía para a tomada de decisão, transmitindo à equipa decisões que considerasse relevantes.

Esta função de enfermeiro responsável de turno era habitualmente conferida ao EE aspeto que se considera fundamental, pelas competências exigidas a este enfermeiro, no que diz respeito à gestão de cuidados, processos de supervisão, monitorização e mentoria.

Verificou-se, ainda, de forma transversal, em todos os locais de estágio, que a liderança assumia um papel chave no domínio da gestão dos cuidados. Foi possível observar diferentes estilos de liderança, que se constataram diferentes, não só pelo local onde decorreu o estágio, mas, sobretudo, pela necessidade de uma tomada de decisão e resposta eficaz perante a prestação de cuidados à PSC. Os líderes em enfermagem devem tirar partido do poder das emoções e do seu papel na inteligência emocional para influenciar positivamente todos os elementos da equipa no que diz respeito aos cuidados de saúde, de forma a atingir um elevado nível de excelência e qualidade nos cuidados prestados (Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud, 2022; Mansel & Einion, 2019).

Em contexto de SUMC, sempre que existia a necessidade de transferência de uma PSC para um SU mais diferenciado, com necessidade de acompanhamento por parte do enfermeiro, esta situação obrigava à redução de um elemento da equipa pelo que cabia ao enfermeiro responsável de turno gerir os recursos humanos no momento, de forma a garantir a segurança e continuidade de cuidados a todos os doentes internados.

Já em contexto de cuidados intensivos verificou-se que perante situações de maior fluxo de trabalho, com admissões simultâneas de PSC, transferências de PSC para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para outros serviços, houve a necessidade de serem estabelecidas prioridades e definir uma estratégia de atuação. Perante estes cenários, o enfermeiro responsável de turno, baseou a sua liderança, numa comunicação direta e eficaz com a equipa, partilhando as dificuldades sentidas e mobilizando os diferentes recursos, procurando gerir de forma eficaz os materiais e equipamentos com objetivo de dar uma resposta adequada ao processo de cuidados. Houve, por vezes, perante estas situações descritas, a necessidade de mobilizar enfermeiros das várias unidades pertencentes ao SMI.

No âmbito da gestão de material, área fundamental para uma prestação de cuidados com qualidade, no serviço de HDi realizou-se o inventário mensal de material e participou-se no pedido de requisição mensal. Este era realizado através do envio de um ficheiro excel® com os pedidos de material clínico, material hoteleiro, a alimentação

bem como material de secretariado. Todos os meses eram reportados vários ficheiros à gestão central, função que se pode treinar com a realização desses relatórios nomeadamente: mapa de faturação; movimento mensal dos doentes, com balanço de admissões e saídas de doentes; mapa de acessos vasculares, com número de PSC com fístula arteriovenosa (FAV), com prótese arteriovenosa (PAV) ou com cateter venoso central (CVC). O contexto de HDi, por se tratar de uma instituição privada, comparativamente aos outros locais de estágio, permitiu refletir nas exigências de documentação dos gastos e desperdícios, tendo-se verificado uma maior preocupação com estes aspetos.

Outra função de gestão de enfermagem, que foi possível observar e colaborar, foi na área da gestão de recursos humanos, sendo era esta a área mais desafiante, por envolver gestão de pessoas. No serviço de HDi existia uma plataforma informática de suporte, o chamado *Shift Manager*®, onde eram elaborados e validados os horários de enfermeiros, auxiliares, assistentes clínicos e de médicos residentes. Para adquirir esta competência houve o cuidado, por parte da enfermeira orientadora, em elucidar das regras para a realização de um horário mensal. Nesta plataforma eram inseridos o número de doentes em tratamento diário, por turno e por sala, permitindo calcular o rácio de enfermeiros por turno e verificar se existiam inconformidades. Neste processo, percebeu-se a importância de atender a especificidades de cada colaborador de forma a manter e garantir a sua satisfação pessoal e profissional, mas também a qualidade dos cuidados prestados.

2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

É fundamental que o EE baseie a sua prática clínica em evidência científica e desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, de forma a gerir de forma eficaz as emoções e fatores que possam, eventualmente, interferir na relação terapêutica e multiprofissional, promovendo assim a integração de novas aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A aquisição de competências, pelo EE, é um processo complexo e que ocorre ao longo do tempo, devendo ser mobilizado e aplicado no momento e local adequados. O EE é dotado de conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em vista as respostas humanas decorrentes dos processos de vida e dos problemas de saúde, auxiliando-se do julgamento clínico e da tomada de decisão (OE, 2011).

A OE (2012), refere ainda que o EE tem de adotar uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas

práticas. Assumindo uma postura de responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências.

A pesquisa bibliográfica, a partilha de experiências com as equipas de enfermagem e as reflexões críticas sobre os cuidados prestados, fizeram com que existisse um desenvolvimento e uma consolidação das competências exigidas ao EE. A procura de pesquisa da evidência científica de forma a dar resposta aos desafios da prática clínica, contribuiu para a tomada de decisão, enriquecendo a prestação de cuidados à PSC. Benner (2001) afirma que o conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem, e que as competências profissionais vão-se desenvolvendo no contexto da prática clínica.

Em contexto de urgência, a avaliação e reflexão sobre os cuidados prestados foram uma constante que permitiram crescer em determinadas áreas e consolidar outras com as quais já existia um contacto prévio, nomeadamente no cuidado à pessoa em situação emergente, englobando todas aquelas admitidas com sinalização da Via Verde (VV), seja ela coronária ou de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No SMI tratou-se do primeiro contacto com doentes a necessitarem de cuidados intensivos e, por esse motivo, trazia curiosidade, entusiasmo e expectativas elevadas. Após o confronto inicial houve a perceção das fragilidades e das áreas, onde efetivamente era necessário aprofundar conhecimentos, o que provocou ansiedade e receio de não corresponder ao esperado. Este sentimento inicial foi-se dissipando e impeliu à curiosidade científica, estimulando o processo de estudo e pesquisa. Este aspeto ajudou, paulatinamente, a adquirir autoconfiança, autoconsciência e autonomia na prestação de cuidados. Apesar desta entropia inicial, julga-se ter havido uma evolução favorável, através da adoção de uma postura digna e responsável, evidenciando interesse, disponibilidade, espírito de equipa, partilha, iniciativa e desenvolvimento crítico. Procurou-se, ainda, desenvolver, com todos os elementos da equipa multidisciplinar, um relacionamento favorável de forma a estimular um ambiente de trabalho propício ao desenvolvimento pessoal e profissional, respeitando a equipa e a sua dinâmica. De forma a desenvolver melhor as aprendizagens profissionais, houve ainda a oportunidade de estar presente em três formações em serviço tais como: “cuidados paliativos em medicina intensiva”, “boas práticas na transfusão de componentes sanguíneos” e “manutenção – carro de emergência/monitor desfibrilhador”. Estas foram oportunidades de mais-valia no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, tendo sido perceptível a importância de receber, mas também difundir e partilhar conhecimento.

De modo a contribuir para a partilha de conhecimento, e após a identificação que no serviço de HDi, havia um doente detentor de uma FAV que carecia de ser puncionada pela técnica de botoeira, técnica pouco conhecida e praticada pelos enfermeiros, optou-se por encabeçar uma formação baseada no método demonstrativo. Esta técnica consiste na criação de um túnel subcutâneo num único local de inserção, com o mesmo ângulo, profundidade e direção inicialmente com agulha biselada e após o túnel formado com agulha não biselada, estando recomendada em segmentos curtos de veia. Exige formação da equipa para a realizar, sendo mais morosa na execução e com maior risco de infeção (Pueyo et al., 2011). A punção em escada, é outra técnica utilizada em situações de dificuldade de punção repetidas; em doentes jovens pelo impacto estético da formação habitual de aneurismas e em doentes com limiar de dor reduzido.

Uma outra oportunidade de partilha e contributo para o desenvolvimento de aprendizagens em equipa, participou-se colaborativamente numa sessão de formação em cuidados à PSC. Nesta sessão foram abordadas várias temáticas: Suporte Básico de Vida (SBV), direcionado para auxiliares, secretários clínicos, assistente social, farmacêutica e nutricionista; e em Suporte Imediato de Vida (SIV), direcionado para médicos e enfermeiros, juntamente com uma das equipas de enfermagem responsável por estes temas. Durante a formação, existiu a possibilidade de os profissionais treinarem vários procedimentos como sejam: utilização do carro de emergência/desfibrilhação; SBV, Posição Lateral de Segurança (PLS) e Obstrução da Via Aérea (OVA); Suporte Avançado de Vida (SAV); permeabilização da Via Aérea (VA). Neste processo de formação foi possível ser responsável pelo treino na permeabilização da VA que tinha como principal finalidade dar a conhecer e permitir a manipulação do material necessário à permeabilização da VA bem como o treino de todas as técnicas de abordagem da mesma.

Assim, conclui-se que os desafios impostos, ao longo de toda a prática clínica, levaram à análise e partilha de ideias proporcionando e desencadeando momentos chave e cruciais de aprendizagem.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao EE são-lhe reconhecidas - para além das competências comuns já abordadas - competências científicas, técnicas e humanas para atuar na sua área de especialização.

Os cuidados de enfermagem especializados na vertente da PSC são contínuos e altamente qualificados exigindo observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados com a finalidade de assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil, primando pela prevenção e deteção precoce de complicações no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018; OE, 2017).

Seguidamente, serão esplanadas as atividades que assumiram maior relevância e as competências desenvolvidas na área de especialização, durante este percurso formativo, fazendo uma análise crítico-reflexiva das mesmas, mencionando as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

2.2.1 Cuida da doente, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A PSC envolve um complexo processo de cuidados, onde os focos de instabilidade e a manutenção da vida são uma realidade. Esta competência, pela sua enorme abrangência constituiu um importante foco - não depreciando os restantes - pois refere-se à intervenção direta junto da mesma.

Neste campo de ação, o EE mobiliza conhecimentos e múltiplas habilidades, respondendo de uma forma eficaz e holística às necessidades da PSC e/ou família que se encontram a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As múltiplas e complexas situações experienciadas, nos vários estágios, permitiram desenvolver a unidade de competência “presta cuidados ao doente em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Neste âmbito, e através de uma abordagem ABCDE, foi possível identificar prontamente focos de instabilidade e implementar uma resposta de forma eficaz e antecipada (Spoelder et al., 2022). Esta abordagem permite estabelecer prioridades de atuação, estando aceite e recomendada, internacionalmente, para uma avaliação e tratamento inicial à PSC (Schoeber et al., 2022). Desta forma, perante a PSC, foi possível desenvolver uma abordagem estruturada com base na mais recente evidência científica (Perkins et al., 2021).

Nesta abordagem, os estágios no SUMC e no SMI permitiram observar a dinâmica e a forma de atuação na abordagem à PSC, tanto em SE como da Equipa de Emergência Interna (EEI), segundo o método ABCDE – A (via aérea), B (ventilação), C (circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição) –de forma a obter uma avaliação padronizada e que fosse capaz de identificar eficazmente focos de instabilidade intervindo de acordo com a prioridade estabelecida (Perkins et al., 2021; Soar et al., 2021).

Na SE, esta abordagem inicial, era complementada com uma abordagem secundária onde está englobada a presença da família, incluindo uma avaliação de sinais vitais, através de equipamentos de monitorização, história clínica e o exame físico bem como na inspeção das superfícies posteriores, com vista ao conforto da pessoa (*Emergency Nurses Association*, 2019). No que diz respeito à EEI, esta detinha um *team leader* pré-definido e que facilitava a sua intervenção. O *team leader* é aquele que é capaz de coordenar, decidir e supervisionar a equipa de reanimação. Este deve ter uma capacidade de decisão rápida e deve encontrar-se numa posição mais afastada para poder observar e guiar a ressuscitação (Aehlert, 2015). No entanto, regra geral, este ficava responsável pela via aérea e ventilação, um segundo elemento responsável com a circulação (acessos vasculares, colheitas, preparação e administração de fármacos) e o terceiro elemento com a avaliação neurológica e exposição (feridas, hemorragias, etc). Sempre que existia uma necessidade de atuação, cada elemento assumia rapidamente e sem perdas de tempo a sua função. A existência de funções pré-definidas na abordagem à vítima pelos elementos das equipas de emergência, tornam o processo mais eficaz.

A participação nestes momentos, permitiram que fosse possível treinar a colheita de dados à PSC, determinando prioridades na abordagem, identificação de focos de instabilidade e planear o cuidado para a resolução desses mesmos focos.

Durante os vários estágios, houve oportunidade de acompanhar as várias fases de doença e gravidade da PSC, desde situações mais simples como o tratamento programado em situações de doença crónica à entrada súbita de doentes em situação emergente. Durante o estágio no SMI houve oportunidade de prestar cuidados a uma PSC sob terapia de *Extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO). Uma terapia de fim de linha, com muitas potencialidades, requerendo, do enfermeiro, uma monitorização intensiva. A monitorização hemodinâmica invasiva é uma realidade no SMI, tendo esta experiência permitido a aquisição de novas competências técnicas e científicas neste âmbito. O enfermeiro tinha a responsabilidade de fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes da monitorização hemodinâmica invasiva, analisando e equacionando os fatores que pudessem contribuir para leituras incorretas. Assim, e através da interpretação, análise de dados e observação detalhada da PSC, é possível assegurar a melhoria dos cuidados à mesma (Venturi et al., 2016).

Foi ainda importante, neste processo de aquisição de competências específicas, aprofundar o conhecimento, sobre as patologias, mais comuns da PSC que eram assistidas no SUMC, bem como os protocolos e critérios de ativação relativos às Vias Verdes, como a Via Verde (VV) Coronária e VV Acidente Vascular Cerebral (AVC),

melhorando a eficácia dos cuidados prestados. Esta sistematização de intervenções permite um cuidado mais eficaz e célere nas respostas às necessidades da PSC.

A diversidade de patologias que afetavam a PSC no SMI, permitiu o desenvolvimento de uma prestação de cuidados associada a diversos procedimentos, tais como: extubação endotraqueal, colocação de traqueostomia percutânea, monitorização da pressão intracraniana, correções hidroeletrólíticas, cateterização venosa central, cateterização arterial, posicionamento em decúbito ventral e nutrição via parentérica. O vasto leque de procedimentos e oportunidades de aprendizagem, levaram a uma maior reflexão sobre as suas complicações e importância da monitorização hemodinâmica na PSC, na antecipação e identificação precoce de focos de instabilidade. Observou-se, desta forma, no SMI, que a PSC se encontrava, na maioria das vezes, em falência orgânica ou multiorgânica, exigindo aos enfermeiros uma prestação de cuidados de elevada complexidade, apelando ao domínio de competências específicas nesta área. Em contexto de HDi, os momentos de instabilidade hemodinâmica e de complicações intra dialíticas que se observaram, podiam maioritariamente ser corrigidas com intervenções de antecipação como sejam: situações de hipotensões, câibras, coagulação de circuito extracorporal, hematomas no membro do acesso vascular e avaria de monitor com necessidade de o substituir. Destas complicações, a hipotensão e as câibras são as mais prevalentes em HDi, sendo a ultrafiltração, a principal causa para esses eventos (Santos et al., 2021).

Em todos os contextos de estágio a dor era um dos sintomas mais frequentes tendo sido realizada uma abordagem como se do 5.º sinal vital se tratasse. Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2020), a dor é definida como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos. Em contexto de SMI, pela frequente incapacidade de a PSC tem em manifestar verbalmente a sua dor, é essencial que o enfermeiro esteja desperto para os sinais fisiológicos que podem indicar a sua presença, tais como: aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da tensão arterial, fácies de dor, agitação, sudorese ou diminuição da saturação de oxigénio. Este cuidado é algo que está intrínseco e que é valorizado tendo sido uma preocupação constante durante a abordagem ao doente. Em contexto de SUMC, a escala de dor mais utilizada era a escala numérica pois grande parte das PSC encontravam-se conscientes e capazes de manifestar o seu limiar de dor. através de escala de autoavaliação. No SMI, esta escala também era utilizada, para doentes conscientes, mas para a maioria das PSC internadas, que se encontravam sedadas e incapazes de responder e autoavaliar

a sua dor, usava-se a *Behavioral Pain Scale* (BPS). Esta escala permite avaliar a dor, através de alguns critérios como a expressão facial, o movimento do doente no leito e os parâmetros fisiológicos tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e a sudorese, já referidos anteriormente (Cunha D. et al., 2020). Foram respeitadas as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) – descritas na Circular Normativa n.º 09 de 14 de junho, 2003 – ao afirmar que fazer uma gestão diferenciada da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes para que a humanização dos cuidados de saúde seja uma realidade (DGS, 2003). A avaliação da dor é um requisito fundamental para as tomadas de decisão relativas às intervenções a desenvolver para a gestão de dor.

Ao longo de todo o processo formativo existiu sempre a preocupação em garantir o bem-estar da PSC nas suas múltiplas dimensões, tornando-se importante sublinhar que estas mudanças no estado de saúde e doença caracterizam-se por um processo de transição (Meleis et al., 2000), colocando os doentes num estado de vulnerabilidade. Posto isto, e de forma a garantir o bem-estar da PSC, foram desenvolvidas diferentes medidas que visaram minimizar o impacto negativo da transição situacional e promover conforto na prestação de cuidados (Kolcaba, 1994). Esta foi uma realidade comum em todos os campos de estágio.

O conforto é um resultado que se deseja alcançar na prestação de cuidados, englobando três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) em quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (Kolcaba, 1994). Desta forma, o conforto, pela sua dimensão individual e holística, assume um papel fundamental para assegurar o bem-estar da PSC. Para a sua promoção, destacam-se algumas medidas tais como: a presença de familiares ou cuidador/pessoa de referência, o cuidado na exposição corporal do doente para a realização de intervenções, os posicionamentos, bem como o suporte emocional com recurso ao toque terapêutico e à escuta ativa. Assume-se então, que foi possível, segundo o Regulamento n.º 429/2018, ir de encontro aos critérios de avaliação “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;” e “demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da doente em situação crítica e/ou falência orgânica” (2018, p. 19363).

Perante a PSC, a experienciar um momento de grande vulnerabilidade, é fundamental promover e assegurar uma comunicação efetiva no processo de transição de cuidados da PSC. Este aspeto vai ao encontro do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Considera-se que, durante os vários locais de estágio, foi assegurada a qualidade da informação transmitida entre as equipas prestadoras de cuidados

salvaguardando a segurança do doente, através do uso da estratégia ISBAR (DGS, 2017b; Figueiredo et al., 2020), desenvolvendo, assim, o critério de avaliação “demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a doente família/cuidador em situação crítica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A transição de cuidados seguros baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz, que deve ser realizada de forma estruturada e recorrendo a ferramentas de padronização e uniformização da comunicação. Esta forma de comunicação baseia-se na mnemónica ISBAR que, segundo a Norma 001/2017, 2017 da DGS, é um auxiliar de memória que permite, de forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que: I (Identificação); S (Situação Atual); B (Antecedentes); A (Avaliação) e R (Recomendações). A estratégia ISBAR torna-se numa ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança da PSC em situações de transição de cuidados (Norma 001/2017, 2017).

No que diz respeito ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC, família/cuidador, a comunicação também se assume como uma ferramenta imprescindível, essencial para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Phaneuf, 2005). Desta forma, o princípio em que numa interação entre enfermeiro e PSC e/ou família, todo o comportamento é comunicação e tem valor de mensagem (Watzlawick et al., 1967). Este aspeto impeliu uma atitude de respeito e congruência na prática clínica, em que foi adotada e gerida a comunicação verbal e não verbal, durante a prestação de cuidados, refletindo respeito, disponibilidade e compreensão pela transição situacional de saúde/doença que a PSC e/ou família estava a vivenciar. Este aspeto tornou-se determinante para a gestão e estabelecimento de uma relação terapêutica, entre a PSC, família/cuidador (Regulamento n.º 429/2018, 2018), facilitando assim a implementação de intervenções, procedimentos e conseqüentemente uma melhoria dos resultados da prestação de cuidados de enfermagem (Blake & Blake, 2019).

Considera-se que o domínio das unidades de competências supracitadas, permitiram a mobilização de um conjunto alargado de conhecimentos e habilidades, necessárias para uma resposta eficaz na prestação de cuidados à PSC e/ou família.

2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A catástrofe define-se como um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional, segundo a Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2. Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Atualmente, as situações de emergência, exceção e catástrofe são cada vez mais frequentes (Torani et al., 2019), impondo a necessidade de implementar planos nas instituições e capacitar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para dar uma resposta eficaz e eficiente nesses contextos (Baker et al., 2019; Labrague et al., 2018, Murphy et al., 2021).

Recentemente, existem estudos que indicam que os enfermeiros com formação avançada e treino em situações de emergência e catástrofe, demonstram maior competência e capacidade na criação de uma resposta eficaz (Chegini et al., 2022; Murphy et al., 2021). É neste âmbito de atuação, perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe, que o EEEMCPSC se diferencia, sendo-lhe reconhecida competência na conceção, planeamento e gestão da resposta de forma eficaz e eficiente, assegurando simultaneamente a preservação dos vestígios e indícios da prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante os vários campos de estágio, não ocorreram situações desta categoria pelo que não foi possível atuar nestes contextos, no entanto procurou-se através do diálogo com os vários elementos das equipas, perceber qual a sua preparação, treino e que medidas eram implementadas na prática para antecipar eventuais situações. Além disto, foram ainda consultados protocolos de atuação para situações de exceção e catástrofe nos contextos de SUMC e SMI, não tendo sido possível colocar em prática, em nenhum dos contextos. Sabe-se, que as situações de exceção/catástrofe são muito pouco frequentes. No entanto, quando surgem, geralmente num momento inesperado, é útil e necessário que existam planos de emergência internos e externos por forma a facilitar as respostas adequadas e necessárias. Os enfermeiros têm o dever de compreender de forma pormenorizada os referidos planos de emergência, bem como participar em simulacros e sessões de formação proporcionados pela instituição (Santos, 2013). Estratégias que durante os estágios não foram presenciados.

No SMI, a EEI, como já havia sido referido no ponto anterior, era acionada em situações de emergência em qualquer espaço interior do centro hospitalar, dando apoio a todos os serviços de internamento, SU, consulta externa e imagiologia, sendo também responsável pelo transporte intra-hospitalar. De acordo com o Despacho n.º 9639/2018, “a possibilidade de sobrevivência do doente crítico depende da eficácia da resposta à emergência. Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica aguda” (2018, p. 27533). Assim, durante o estágio no SMI, foi percecionada a importância que a EEI assumia perante situações de emergência interna, cuja atuação é baseada em protocolos de atuação, segundo as mais recentes orientações científicas (Perkins et al., 2021; Soar et al., 2021). Apesar de não ter sido possível vivenciar nenhuma situação de exceção e catástrofe, foi possível experienciar a atuação da EEI em situações de emergência interna e a forma rápida e eficaz com que deu resposta às situações que foram surgindo tornando-se exímia na prestação de cuidados à PSC contribuindo, assim para um aumento da probabilidade de recuperação.

No que respeita ao critério de avaliação “assegura meios de evacuação e transporte” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364), foi possível colaborar na preparação e no acompanhamento da PSC submetida a transferência intra-hospitalar. Existiu a preocupação em salvaguardar todas as condições necessárias para garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados durante o transporte. Este processo de transferência foi pautado pelo cuidado na vigilância dos parâmetros vitais da PSC, pela antecipação de possíveis focos de instabilidade, primando pela utilização de uma comunicação eficaz, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados (Burgess et al., 2020; DGS, 2017b; Figueiredo et al., 2020; Toren et al., 2022). Uma das oportunidades de aprendizagem desenvolvida no SMI, foi o acompanhamento de uma PSC, do foro neurocrítico, para a realização de uma Tomografia Axial Computorizada Cranioencefálica (TAC-CE). Para a execução do transporte foram mobilizados: o médico, o enfermeiro responsável e a assistente operacional. Objetivamente que, sendo o transporte de uma PSC entubada e ventilada, houve necessidade de utilizar um ventilador portátil previamente programado e conectado a uma botija de oxigénio com capacidade suficiente, para dar resposta durante o período de tempo expectável para a conclusão do transporte, foi também providenciando um insuflador manual, e certificou-se que a terapêutica sob administração contínua estava devidamente preparada e em quantidade suficiente, de forma a garantir que o nível de cuidados durante o transporte fosse equivalente ao que o doente teria na unidade de origem. Este aspeto é defendido

pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), salientando ainda que deve estar prevista a necessidade de elevar o nível de cuidados.

2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a doente em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de âmbito global que se revestem de grande importância pelas morbimortalidades da PSC e também, pelo impacto socioeconómico que lhes é atribuído, sendo assumido em 2015, como um problema de Saúde Pública segundo a Organização Mundial de Saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], 2017). As IACS têm ainda um grande impacto nos custos financeiros hospitalares, mas acima de tudo traduz-se em implicações na vida dos doentes que as experienciam, como incapacidade laboral e diminuição da qualidade de vida (Gonçalves & Carmo, 2022).

O EEEMC tem como competência maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

Os gestores das unidades de saúde devem garantir que todos os prestadores de cuidados de saúde cumprem as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) e que estes têm os recursos disponíveis (DGS, 2013). A prevenção das IACS é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. Todos devem trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infeção nas PSC e nos profissionais (Ministério da Saúde, 2002, p. 18).

Constatou-se que, tanto no SUMC como no SMI, existiam enfermeiros que assumiam a função de elos de ligação com um Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) que promoviam, divulgavam e sensibilizavam a equipa a adotar e manter práticas seguras. Esta articulação tornou-se fundamental para a atualização e implementação das práticas recomendadas neste âmbito, facilitando simultaneamente o processo de reportar as dificuldades e problemas percebidos pelos enfermeiros na prestação de cuidados, despoletando a criação de estratégias, como forma de as ultrapassar, perspetivando a melhoria dos cuidados no que respeita a prevenção das IACS.

Por sua vez, Flores (2021), no seu estudo de revisão sobre adesão às PBCI, concluiu que a implementação de estratégias e programas educacionais, como sessões de

treino, palestras e reuniões de *feedback* aumentam a sua adesão e têm impacto na redução das IACS. Em ambiente hospitalar estes aspetos estiveram presentes não só na prestação de cuidados, como também foram transpostos para os momentos de visitas nos serviços. Assim, quer em contexto de SUMC, quer no SMI, foi possível instruir e treinar os familiares para a adoção correta das PBCI (Hammoud et al., 2022), atuando a este nível como agente promotor de saúde, envolvendo a família e reforçando a relação terapêutica.

Em contexto de HDi, sendo este um serviço onde a rotatividade de PSC era grande, a prevenção da infeção do acesso vascular é primordial para a longevidade e sobrevivência do doente. Assim, assegurou-se o cumprimento de boas práticas na prevenção e controlo da infeção. Consultou-se o plano anual de higiene da unidade e a sua execução, os circuitos de resíduos hospitalares, e a utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Na abordagem ao doente, houve sempre a preocupação de manter o isolamento da mesma, com recurso ao EPI, recomendado, adaptado a cada tipo de isolamento.

Já em contexto de SUMC, foi possível desenvolver o critério de avaliação, relativo às necessidades do serviço na esfera de ação da prevenção e controlo da infeção (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O SUMC tinha, por vezes, um número de admissões diárias elevado, forçando a que nem sempre se conseguisse manter os distanciamentos preconizados, para além da atual tendência de manter doentes PSC no SUMC a aguardar vaga para internamento, dificultando este processo de prevenção das IACS. Neste contexto considera-se que a existência de uma equipa interna ao SUMC responsável pela gestão de altas, poderia ser uma estratégia eficaz.

Destaca-se ainda a existência de dificuldades no que concerne aos procedimentos de higienização de equipamentos de monitorização, sobretudo na utilização, entre doentes. Este facto estava relacionado com o número reduzido de equipamentos e o elevado número PSC com essa necessidade, sendo que este aspeto constituía inicialmente uma barreira para a adesão dos profissionais às medidas de higienização dos equipamentos entre a sua utilização, mas que quando alertados para esta realidade, passaram a utilizar toalhetas específicas de desinfeção, disponibilizadas, junto aos materiais de monitorização, facilitando o processo.

De forma a permitir uma melhor organização dos cuidados, verificou-se que, em contexto de SMI era utilizada uma sinalética específica nas unidades das PSC de acordo com microrganismo detetado nos rastreios realizados. Pretendia-se, desta forma, que visualmente fosse identificada a necessidade de adoção de EPI específico, segundo o tipo de isolamento, alertando facilmente todos profissionais na prestação de cuidados,

garantindo a segurança de todos. No entanto e, apesar desta sinalética, todos os profissionais de saúde abordavam o doente com EPI, ainda que não existisse, qualquer tipo de isolamento prescrito. A DGS (2017d) refere que a unidade da PSC ou o quarto deve estar devidamente identificada com sinalética facilmente compreensível a profissionais e visitas, sem que fosse mencionado o tipo de microrganismo envolvido (2017d, p. 12).

A prestação de cuidados em contexto de SMI, foi a mais exigente nesta área de cuidados de prevenção de infeção. Neste serviço o respeito pelas medidas preconizadas pelas diferentes orientações emanadas pela DGS, nomeadamente ao nível do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022a); “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022b); “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” (DGS, 2022d) foram interiorizadas e aplicadas de uma forma rigorosa.

Apesar de todos os avanços da medicina, quer seja ao nível farmacológico, quer ao nível dos dispositivos médicos, a Pneumonia Associada à Intubação (PAI) continua a ser a principal causa de mortalidade nas unidades de cuidados intensivos. Para além da mortalidade, a PAI pode ainda prolongar o tempo de internamento, traduzindo-se num aumento dos custos. Além da PAI, a utilização de cateteres intravasculares tornou-se, nos últimos anos, uma técnica fundamental, nomeadamente em contexto de cuidados intensivos, não só devido ao acesso vascular de alto débito, mas também por questões relacionadas com a monitorização hemodinâmica invasiva. No entanto, o recurso constante a estes dispositivos aumenta o risco de infeção local ou sistémica. (Pina et al., 2010). A preocupação das IACS neste contexto de cuidados é um problema muito presente, porque este serviço tem uma maior probabilidade de existirem IACS, devido ao estado de vulnerabilidade e fragilidade dos doentes internados, associados aos procedimentos invasivos que são realizados.

Perante o exposto, reconhece-se que foi desenvolvida uma prática de enfermagem que salvaguardou o cumprimento do critério de avaliação relativo ao cumprimento dos procedimentos instituídos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O reconhecimento da importância de existirem recomendações e *guidelines* e que estas sejam aplicadas à prática clínica, para ajudarem os profissionais de saúde a incorporar as melhores evidências disponíveis na sua tomada de decisão clínica, são cada vez mais pressupostos de qualidade exigidos (Frantsve-Hawley et al., 2022; Melchert et al., 2023).

A prática baseada em evidências e a tomada de decisões têm sido consistentemente associadas à melhoria da qualidade do atendimento, à segurança no cuidado à PSC e melhoria dos resultados (Connor et al., 2023). Neste contexto, foi desenvolvido um PMCQ visando promover práticas de qualidade e segurança em contexto de cuidados de HD baseado em evidência, nomeadamente focado no processo de acompanhamento dos CI, sobre o tema “As Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização Domiciliária”.

Este trabalho decorre do interesse e da necessidade de caracterizar o perfil sociodemográfico dos CI das pessoas internadas em HD; identificar as dificuldades dos CI e implementar estratégias de melhoria. O trabalho desenvolvido diz respeito a um PMCQ realizado em contexto da prática clínica, onde o mestrando desenvolve funções como enfermeiro. Este descreve apenas até à fase de implementação das estratégias de melhoria, sendo objetivo futuro terminar as restantes etapas do ciclo de *Deming*, que pressupõem uma avaliação das intervenções. Para a sua operacionalização planeia-se replicar o questionário, aplicado na fase de diagnóstico (fase 1) e se necessário reestruturar projeto e implementar novas estratégias de melhoria.

O trabalho será apresentado em formato artigo respeitando as regras de submissão exigidas à revista REVSalus, por se tratar de uma revista redigida em língua portuguesa, de acesso aberto.

As Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização Domiciliária

The Difficulties of the Informal Carer of a Person Hospitalised at Home

Pedro Marcelo Lopes Santos^{1*}, Cristina Raquel Batista Costeira²

¹ Departamento do Bloco Operatório, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Unidade Local de Saúde de Baixo Mondego, Figueira da Foz, Portugal.

² Departamento de Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria, Portugal.

*Autor correspondente: pedromlsantos_86@hotmail.com; Rua Hospital, 3094-001 Figueira da Foz

ORCID dos autores:

Pedro Marcelo Lopes Santos 0009-0005-6258-1394

Cristina Raquel Batista Costeira: 0000-0002-4648-355X

Recebido em: 2024; Revisto em: xxxx; Aceite em: xxxx

Resumo

Introdução: Em Portugal observa-se um aumento do número de cuidadores informais (CI), cuja importância tem assumido relevo nos cuidados de enfermagem em hospitalização domiciliária (HD). **Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico dos CI das pessoas internadas em HD; identificar as dificuldades dos CI; e implementar estratégias de melhoria. **Material e métodos:** Projeto de melhoria contínua da qualidade com CI de doentes em HD de um hospital do centro de Portugal. Projeto desenvolvido em duas fases: Na primeira realizou-se um estudo descritivo para diagnóstico situacional e a segunda a criação e implementação de um folheto dirigido às necessidades de apoio socio-financeiro. Aplicado questionário com dados sociodemográfico e o Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados. Analisados dados com recurso ao SPSS®. Cumpridos os pressupostos éticos. **Resultados:** Estudados 10 CI (7 do sexo feminino), com idade média de 62,60±17,64 [32;82] anos. 60% não frequentou a escola ou tinha apenas o 1.º ciclo, de escolaridade. 50% estavam desempregados/reformados e 40% auferia rendimentos menores do que o salário mínimo. A principal dificuldade técnica manifestada foi o manuseamento das bombas/seringas infusoras. Mas foi no contexto socio-financeiro que foram identificadas as maiores dificuldades: por não receberem suporte suficiente dos serviços de apoio (70%) nem ajudas financeiras (10%). Assim, foi desenvolvido um folheto informativo, sobre apoios e recursos da comunidade, como estratégia de melhoria. **Conclusão:** Os CI de pessoas internadas em HD devem ser considerados nos cuidados, exigindo uma abordagem multidisciplinar e centrada nas suas reais necessidades.

Palavras-chave: Cuidador, serviços de assistência domiciliar, enfermagem, cuidado centrado na pessoa.

Abstract:

Introduction: In Portugal, there has been an increase in the number of informal carers (ICs), whose importance has grown in nursing care during home hospitalization (HD). **Objective:** To characterize the sociodemographic profile of the ICs of HD patients; to identify the ICs' difficulties; and to implement improvement strategies.

Material and Methods: Continuous quality improvement project with the IC of HD patients at a hospital in the centre of Portugal. Project developed in two phases: the first involved a descriptive study for situational diagnosis and the second the creation and implementation of a leaflet aimed at socio-financial support needs. A questionnaire with sociodemographic data and the Index for assessing carer difficulties was applied. Data analysed using SPSS®. Ethical requirements met. **Results:** 10 ICs were studied (7 female), with an average age of 62.60±17.64 [32;82] years. 60% had not been to school or had only completed primary school. 50 per cent were unemployed/retired and 40 per cent earned less than the minimum wage. The main technical difficulty was handling the infusion pumps/syringes. But it was in the socio-financial context that the greatest difficulties were identified: not receiving sufficient support from support services (70 per cent) or financial aid (10 per cent). An information leaflet on community support and resources was therefore developed as an improvement strategy. **Conclusion:** The ICs of people hospitalised in HD must be taken into account in their care, requiring a multidisciplinary approach centred on their real needs.

Keywords: Caregiver, home care services, nursing, person-centered care.

Introdução

As alterações sociodemográficas observadas nos últimos anos em Portugal, com o envelhecimento da população e consequente aumento das doenças crónicas, têm contribuído para o crescente número de pessoas dependentes de terceiros (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020; PORDATA, 2021).

Neste sentido, tem-se verificado o surgimento de um novo paradigma de cuidados que defende a importância de permitir às pessoas dependentes (PD) permanecerem no seu ambiente domiciliar, reduzindo taxas de infeções associadas aos cuidados de saúde, aumentando também a qualidade de vida e bem-estar. No entanto, para garantir a permanência da PD no seu ambiente, através da hospitalização domiciliária é imprescindível a existência de cuidadores informais (CI) para garantir a continuidade de cuidados que de outra forma teriam que ser prestados em contextos e unidades de cuidados. Na Europa, 80% de todos os cuidados são assegurados por CI, ou seja, pessoas que asseguram

cuidados, não remunerados, a uma PD com uma doença crónica, deficiência ou outra necessidade de saúde ou mesmo, de cuidados de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal (Eurocarers, 2023). A qualidade na prestação de cuidados inclui a necessidade de integrar o CI enquanto decisor, vinculando uma filosofia de cuidados centrada na PD e no seu CI, concretamente nos cuidados de enfermagem (Marques, 2015; Serra et al., 2021).

Cuidar é inerente à condição humana e à função da família, que se revela uma fonte de apoio emocional, físico e financeiro (Schulz et al., 2020). Contudo, cuidar de uma PD no domicílio cria um conjunto de desafios aos CI, que contribuem para o agravamento da sua qualidade de vida e da perceção de elevados níveis de sobrecarga (Carvalho et al., 2023).

Assim, os desafios impostos aos CI assumem diferentes dimensões, como sejam económica, emocional, social, temporal e técnica. A maioria dos CI não tem formação em cuidados de saúde, pelo que exigem preparação, treino e acompanhamento

(Sousa et al., 2022). Destacam-se a falta de apoio e informação (gestão terapêutica, prestação de cuidados de higiene e estratégias associadas à mobilização); estratégias e mecanismos pessoais, físicos, técnicos e financeiros; e ainda a gestão do tempo, pois os CI sentem-se confrontados com a dificuldade em conciliar o tempo de cuidar com as outras exigências pessoais e profissionais (Matos, 2019; Sousa et al., 2022).

A nível psicológico, os CI referem uma preocupação constante e um sentimento de impotência face às necessidades da PD. E a nível económico é reforçada a ideia de existir falta de apoio familiar e apoio deficitário dos serviços de saúde e sociais (Guimarães et al., 2020). Isto tende a gerar no CI desgaste físico, emocional e psicológico, com implicações no autocuidado e dinâmicas familiares (Mateus & Fernandes, 2019).

Perante estes factos, emerge como objetivos orientadores neste estudo: caracterizar o perfil sociodemográfico dos CI das pessoas internadas em HD; identificar as dificuldades dos CI e implementar um projeto de melhoria contínua.

Material e Métodos

Trata-se de um projeto de melhoria contínua (PMCQ) dirigido a CI de PD em HD, a partir do uso da metodologia investigação ação-participativa. O PMCQ desenvolveu-se de acordo com o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) de Deming (1989), sustentado nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, proposto pela Ordem dos Enfermeiros (2013) e respeitando a check-list para estudos de melhoria contínua da qualidade, *Standards for Quality Improvement Reporting*

Excellence (SQUIRE 2.0). Apesar da adaptação do ciclo de *Deming* propor oito etapas (identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planear e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; e reconhecer e partilhar o sucesso), este PMCQ será desenvolvido apenas, até à fase de implementação das estratégias de melhoria contínua da qualidade, sendo concluído numa fase posterior.

Este foi desenvolvido entre março e dezembro de 2023, numa unidade de HD de um hospital público da região centro de Portugal. A equipa de enfermagem que integrava esta HD era constituída por quatro enfermeiros em regime de *full-time* e cinco em *part-time*. Eram realizadas visitas domiciliárias de segunda a sexta-feira pela equipa multidisciplinar (enfermeiro e médico) a todas as PD seguidas em regime de HD. No fim-de-semana, as visitas mantinham-se, sendo realizadas apenas pela equipa de enfermagem. A unidade de HD disponibiliza um contacto telefónico para apoio dos CI 24h/24h, sendo o médico de medicina interna de serviço, o responsável por dar resposta a esta necessidade.

Este PMCQ foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase decorreu durante os meses de março-maio de 2023, tendo sido realizado o diagnóstico situacional, através de um estudo com características descritivas, com abordagem quantitativa. Os dados foram recolhidos através de um questionário construído pelos investigadores para caracterização sociodemográfica do CI e do contexto dos cuidados, constituído por 18 questões (17 fechadas e 1 aberta). Tendo recolhido os seguintes dados: sexo (feminino/masculino); idade (anos); estado civil

(solteiro(a)/casado(a)/união de facto); habilitações literárias (saber ler e escrever, mas sem frequência do ensino formal/ 1.º ciclo do ensino básico/ 2.º ciclo do ensino básico/ 3.º ciclo do ensino básico/ ensino secundário); situação profissional (empregado(a)/ desempregado(a)/ reformado(a) sem incapacidade para o trabalho); rendimentos mensais (menos que o salário mínimo nacional/ entre 1 a 2 salários mínimos nacionais/ entre 2 a 3 salários mínimos nacionais/ mais de três salários mínimos nacionais); grau de parentesco com a pessoa cuidada (mãe ou pai/ cônjuge ou companheiro(a)/ filho(a)/ irmã(a)); coabita com a PD (sim/ não); existência de cuidador(es) secundário(s) no cuidado à PD (sim/ não); existência de outras PD sob responsabilidade do CI (sim/ não); existência de apoio de terceiros no ato de cuidar (sim/ não); facilidade em obter ajuda de outros (sim/ não); ausência de apoio de outros na situação de CI (sim/ não); tempo de prestação de cuidados à PD em meses; horas diárias médias dedicadas à prestação de cuidados; existência de apoios financeiros por parte do estado português (sim/ não); dificuldades técnicas sentidas (manuseamento das bombas/seringas infusoras/ alimentação por via endovenosa/ alimentação por sonda nasogástrica/ cuidados ao cateter vesical/ cuidados ao cateter periférico/ e outros) e uma pergunta aberta sobre quais as dificuldades sentidas pelo CI na prestação de cuidados. No questionário foi ainda solicitado o preenchimento do Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados (CADI), adaptado e validado para a população portuguesa por Guimarães et al. (2020). Este índice é constituído por trinta afirmações, realizadas por pessoas que prestam cuidados, relativamente às dificuldades que enfrentam (Brito, 2000). O CADI integra 30 itens que representam as potenciais dificuldades, subdivididas em sete

fatores: problemas relacionados com a pessoa cuidada (itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); restrições da vida social (itens 8, 18 e 20); exigência de ordem física da prestação de cuidados (itens 6, 10, 13, 15, 23 e 24); reações à prestação de cuidados (itens 1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30); falta de apoio familiar (itens 16 e 28); falta de apoio profissional (itens 7 e 27); e problemas financeiros (itens 4 e 21). Para cada item da escala, o CI tem quatro hipóteses de resposta: não acontece no meu caso (0); acontece, mas não me perturba (1); acontece e causa-me alguma perturbação (2); acontece e perturba-me muito (3).

A amostra do estudo caracteriza-se por ser não probabilística por conveniência, constituída pelos CI das PD internadas na unidade de HD no período em que os dados foram recolhidos.

Os dados foram analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* versão 26 (SPSS®). Foi efetuada uma análise descritiva dos dados através de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de localização (mínimo (min) e máximo (máx)), medidas de tendência central (média (M) e mediana (Md)) e medidas de dispersão (desvio padrão (s)).

A partir das dificuldades identificadas, procedeu-se à segunda fase, desenvolvida entre os meses de junho de 2023 e dezembro de 2024, que correspondeu à implementação de um PMCQ dos cuidados de enfermagem, como seja a construção e disponibilização de um folheto informativo. Para além disto, foram ainda realizados ensinamentos e treino relacionados com as dificuldades percecionadas pelos CI ao nível da dimensão técnica dos cuidados.

A recolha dos dados e a implementação do PMCQ foi realizada pelos enfermeiros da prestação de cuidados, em ambiente domiciliário, sem a presença da PC.

Foram cumpridos todos os pressupostos éticos inerentes ao estudo, nomeadamente colhidos consentimentos informados de cada participante e obtido um parecer favorável pela Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo (CiC2Fs: 07.OBS.23).

Resultados

Foram estudados 10 CI de 10 pessoas dependentes internadas em regime de HD. Na Tabela 1 são resumidas as características sociodemográficas, profissionais e financeiras destas.

Os CI são maioritariamente do sexo feminino (n=7) e com idades médias de $62,60 \pm 10,74$; [32;82] anos. Oito CI eram casados(as)/união de facto. Dois não tinham frequentado qualquer escolaridade. E quatro destes estavam desempregados. Relativamente ao rendimento mensal e considerando o ordenado mínimo nacional (OMN), quatro CI referiram

receber menos que OMN e a maioria (n=9) afirmou não ter qualquer apoio financeiro do Estado Português.

A maioria referiu ser filho (a) (n=6) da PD e que coabitavam com a mesma (n=8). Cinco CI indicaram que tinham um segundo elemento de apoio ao cuidado, mas oito dos CI principais tinham mais do que uma PD a cargo. Dos 10 CI estudados, apenas quatro responderam à questão do tempo de prestação de cuidados à PD, tendo-se verificado que em média, estes, cuidavam desta à 24,50 meses e despendiam diariamente cerca de 18,75 [3;24] horas para cuidados.

Quando questionados sobre dificuldades técnicas os CI identificaram o manuseamento das bombas/ seringas infusoras (n=7); administração de alimentação por via endovenosa e por sonda nasogástrica (n=2); e cuidados à pessoa com cateter urinário (n=1). Não foram obtidas respostas à questão aberta sobre as dificuldades sentidas enquanto CI.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica, profissional e financeira dos Cuidadores Informais.

Variáveis	Média	s	Md	Min	Máx	N.º de respostas
Idade	62,60	17,64	69,00	32	82	10
Tempo de prestação de cuidados à PD (meses)	24,50	32,02	12,00	2	72	4
Tempo diário de cuidados (horas)	18,75	10,50	24,00	3	24	4
Variáveis						n (%)
Sexo	Feminino					7 (70%)
	Masculino					3 (30%)
Estado civil	Solteiro(a)					2 (20%)
	Casado(a)/União de facto					8 (80%)
Habilitações Literárias	Sabe ler e escrever, mas não frequentou o ensino formal					2 (20%)
	1º Ciclo do Ensino Básico					4 (40%)
	2º Ciclo do Ensino Básico					2 (20%)
	3º Ciclo do Ensino Básico					1 (10%)
	Ensino Secundário					1 (10%)
Situação profissional	Empregado(a)					5 (50%)
	Desempregado(a)					4 (40%)
	Reformado(a)					1 (10%)
Rendimentos mensais	Menos que o OMN					4 (40%)
	Entre 1 a 2 OMN					3 (30%)
	Entre 2 a 3 OMN					2 (20%)
	Mais de 3 OMN					1 (10%)
Grau de parentesco com a PD	Mãe ou Pai					6 (60%)
	Cônjuge ou Companheiro(a)					2 (20%)
	Filho(a)					1 (10%)
	Irmã(o)					1 (10%)
Coabita com a PD	Sim					8 (80%)
	Não					2 (10%)
Tem apoio de um cuidador secundário?	Sim					5 (50%)
	Não					5 (50%)
Tem mais do que uma PD ao seu cuidado?	Sim					8 (80%)
	Não					2 (20%)
Quais as dificuldades técnicas que sente no cuidado à PD?	Manuseamento das bombas/seringas infusoras					7 (70%)
	Administração de alimentação por SNG					2 (20%)
	Nutrição parentérica					1 (10%)
	Cuidados à pessoa com cateter urinário					1 (10%)
Tem apoios financeiros do Estado Português?	Sim					1 (10%)
	Não					9 (90%)

Legenda: M - média; s - desvio padrão; Md - mediana; Min - Mínimo; Máx - Máximo; n - tamanho da amostra; % - percentagem; OMN - Ordenado Mínimo Nacional; SNG - sonda nasogástrica.

Dificuldades do CI

Através da escala CADI foi possível conhecer as dificuldades identificadas pelos CI. Na Tabela 2 são apresentados os resultados para os trinta itens da escala CADI.

As dificuldades mais percebidas pelos CI são identificadas nos itens: 20 “não consigo um tempo de descanso para mim” ($M=3,10\pm,99$); 24 “a pessoa de quem cuido sofre de incontinência” ($M=3,10\pm 1,10$) e 25 “o comportamento da pessoa de quem cuido causa-me problemas” ($M=3,20\pm 1,14$), que apresentaram um valor médio mais elevado. Seguindo-se os itens 1 “não tenho tempo suficiente para mim” ($M=2,70\pm,82$), 14 “a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”

($M=2,90\pm 1,10$), 19 “esta situação está a transtornar-me os nervos” ($M=2,80\pm,91$), 22 “a pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço” ($M=2,70\pm,68$), 27 “não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde” ($M=2,80\pm 1,14$).

Relativamente aos itens que reuniram menos dificuldade na percepção dos CI, são: 3 “não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família” ($M=1,50\pm,71$); 6 “a pessoa de quem cuido dependente de mim para se movimentar” ($M=1,70\pm,68$); 7 “parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam” ($M=1,70\pm 1,08$); e 30 “esta situação faz-me sentir muito culpado” ($M=1,70\pm,48$).

Tabela 2: Resultados para os itens da escala CADI.

Item	n	Min	Máx	M	s
1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio	10	1	4	2,70	,82
2. Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação	10	1	3	2,10	,88
3. Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	10	1	3	1,50	,707
4. Traz-me problemas de dinheiro	10	1	4	2,10	1,19
5. A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	10	1	4	2,60	1,08
6. A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	10	1	3	1,70	,68
7. Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	10	1	4	1,70	1,06
8. Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	10	1	4	2,40	1,08
9. Chega a transtornar as minhas relações familiares	10	1	4	2,60	,97
10. Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	10	1	3	1,90	,99
11. Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	10	1	4	2,60	1,17
12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	10	1	4	2,20	,79
13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	10	1	4	1,90	1,10
14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	10	1	4	2,90	1,10
15. Ando a dormir pior por causa desta situação	10	1	4	2,60	,97
16. As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	10	1	4	2,50	1,43
17. Esta situação faz-me sentir irritado	10	1	4	2,30	1,06
18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	10	1	4	2,20	1,14
19. Esta situação está a transtornar-me os nervos	10	1	4	2,80	,92
20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	10	1	4	3,10	,99
21. A qualidade da minha vida piorou	10	1	4	2,20	,92
22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	10	1	3	2,70	,68

23. A minha saúde ficou abalada	10	1	4	2,50	1,18
24. A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	10	1	4	3,10	1,10
25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa-me problemas	10	1	4	3,20	1,14
26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	10	1	3	2,40	,69
27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	10	1	4	2,80	1,14
28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	10	1	4	2,70	1,25
29. Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	10	1	4	2,30	,95
30. Esta situação faz-me sentir culpado	10	1	2	1,70	,48

Legenda: n – frequência absoluta; Min – Mínimo; Max – Máximo; M - Média; s - desvio padrão.

Relativamente aos fatores que constituem o CADI, estes apresentam diferentes pontos centrais. O fator Problemas relacionados com a pessoa cuidada, varia de 0 a 21; o fator Restrições da vida social varia de 0 a 9; o fator Exigências de ordem física da prestação de cuidados varia entre 0 e 18; o fator Reações à prestação de cuidados; e os fatores Falta de apoio familiar, Falta de apoio profissional e Problemas financeiros variam cada um entre 0 e 6.

Os resultados expressos na tabela 3 evidenciam que os CI expressam dificuldade em todos os fatores, sendo estas mais expressivas nos fatores Problemas relacionados com a pessoa cuidada (M=18,60±4,378), Restrições da vida social (M=7,70±2,263) e Reações à prestação de cuidados (M=18,00±3,771). Apesar de médias superiores ao ponto central, os fatores que expressam menos dificuldade são o Falta de apoio profissional (M=4,50±1,080) e o fator relacionado com Problemas financeiros (M=4,50±1,567).

Tabela 3: Resultados para os fatores da escala CADI

Fator/ Itens	Valores possíveis	n	Min.	Máx.	M	s
Problemas relacionados com a pessoa cuidada (5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26)	0-21	10	8,00	24,00	18,60	4,378
Restrições da vida social (8, 18 e 20)	0-9	10	3,000	10,000	7,70	2,263
Exigências de ordem física da prestação de cuidados (6, 10, 13, 15, 23 e 24)	0-18	10	8,00	19,00	13,70	3,917
Reações à prestação de cuidados (1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30)	0-24	10	11,00	23,00	18,00	3,771
Falta de apoio familiar (16 e 28)	0-6	10	2,00	8,00	5,20	2,616
Falta de apoio profissional (7 e 27)	0-6	10	3,00	6,00	4,50	1,080
Problemas financeiros (4 e 21)	0-6	10	2,00	6,00	4,30	1,567

Legenda: n – frequência absoluta; Min – Mínimo; Max – Máximo; M - Média; s - desvio padrão.

Discussão

A história atribui desde sempre, a função dos cuidados familiares, às mulheres (Renk et al., 2022), este facto pode ser explicativo dos resultados encontrados neste estudo, que evidenciam que 7 em 10 dos CI que participaram eram do sexo feminino. Segundo outros estudos (Dixe et al., 2020; Pérez-Cruz et al., 2017), o perfil de CI é descrito por pessoas maioritariamente casadas ou/e em união de facto, com o grau de parentesco de filhos(as) das PD cuidadas, com baixo nível de qualificações e a viverem com a pessoa dependente, o que vai ao encontro aos resultados encontrados, neste estudo.

O apoio social e financeiro parece assumir relevo importante para os CI que participaram no estudo. Para além de 40% afirmar encontrar-se desempregado e auferir menos que o OMN, 90% afirma que não têm qualquer apoio financeiro e social do Estado Português, apesar desta constatação quando aplicado o CADI percebe-se que os CI identificam como fator percecionado como menos dificultador o relacionado com problemas financeiros ($M=4,50\pm 1,567$). Esta constatação pode ser considerada como uma barreira à qualidade dos cuidados prestados, agravando as dificuldades dos CI e colocando em risco a qualidade dos cuidados, e pode estar relacionada com a falta de conhecimento dos CI sobre direitos e apoios financeiros disponíveis, ou por dificuldade em assumir essa necessidade. Os valores de salários e reformas em Portugal são dos mais baixos a nível europeu, num país cujos custos de vida são cada vez mais elevados (Patrício, 2024).

A falta de apoio financeiro, é um aspeto enumerado, em outro estudo (Coimbra et al., 2022). Neste, os autores encontraram que apenas 25% dos CI recebia apoio financeiro, e este era considerado insuficiente para as necessidades diárias de cuidado à PD. Estratégias como entrevistas ou visitas

domiciliárias planeadas foram identificadas como fundamentais, para que se possa assegurar que os CI estão devidamente informados sobre os diferentes tipos de apoios, que podem auferir de acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, com impacto na preservação da sua saúde e na qualidade dos cuidados que prestam à PD. As visitas domiciliárias devem ser mais do que um lugar de prestação de cuidados, podendo ser uma modalidade de intervenção junto dos CI (Chan, 2022; Stanhope & Lancaster, 2011), pois é muitas vezes no espaço domiciliar que surgem as dúvidas e dificuldades inerentes ao processo de cuidar. A HD é reconhecida como uma estratégia custo-efetividade superior do que os internamentos tradicionais e concorre como solução para os problemas de sobrelotação hospitalar (Chan, 2022; Melo et al., 2023).

O número de horas diárias ($M=18,75$ horas) destinadas à prestação de cuidados da PD evidenciam que os CI dedicam um elevado número de horas diárias despendidas em cuidados, horas estas que antes eram afetas a tempo pessoal dos CI, sugerindo assim alterações das suas rotinas e atividades diárias. A acrescer a este facto, o tempo a que estes CI estão já sujeitos a esta mudança, tendo sido verificado que em média estes já cuidavam da PD há mais de 2 anos ($M=24,50$ meses). Estes dados podem justificar os resultados encontrados para os itens “Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” ($M=3,10\pm 0,99$). e “Não tenho tempo suficiente para mim” ($M=2,70\pm 0,82$).

Como medida de apoio aos CI, neste âmbito, está prevista em portaria (Portaria n.º 335-A/2023, 2023), através da possibilidade de cada CI poder gozar num período até 30 dias, seguidos ou interpolados, por cada ano civil, através de um internamento em unidades de apoio social, para permitir uma recuperação dos CI. O descanso do cuidador tem como objetivo a diminuição da sua

sobrecarga física e emocional, prevenindo o *burnout* e promovendo a saúde física e ou mental (Portaria n.º 335-A/2023, 2023). O que se verifica na prática é o desconhecimento dos CI deste suporte e as condições em que este se pode realizar.

Outras dificuldades que assumiram relevo na perceção dos CI são os problemas relacionais com a PD, concretamente: a PD nem sempre ajuda como poderia; a PD não valoriza o trabalho do CI; e o comportamento da PD tende a desencadear problemas. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Amaral et al. (2020) no seu estudo, em que as dificuldades mais percecionadas pelos CI estão relacionadas com as dimensões “Reações à prestação de cuidados” e “Problemas relacionais com a pessoa dependente”. Kuluski et al. (2018) também identificaram no seu estudo, que os cuidadores não se sentiam valorizados e reconhecidos pela PD. Estes resultados sugerem que a saúde emocional e mental dos CI são dimensões vulneráveis e que por isso devem ser consideradas, aquando do planeamento da HD pela equipa de saúde nas visitas domiciliárias.

Relativamente às exigências de ordem física com a prestação de cuidados, a maioria dos CI não revelou dificuldade, com exceção da questão relacionada com a incontinência da PD. Por outro lado, a dificuldade técnica mais manifestada pelos CI foi o manuseamento das seringas/ bombas infusoras. É importante destacar que os CI apresentam limitações e dificuldades nos cuidados diários que desempenham, sendo importante saberem, onde podem obter informação e apoio informativo (Kuluski et al., 2018). Esta necessidade deve ser valorizada nas intervenções de enfermagem, sendo as visitas decorrentes da HD momentos importantes para diagnosticar e intervir precocemente.

Ainda se salientar que nenhum dos CI respondeu à questão aberta sobre as dificuldades sentidas enquanto CI, este aspeto pode estar relacionado com questões culturais, pois não é bem entendido pela sociedade, as queixas dos CI, o que leva a que muitos continuem a perpetuar o seu sofrimento, com receio de serem recriminados pela sua comunidade, pois os CI são uma população isolada e com poucos apoios, pelo que é importante que se continuem a desenvolver intervenções psicoeducativas junto destes (Palma, 2024). Assim, consideraram-se como estratégias de melhoria contínua, a construção e disponibilização de um folheto informativo, sobre apoios e suportes socio-financeiros e reforçou-se os ensinamentos e o treino relacionados com as dificuldades percecionadas pelos CI ao nível da dimensão técnica dos cuidados.

Como sugestões futuras, no âmbito da formação, sugere-se o desenvolvimento de ações de formação em serviço para que a equipa de saúde, concretamente os enfermeiros, integrem devidamente o CI, como parte fundamental dos cuidados e estejam capazes de intervir na sua capacitação, não somente no domínio técnico e de conhecimento, como também nos domínios mental e emocional. Relativamente à prática clínica, sugere-se a identificação precoce das dificuldades do CI, concretamente no domínio técnico da prestação de cuidados e no domínio financeiro e social, para que se possa intervir atempadamente e minimizar, com isso, efeitos negativos associados ao desgaste gerado que a prestação de cuidados à PD. Sugere-se, ainda, uma avaliação adequada da família, não restringindo apenas à PD e ao CI, para que possam ser identificados recursos e apoios potenciais ao CI, assim como, outros pontos de fragilidade. No domínio da investigação, sugere-se a replicação do estudo numa amostra maior, pois este aspeto é

identificado como a maior limitação nesta investigação, não podendo os seus resultados serem generalizados a outros contextos. Também o facto de não ter sido avaliado o efeito das intervenções de melhoria implementadas, não permitiram comparar os resultados que identificariam as dificuldades dos CI após implementação de estratégia, e assim reavaliar a necessidade de retificar o projeto de melhoria continua da qualidade.

Conclusões

O papel dos CI desenvolve-se em várias e complexas dimensões, o que faz emergir dificuldades e necessidades que não podem ser negligenciadas. As dificuldades encontradas, mais identificadas pelos CI centram-se no apoio financeiro e social, nas reações à prestação de cuidados, na relação com a PD e nas restrições da vida social, o que poderá afetar negativamente a sua saúde física, mental e emocional.

O acompanhamento ativo do CI deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, respeitando as suas histórias, expectativas e necessidades. Ainda de ressaltar a importância em investir e melhorar as políticas de apoio ao CI, que apesar de já ser uma realidade em Portugal, estas ainda são parcas no que diz respeito às respostas efetivas das necessidades das PD em contexto de cuidados domiciliários e aos CI que todos dias se veem confrontados com dificuldades geradoras de stresse e sofrimento, sendo para isso imprescindível uma articulação efetiva dos diferentes contextos de prestação de cuidados e respetivas equipas (cuidados primários e hospitalar).

Conflito de interesses

Sem conflitos de interesse a declarar.

Agradecimentos

Um agradecimento especial a todos os CI que contribuíram na realização deste estudo.

Contribuições autorais

Conceptualização, P.S. e C.C.; metodologia, P.S. e C.C.; software, C.C.; validação, P.S. e C.C.; análise formal, C.C.; investigação, P.S. e C.C.; recursos, P.S. e C.C.; curadoria de dados, C.C.; redação - preparação do draft original, P.S.; redação - revisão e edição, P.S. e C.C.; visualização, C.C.; supervisão, C.C.; coordenação do projeto, P.S. e C.C.. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Referências Bibliográficas

- Amaral, M.O.P., Matos, N.A.M., Veiga, N.J., & Matos, D.S.P. (2020). Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives of Health Sciences*, 27(1), 37-41. Doi: 10.17696/23183691.27.1.2020.1710 Consultado em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32198>
- Brito, M. L. da S. (2000). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos [Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental]. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto. Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46207/1/Capacita%C3%A7%C3%A3o%20do%20Cuidador%20Informal%20-%20Aprende%20a%20Cuidar%20de%20ti%20enquanto%20aprendes%20a%20Cuidar%20do%20outro.pdf>
- Carvalho et al., (2023). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais: o que nos dizem as evidências. Consultado em Visualização de Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais (rcaap.pt)
- Chan S. (2022). Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional. Consultado em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/518>
- Coimbra et al., (2022). Vol. 5 N.º 1. Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição_Artigos de Investigação. Consultado em: <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.191>
- Dixe, et al., (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. Consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/21411/15713>
- Eurocarers. (2023). EuroCarers. About Carers. Consultado em: <https://eurocarers.org/about-carers/>
- Guimarães, A. C. et al., (2020). Cuidar de Quem Cuida: Ferramentas de Avaliação dos Cuidadores: Caring for Carers: Caregiver Assessment Tools. *Gazeta Médica*. Consultado em <https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.281>
- Kuluski K. et al., (2018). “You’ve got to look after yourself, to be able to look after them” a qualitative study of the unmet needs of caregivers of community based primary health care patients. *BMC Geriatrics*. 2018 Nov; 18(1): 275. DOI: 10.1186/s12877-018-0962-5. Consultado em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0962-5>
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. *Diário da República*, 1(171), pp. 3-16. Consultado em: <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- Marques, C. (2015). Capacitar para o cuidado: percepção do cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Consultado em: <http://web.esenfc.pt/?url=bFbBCN7T>
- Mateus, M. do N., & Fernandes, S. C. B. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes: Resilience of informal

- family caregivers of elderly dependents. *EduSer: Revista de Educação*, 11(1), 76–92. Consultado em: <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/118>
- Matos, N. (2019). Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente. [Escola Superior de Saúde de Viseu] Consultado em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5478>
- Melo, M. I. et al., (2023). Hospital-at-home vs. Hospitalization, the cost-effective model: a systematic review of literature. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(22), e31118. <https://doi.org/10.29352/mill0222.31118>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Continuada Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Palma, L. D. C. S. M. (2024). Impacto da psicoeducação na sobrecarga do cuidador informal: uma intervenção grupal (Master's thesis).
- Patrício (2024). Salários dos portugueses estão cada vez mais longe dos campeões europeus. Consultado em <https://eco.sapo.pt/2024/02/06/salarios-dos-portugueses-estao-cada-vez-mais-longo-dos-campeoes-europeus/>
- Pérez-Cruz, M. et al., (2017) Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388. Consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/21411/15713>
- PORDATA. (2021). Conheça o seu Município. PORDATA. Consultado em <https://www.pordata.pt/Município>
- Portaria n.º 335/2023 (2023). Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Diário da República. Lisboa. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21300/0003400034.pdf>
- Renk VE. et al., (2022). Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(3) 416-423. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030228>
- Schulz R. et al., (2020) Family Caregiving for Older Adults. 71:635–59. Consultado em <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Serra et al., (2021). O Cuidado centrado na Pessoa. Monte de Caparica. ISBN: 978-972-98495-7-2. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JEESEM%202020.pdf>
- Sousa et al., (2022). Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar/ Informal caregivers: Main difficulties and fears in the act of caring. *PSIQUE*, XVII(2). *Revista Polis e Psique*, XVII, 9–25. Consultado em: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2>
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2011.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório representa o percurso realizado ao longo do mestrado em EMC à PSC, tendo permitido reunir, de forma descritiva, as atividades desenvolvidas, bem como as dificuldades sentidas, nos três locais de estágio de prestação de cuidados à PSC.

Pelas múltiplas oportunidades de aprendizagem que foram proporcionadas, associando um espírito crítico e de reflexão, acerca da prática de enfermagem especializada, foi promovido, o desenvolvimento e a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Este processo de grande importância numa prestação de cuidados especializados e diferenciados, melhorando, assim, a capacidade de resposta, através de intervenções dirigidas à PSC e/ou família numa perspetiva holística.

A prestação de cuidados desenvolvida requereu a mobilização de diversos conhecimentos e saberes, nomeadamente no desenvolvimento do autoconhecimento e à adoção de estratégias de adaptação aos diferentes contextos clínicos. Além das dificuldades sentidas, foram ainda identificadas várias oportunidades de melhoria na prestação de cuidados à PSC, possibilitando, através de evidência científica, a partilha e divulgação de conhecimentos, com o intuito de promover e facilitar as aprendizagens em contexto de trabalho.

Nos três contextos clínicos, os cuidados de enfermagem foram orientados segundo os enunciados descritivos dos padrões de qualidade em EMCPSC, contribuindo, desta forma, para um melhor entendimento da intervenção especializada e diferenciada nesta área específica. Todo este percurso, de ano e meio, permitiu um crescimento não só profissional, mas também ao nível pessoal e familiar despertando um interesse constante pela busca de um saber inacabado. Contribuiu, ainda, na identificação de um problema, cada vez maior, as dificuldades do CI da pessoa internada em HD, levando a um processo de melhoria do nível de conhecimento sobre esta temática.

De forma a dar ênfase a uma prática baseada na evidência, e no âmbito da aquisição de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi ainda apresentado o resultado de um PMCQ descrito em formato de artigo científico, tendo também este objetivo sido concretizado neste relatório. A implementação e a redação deste artigo foram experiências formativas exigentes, mas que permitiram um desenvolvimento do conhecimento na área científica. Como limitação neste exercício identifica-se a exigente articulação entre o seu desenvolvimento, a realização dos estágios, a gestão da vida profissional e pessoal, tendo contribuído, sobretudo, para o

desenvolvimento de resiliência pessoal e adoção de novas estratégias de gestão de tempo.

Com o culminar deste percurso académico, evidencia-se a importância que a formação especializada em enfermagem assume numa prestação de cuidados de excelência, através do desenvolvimento e aquisição de novas competências profissionais e pessoais, dada a complexidade e eficácia que os cuidados à PSC e/ou família assim o exigem.

REFERÊNCIAS

- Achury Saldaña, D. M. et al., (2022). Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *Journal of clinical nursing*, 31(11- 12), 1697–1708. Consultado em <https://doi.org/10.1111/jocn.16026>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013b). *Recomendações Técnicas para Instalação de Unidades de Cuidados Intensivos*. Consultado em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Ahelert, B., et al., (2018) *Suporte Avançado de Vida em Cardiologia*. Elsevier Editora Lda. 5ª ed. ISBN 978-85-352-8859-9
- Almeida, F., & Costa, M. (2017). Passagem de plantão na equipa de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Arquivo Médico Hospital da Faculdade de Ciências Médicas*, 62(2), 85-91. Consultado em <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMS%20CSP/article/view/49/35>
- Akhu-Zaheya et al., (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e578–e589. Consultado em <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Baker, O. G., Alamri, A. A., & Aboshaiqah, A. E. (2019). A descriptive study to analyse the disaster preparedness among Saudi nurses through self-regulation survey. *Journal of nursing management*, 27(7), 1479–1484. Consultado em <https://doi.org/10.1111/jonm.12833>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Blake, T., & Blake, T. (2019). Improving Therapeutic Communication in Nursing Through Simulation Exercise. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(4), 260-264. Consultado em <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.06.003>
- Burgess, A. et al., (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC medical education*, 20(Suppl 2), 459. Consultado em <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência
- Champagne ER. (2023). Caregiver Resilience and Dance/Movement Therapy: A Theoretical Review and Conceptual Model. *J Appl Gerontol*. 2024 Mar;43(3):319-327. doi: 10.1177/07334648231210679. Epub 2023 Nov 22. PMID: 37991282; PMCID: PMC10809734.
- Chegini, Z. et al., (2022). Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: A cross-sectional study. *Nursing open*, 9(2), 1294–1302. Consultado em <https://doi.org/10.1002/nop2.1172>
- Connor L. et al., (2023) Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023 Feb;20(1):6-15. doi: 10.1111/wvn.12621. Epub 2023 Feb 8. PMID: 36751881.
- Cunha D. et al., (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Rev ROL Enferm* 2020; 43(1): 59-68. Consultado em 2019_Int Congress Research Innovation & Development_conference proceedings.pdf (rcaap.pt)
- Cunha, M. (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um Estudo Exploratório nos Domicílios do Concelho de Gouveia*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
- Darco, C. et al., (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática de enfermagem. *O mundo da saúde*, 382 -389.
- Davidson, J et al., (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35 (2), pp. 605-622.
- Decreto-Lei 161/1996 (1996). *Diário da República: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República nº 205/1996, Série I-A, 2959-2962. Consultado em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
- Decreto-Lei 27/2006 (2006). *Diário da República: Regulamento Lei de Bases da Protecção Civil*. Diário da República nº 126/2006, Série I de 2006-07-03. Consultado em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Despacho nº 5613/2015 (2015) do Ministério da Saúde. *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015- 2020*. Diário da República, II Série, Nº 102. Consultado em <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Despacho n.º 8925/2020 (2020). sob proposta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. *Diário da República*. II série, n.º 182/2020. Consultado em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8925-2020-143067445>
- Despacho nº 9390/2021 (2021). *Diário da República, II Série, Nº 187*. Consultado em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 9639/2018 (2018) do Diário da República (2018). 2.ª série — N.º 198. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

- Despacho n.º 1057/2015 (2015) do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 22/2015, Série II, páginas 3039 – 3039. Consultado em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1057-2015-66396673>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma N.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Consultado em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017d). Programa Prevenção da Transmissão de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenems em Hospitais de Cuidados de Agudos – Recomendação PPCIRA. Consultado em <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenems-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- Domagala, S. E., & Vets, J. (2015). Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe. *Journal of emergency nursing*, 41(4), 313–316. Consultado em <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.022>
- Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Esteves, N. (2012). Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos. ISBN: 978-989-20-3196-5.
- Ferreira, M. (2013). Ser Cuidador da Doente com Doença Avançada em Contexto Comunitário: Perceções e Vivências. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ferreira, N. et al., (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.
- Figueiredo, A. et tal., (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional De Comunicación*, (49), 32–48. Consultado em <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Flores, I. F. (2021). Adesão às precauções básicas do controlo da infeção: uma scoping review. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. Consultado em <http://hdl.handle.net/10400.26/39412>
- Fortin, M. F. (2009). O processo da investigação: da concepção à realização (5ª ed.) Lusociência.
- Frantsve-Hawley J. et al., Strategies for developing evidence-based clinical practice guidelines to foster implementation into dental practice. *J Am Dent Assoc.* 2022 Nov;153(11):1041-1052. Doi: 10.1016/j.adaj.2022.07.012. Epub 2022 Sep 17. PMID: 36127176.
- Fukada M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago acta medica*, 61(1), 1–7. Consultado em <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gonçalves, S. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 11(1), e2746. Consultado em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2746>
- Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of nursing management*, 30(4), 913–925. Consultado em <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
- Guimarães e Silva. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Consultado em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hammoud, S., Amer, F., & Kocsis, B. (2022). Examining the effect of infection prevention and control awareness among nurses on patient and family education: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 24(1), 140–151. Consultado em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12905>
- Henderson, V. (2004). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures: Lusodidacta.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). Principles and Practice of Nursing. Nova York: Macmillan Publishing CO., INC. Consultado em https://umbrella.lib.umb.edu/discovery/fulldisplay?vid=01MA_UMB:01MA_UMB&tab=everything&docid=alma99319503503746&context=L&search_scope=MyInst_and_CI&lang=en
- IASP - International Association for the Study of Pain (2020). Consultado em <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). Segurança na Utilização de Medicamentos. Comissão de Segurança do Doente. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/seguranca-doente-1.pdf>
- Kaakinen, J. et al., (2010). Family health care nursing. Theory, practice and research (4 ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Labrague, L. J. et tal., (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review*, 65(1), 41–53. Consultado em <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Le Boterf, G. (1994). De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Les Ed. d'Organisation. Consultado em <https://books.google.pt/books?id=ZYHEAAAACAAJ>

- Lei n.º 25/2012 (2012) Diário da República. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Lisboa. Consultado em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>
- Mansel, B., & Einion, A. (2019). 'It's the relationship you develop with them': emotional intelligence in nurse leadership. A qualitative study. *British journal of nursing*, 28(21), 1400–1408. Consultado em <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.21.1400>
- Marques, F. et tal., (2021). The Nursing Student in Clinical Learning: Qualitative Study of the Decision Making Typology. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 121–129. Consultado em <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117-137. Consultado em <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Melchert T. P. et al., (2023) Evidence-based practice in psychology: Context, guidelines, and action. *Am Psychol*. doi: 10.1037/amp0001253. Epub ahead of print. PMID: 37982781.
- Meleis, A. I. et tal., (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. Consultado em <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Murphy, J. P. et tal., (2021). Emergency department registered nurses overestimate their disaster competency: A cross-sectional study. *International emergency nursing*, 58, 101019. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101019>
- Niza P. C. P. S. (2018). Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem. Lisboa. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25327/1/Relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio%20Mestrado%20PS%20Paula%20Niza%20n%C2%BA2238.pdf>
- Norma n.º 002/2018 da Direção Geral da Saúde (2018) – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Lisboa. Consultado em <https://static.sancheassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Janeiro/i024340.pdf>
- Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde (2017) – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa. Consultado em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma n.º 022/2015 da Direção Geral da Saúde (2022) – “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Lisboa. Consultado em https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Norma n.º 029/2012 da Direção Geral de Saúde. (2013) – Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Consultado em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59 (2), 7–17. Consultado em <https://doi.org/10.48492/servir0259.23090>
- Olive P. et al., (2022). Clinical academic research internships: What works for nurses and the wider nursing, midwifery and allied health professional workforce. *J Clin Nurs*. 2022 Feb;31(3-4):318-328. doi: 10.1111/jocn.15611. Epub 2021 Jan 16. PMID: 33368730.
- Oliveira, L. M. N. et tal., (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 143- 158. Consultado em <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos- cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição 02/07 de 15 de março - Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série I. Número 9. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados 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 Perioeratória; na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. Leiria. Consultado https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer n.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidade de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Médicos (2023). Transporte Doente Crítico 2023 – Versão CEMI_OM (III) 2023. Consultado em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Vers%C3%A3o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. (6ªed). Mosby.
- Orientação 018/2011 da Direção-Geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Consultado em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Parecer CJ/20-2001 (2001). Passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. p.1-3. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Park, J., & Kim, J. (2014). Assessment and treatment of pain in adult intensive care unit patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), 147–159.
- Parreira, P. et al., (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. Consultado em <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/2088>
- Perkins, G. D. et tal., (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. Consultado em <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta
- Pina E. et al., (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Lisboa. Consultado em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). Serviço Nacional de Saúde. Consultado em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2/>
- Pueyo, et al., (2011). La punción del acceso vascular en hemodiálisis es una necesidad, el método Buttonhole una opción. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(1), 30-36. Consultado em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000100005&lng=es&tlng=
- Reblora, J. M. et al., (2020). Experiences of nurses working in a triage area: An integrative review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(6), 567– 575. Consultado em <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.005>
- Rede Referenciação de Medicina Intensiva (2016). Serviço Nacional de Saúde. Consultado em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 (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. *Diário da República, II Série, Nº 135* (2018). Consultado em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série, n.º 26, 4744-4750*. Consultado em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/02600000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: II Série, nº 184* (2019). Consultado em <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ribeiro O. et tal., (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV n.º19*. Consultado em file:///C:/Users/Pedro%20Santos/Downloads/REF_dez2018_39to48_port.pdf.pdf
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 2013, 26(1), pp. 87-114. Consultado em <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/download/2985/2405/6980>

- Santana-Padilla, Y. G. et tal., (2019). Training needs detected by nurses in an intensive care unit: a phenomenological study. Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico. *Enfermería intensiva*, 30(4), 181–191. Consultado em <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.05.001>
- Santos, et al., (2021). Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades / Main complications during hemodialysis sessions in patients with comorbidities. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 14066–14079. Consultado em <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-162>
- Saraiva, D. (2011). O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Santos, P. (2013). Preparação para uma Catástrofe? - Conhecimento dos Enfermeiros de Urgência sobre os Planos de Emergência. *Revista Sinais Vitais*, 106, 21-26.
- Schoeber, N. H. C. et tal., (2022). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach: A cross-sectional study. *BMC emergency medicine*, 22(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade [Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior De Enfermagem Do Porto]. Repositório Comum. Consultado em <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Soares, J. et tal., (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soster, C. B. et tal., (2022). Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: Revisão sistemática e metanálise. *Revista latino-americana de enfermagem*, 30, e3511. Consultado em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>
- Sousa, C. et al., (2022). Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar/ Informal caregivers: Main difficulties and fears in the act of caring. *PSIQUE*, XVII(2). *Revista Polis e Psique*, XVII, 9–25. Consultado em <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2>
- Spoelder, E. J. et al., (2022). Transport of the patient with trauma: a narrative review. *Anaesthesia*, 77(11), 1281–1287. Consultado em <https://doi.org/10.1111/anae.15812>
- Tam, H. L. et tal., (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC emergency medicine*, 18(1), 58. Consultado em <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Tan et tal., (2023). Determining the core competencies for international postgraduate nursing students in internship programs: A delphi study. *Nurse Educ Pract*. 2023 Jul;70:103654. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103654. Epub 2023 Apr 29. PMID: 37146479.
- Tatangelo, G. et al., (2018). «I just don't focus on my needs.» The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
- Thompson, D. R. et tal., (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine*. 40(5), pp. 1586–1600. Consultado em file:///C:/Users/Pedro%20Santos/Downloads/guidelines_for_intensive_care_unit_design_.26.pdf
- Torani, S. et tal., (2019). The importance of education on disasters and emergencies: A review article. *Journal of education and health promotion*, 8, 85. Consultado em https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_262_18
- Toren, O. et tal., (2022). Improving Patient Safety in General Hospitals Using Structured Handoffs: Outcomes From a National Project. *Frontiers in public health*, 10, 777678. Consultado em <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777678>
- Venturi, V. et tal., (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6, 19-23.
- Verde, B. C. C. (2013). Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência [Dissertação de Mestrado, Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Consultado em <http://hdl.handle.net/10400.26/16189>
- Verhaeghe, S. et al., (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp. 501-509.
- Watzlawick, P. et tal., (1967). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Cultrix

ANEXOS

ANEXO I

PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA



CIC2Fs

**DECLARAÇÃO
AUTORIZAÇÃO DE ESTUDOS CLINICOS**

Título: "Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa Internada em Hospitalização Domiciliária"

Referencia Cic2Fs: 07.OBS.23

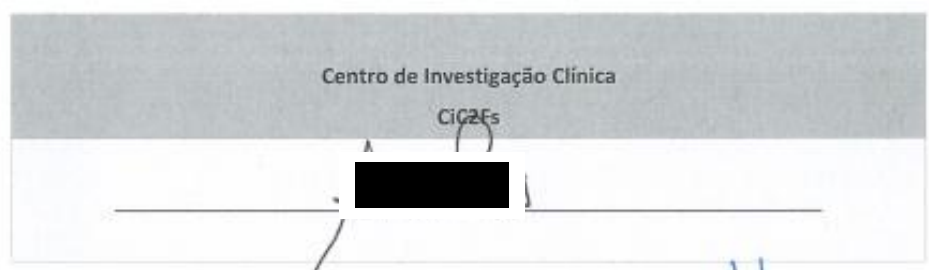
Tipo de Estudo: Estudo clínico observacional

Investigador Principal: Pedro Marcelo Lopes Santos (Enf)

Serviço/Departamento: Hospitalização Domiciliária

O estudo clínico proposto pelo Enf. Pedro Santos, foi submetido ao CIC2Fs em Março de 2023, obteve parecer favorável da CES em Maio de 2023. Considerou-se desnecessário o preenchimento do I.EI-RGPD.04.1, chamando à colação o Considerando 26 do Regulamento 2016/679 do Parlamento.

O CIC2Fs solicita a autorização do CA para a realização do estudo supramencionado por estar ao abrigo da legislação, regulamentação e procedimentos internos aplicáveis.



Aprovado.

Deliberação do Conselho de Administração

Ata Nº *20/05/2023*



lhr



lo d



l



ANEXO II

RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE PARA
AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS PRESTADORES DE CUIDADOS (CADI)

Pedido de autorização para utilização do Índice para Avaliação das Dificuldades dos Prestadores de Cuidados (CADI) ▼

todos [↶](#) Reencaminhar [📄](#) | ...

ter, 28/02/2023 22:16

71 KB

30 KB

2 anexos (101 KB) [🔗](#) Guardar tudo no OneDrive - IPLeia [↓](#) Transferir tudo

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Estimado Pedro,

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por CADI validados para a população Portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não pode ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

████████████████████

████████████████████

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

APÊNDICES

APÊNDICE I

PLANO DE FORMAÇÃO SBV E SIV NA UNIDADE DE DIÁLISE

Plano de formação SBV e SIV

Formação: SVB e SIV	Tema: Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de vida
Data: 17 de dezembro 2023	População alvo: Todos os colaboradores da
Local: Unidade	Formadores: , Pedro santos
Duração: 4 horas (9h-13h)	Nº Formandos: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares, Administrativos, Nutricionista, Farmacêutica, Ass

Objetivos gerais	Objetivos específicos/ operacionais	Conteúdos	Métodos/ Técnicas	Materiais	Avaliação	Tempo
• Apresentação/contextualização - Formador Dr						09h-9h10 (10min)
		Formador Dr. -SIV Introdução	-Método expositivo com	-Videoprojector; -Computador;	-Formulação de perguntas abertas e	09h10- 09h15

<p>• Apresentação conceptual do suporte imediato de vida</p>	-Conhecer o conceito de Cadeia de Sobrevivência;	Formadores Enf^a [REDACTED]	recurso a power-point.	-Apresentações em Power-Point.	observação direta de comportamentos	(5min)
	-Reconhecer situações de PCR;	-SBV				09h15-09h25 (10min)
	-Efetivação da chamada 112;	Formador Enf^o [REDACTED] -ABCDE				09h25-09h40 (15min)
	-Relembrar algoritmo de SBV, PLS e OVA;	Formador Enf^o [REDACTED] -SIV				09h40-10h00 (20min)
	-Relembrar algoritmo de SAV e ritmos de PCR;	Formador Enf^o [REDACTED]				10h00-10h10 (10min)
-Relembrar algoritmos de atuação em						

	situações de emergência.	-Ritmos				
• Intervalo						10h10-10h20 (10min)
• Treinar e instruir sobre SIV	-Conhecer e manipular material necessário na abordagem em situação de emergência; -Adquirir e treinar competências técnicas em situações de emergência na sala de hemodiálise;	-Divisão dos formandos em 5 bancas práticas (com rotação obrigatória pelas 5 bancas): 1. Carro de Emergência/ Desfibrilhação 2. SBV/PLS/OVA 3. Casos Clínicos SAV				10h20-12h50 (2h30)

	<p>-Aplicar os algoritmos na prática clínica;</p> <p>-Trabalho e Gestão da equipa multidisciplinar em situações de emergência.</p>	4. Abordagem Via Aérea		
<p>• Banca Prática 1: Sala B</p> <p>Carro de Emergência/ Desfibrilhação</p> <p>Formador</p> <p>Enf^o XXXXXXXXXX</p>	<p>-Conhecer o carro de Emergência e a forma como está organizado o material;</p> <p>-Conhecer e manipular o Monitor/Desfibrilhador;</p>	<p>-Solução alcoólica;</p> <p>-Carro de Emergência e Monitor/Desfibrilhador;</p> <p>-Manequim de SAV;</p> <p>-Shock link;</p> <p>-Aspirador de Secreções;</p>	<p>-Formulação de perguntas abertas e observação direta de comportamentos /destreza técnica.</p>	<p>10h20-10h50</p> <p>(30min)</p>

	<p>-Conhecer e manipular o Aspirador de secreções;</p> <p>-Apreender condições de segurança para desfibrilhação.</p>	<p>-Bala de O2;</p> <p>-Pás multifunções;</p> <p>-Gel para desfibrilhação.</p>		
<p>• Banca Prática 2: Sala A</p> <p>SBV/PLS/OVA/ Chamada 112</p> <p>Formadores</p> <p>Enfa [REDACTED]</p>	<p>-Relembrar e treinar algoritmo de SBV;</p> <p>-Relembrar e treinar técnicas de desobstrução da via aérea;</p> <p>-Relembrar e treinar a Posição Lateral de Segurança;</p>	<p>-Solução Alcoólica;</p> <p>- Dois cobertores ;</p> <p>-Manequim SBV;</p> <p>-Insuflador manual com máscara;</p>	<p>-Formulação de perguntas abertas e observação direta de comportamentos /destreza técnica.</p>	<p>10h55-11h25</p> <p>(30min)</p>

	-Treinar pedido de ajuda (chamada 112).	-Tubo orofaríngeo.			
<p>• Banca Prática 3: Hall de Entrada</p> <p>Casos Clínicos SAV</p> <p>Formador</p> <p>Enfº [REDACTED]</p>	<p>-Treinar Algoritmo de SAV através da execução de casos clínicos relacionados com a prática de cuidados em sala de hemodiálise;</p> <p>-Refletir e treinar a posição de Team-Leader;</p> <p>-Refletir e treinar a gestão da equipa multidisciplinar em sala.</p>	<p>-Solução Alcoólica; (adrenalina)</p> <p>-Manequim SAV; (amiodarona)</p> <p>-Tiras de ritmos de PCR impressas; (SF)</p> <p>-Soro fisiológico 500cc, com sistema, torneira e prolongador;</p> <p>- Tubo orofaríngeo; simular gel)</p>	<p>-Seringa 2cc</p> <p>-Seringa 20cc</p> <p>-Seringa 10cc (flush)</p> <p>-Gel (ou seringa a</p>	<p>-Formulação de perguntas abertas e observação direta de comportamentos /destreza técnica.</p>	<p>11h30-12h00</p> <p>(30min)</p>

		-Insuflador manual com máscara e tubo de O2; -2 Cobertores;		
<p>• Banca Prática 4: Sala de Reuniões</p> <p>Abordagem Via Aérea</p> <p>Formadores</p> <p>Dr. [REDACTED]</p> <p>Enf Pedro Santos</p>	<p>-Conhecer e manipular material de permeabilização e abordagem da via aérea;</p> <p>-Treinar técnicas de abordagem de via aérea.</p>	<p>-Solução alcoólica;</p> <p>-Manequim via aérea; laringoscopia;</p> <p>-Máscaras Laríngeas;</p> <p>-Tubos orofaríngeos;</p> <p>- Seringa 10cc;</p> <p>-Insuflador manual com máscara e tubo de O2;</p> <p>-MAC, MV, Máscara Simples e óculos nasais;</p>	<p>-Laringoscópio;</p> <p>- Lâminas de</p> <p>- Pinça de Maguil;</p> <p>- Espátula;</p> <p>-Tubos Orotraqueais;</p> <p>-Fio Guia;</p> <p>-Lidocaína gel;</p>	<p>-Formulação de perguntas abertas e observação direta de comportamentos /destreza técnica.</p> <p>12h05-12h35</p> <p>(30 min)</p>

		-Sondas de aspiração flexíveis e rígida; -Fita de nastro;		
<p>• Banca Prática 5: Sala 2</p> <p>Suporte Básico de Vida</p> <p>Formador</p> <p>Enfº [REDACTED]</p>	<p>-Relembrar e treinar algoritmo de SBV;</p> <p>-Relembrar e treinar técnicas de desobstrução da via aérea;</p> <p>-Relembrar e treinar a Posição Lateral de Segurança;</p>	<p>-Solução Alcoólica;</p> <p>- Dois cobertores ;</p> <p>-Manequim SBV;</p> <p>-Insuflador manual com máscara;</p> <p>-Tubo orofaríngeo.</p>	<p>-Formulação de perguntas abertas e observação direta de comportamentos /destreza técnica.</p>	<p>10h00- 12h00 (120 min)</p>

	-Treinar pedido de ajuda (chamada 112).			
<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão/Discussão – Formador Enf [REDACTED]/Dr. [REDACTED] 				12h50-13h (10min)

- Os formadores optam pela realização da formação SIV num Domingo pela possibilidade de utilização das salas de diálise (sem doentes em tratamento dialítico) que permite a otimização da aprendizagem em contexto real, e ainda, dos recursos materiais (nomeadamente carro de emergência, aspirador de secreções, monitor/desfibrilhador) sem risco de estes serem necessários para eventuais situações reais de emergência.
- Os formandos irão receber atempadamente o manual de SAV (INEM 2020), assim como a respetiva atualização (INEM 2021), para que haja uma preparação individual prévia com a otimização máxima da formação.

APÊNDICE II

CONSENTIMENTO INFORMADO

Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Identificação do Investigador: Pedro Marcelo Lopes Santos (Enfermeiro).

Título do estudo: Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa internada em Hospitalização Domiciliária

Enquadramento: O aumento do envelhecimento e múltiplas comorbilidades tem contribuído para um aumento das necessidades de consumos de cuidados. Estes cuidados que são cada vez mais exigentes e prestados por cuidadores informais no contexto domiciliário. Assim, pretende-se contribuir para uma personalização dos cuidados, dirigidos às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais da pessoa internada em HD e melhorar os cuidados prestados pelos cuidadores informais à pessoa internada em HD. Este trabalho está integrado no 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da [REDACTED].

Objetivos do estudo: Identificar dificuldades dos Cuidadores Informais (CI) da pessoa internada em HD do Hospital [REDACTED]; descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos CI da pessoa internada em HD do [REDACTED] correlacionar as dificuldades dos CI e as suas características sociodemográficas; implementar medidas de melhoria contínua; avaliar o efeito das medidas implementadas, através da comparação de resultados antes e depois da sua implementação.

Explicação do estudo: A sua participação consiste no preenchimento de dois questionários que demoram cerca de 10 minutos cada um, sendo o segundo questionário entregue, após um mês da implementação de estratégias de melhoria que serão desenhadas a partir dos resultados obtidos do questionário I. Os questionários serão entregues durante as visitas domiciliárias e depois de preenchidos deverão ser colocados em envelope fechado, sem identificar o envelope com nenhum dos seus dados pessoais. Estes devem ser entregues aos profissionais, durante a visita domiciliária seguinte, devidamente selado.

A sua participação é totalmente voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento do mesmo bastando, para isso, indicar a sua vontade ao investigador através dos contactos no fim desta página, e indicar a sua vontade de desistir, dando para isso o código numérico que lhe foi dado junto com o primeiro questionário. A desistência ou decisão de não participação, não lhe trará qualquer penalização ou prejuízo. Não existirá também qualquer benefício pessoal imediato ao participar neste estudo, sendo que também não lhe acarretará nem trará benefícios do ponto de vista financeiro. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética do [REDACTED]

Na qualidade de investigador, comprometo-me a respeitar o direito à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade, assim como a garantia de ausência de qualquer risco, dano ou consequência para o participante.

Os dados recolhidos apenas se destinam a fins académicos, investigação e publicação e as respostas obtidas serão alvo de tratamento estatístico, em que não é possível identificá-la(o).

Caso tenha alguma questão por favor contacte o investigador através de:

Contacto telefónico [REDACTED] ou e-mail: [REDACTED]

Este documento explicativo será para si, apenas deverá entregar, se assim entender participar, o documento relativo ao consentimento do participante.

Muito grato pela sua participação e colaboração.

Nome do investigador: Pedro Marcelo Lopes Santos

Assinatura: _____
_____/_____/_____

Data:

Consentimento do participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Dificuldades do Cuidador Informal da Pessoa internada em Hospitalização Domiciliária” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

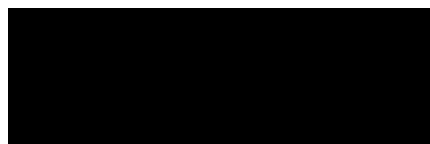
Nome:

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE III

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



QUESTIONÁRIO PARA CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA INTERNADA EM HOSPITALIZAÇÃO
DOMICILIÁRIA DO HOSPITAL 

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS

CARACTERIZAÇÃO DO/A CUIDADOR/A INFORMAL E DO CONTEXTO DE CUIDADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Freguesia da Residência (assinale com uma X):

- Alhadas
- Alqueidão
- Bom Sucesso
- Buarcos e São Julião
- Ferreira-a-Nova
- Lavos
- Maiorca
- Marinha das Ondas
- Moinhos da Gândara
- Paião
- Quaias
- São Pedro
- Tavadede
- Vila Verde

2. Idade: _____ anos

- 3. Sexo:** Feminino
 Masculino
 Prefiro não responder

Por favor identifique o código que lhe foi entregue juntamente ao Questionário: _____

4. **Situação familiar:** Solteiro(a)
 Casado(a) ou em união facto
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
5. **Se respondeu a cima que é viúvo(a) ou divorciado(a), tem filhos menores a cargo?**
 Sim
 Não
6. **Habilitações literárias:** Sabe ler e escrever mas não frequentou o ensino formal
 1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º ano) / Antiga 4ª Classe
 2º Ciclo de Ensino Básico (5º ao 6º ano) / Antiga 6ª classe
 3º Ciclo de Ensino Básico (7º ao 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
 Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
 Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
 Curso Profissional
7. **Situação Profissional:** Empregado(a)
 Desempregado(a)
 Reformado(a) sem incapacidade para o trabalho
 Reformado(a) com impossibilidade permanente para o trabalho
 Estudante ou está em estágio / aprendizagem não remunerado
8. **Rendimentos Mensais:** Menos que o Salário Mínimo Nacional (705€)
 Entre 1 a 2 Salários Mínimos Nacionais (705€ a 1410€)
 Entre 2 a 3 Salários Mínimos Nacionais (1410€ a 2115€)
 Mais de 3 Salários Mínimos Nacionais (Superior a 2115€)
 Prefiro não responder
9. **Qual o grau de parentesco com a pessoa dependente?**
 Mãe ou Pai
 Cônjuge ou companheiro(a)
 Filho(a)
 Irmão(a)
 Genro ou Nora
 Amigo(a)
 Vizinho(a)
 Outra. Qual? _____

Por favor identifique o código que lhe foi entregue juntamente ao Questionário: _____

10. Vive com a pessoa Dependente? Sim
 Não

11. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa dependente? _____ meses

12. Em média quantas horas dedica por dia á prestação de cuidados? _____ horas

13. Existe algum(a) cuidador(a) secundário(a) dedicado(a) a esta pessoa dependente?

Sim. Quem? _____
 Não

14. Existem apoios financeiros para si (como por exemplo apoios financeiros por parte da Segurança Social)?

Sim
 Não

15. Tem mais alguma pessoa dependente à sua responsabilidade? Sim
 Não

16. Alguma vez se sentiu sozinho ou sem apoio de alguém nesta situação? Sim
 Não

17. Tem facilidade em obter ajuda de familiares, vizinhos ou amigos? Sim
 Não

18. Enquanto cuidador/a informal que dificuldades ao nível técnico tem sentido?

Dificuldades Técnicas: Bombas/Seringas infusoras
 Alimentação por via endovenosa
 Alimentação por Sonda Nasogástrica (Sonda de alimentação)
 Cuidados ao Cateter Vesical (Sonda de urina)
 Cuidados ao Cateter Periférico
 Outros. Especifique: _____

19. Na sua opinião, quais as suas maiores dificuldades que sente na prestação de cuidados?

Por favor identifique o código que lhe foi entregue juntamente ao Questionário: _____

APÊNDICE IV

PANFLETO DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

Para pedir o Estatuto do Cuidador Informal é necessário:

- Documento de identificação válido;
- Comprovativo de residência legal em Portugal;
- Atestado médico da pessoa cuidada que ateste pleno uso das faculdades intelectuais ou ter Regime do Maior Acompanhado;
- Consentimento da pessoa cuidada;
- Ter Regulação do exercício das Responsabilidades Parentais quando aplicável;
- Pertencer ao agregado familiar.

Deveres do Cuidador Informal:

- Prestar os cuidados necessários;
- Garantir a alimentação, higiene pessoal e da habitação;
- Promover segurança, conforto, tranquilidade e lazer;
- Comunicar com os profissionais de saúde;
- Assegurar tratamento de saúde;
- Informar a Segurança Social em caso de mudança de condições de acesso ao estatuto do Cuidador

O estatuto do Cuidador Informal foi Aprovado pelo Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>

O que fazer?

Entrar em contacto com a Assistente Social responsável do HDFF através do contacto (ainda a definir)

ou então através do endereço

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

Rua do Hospital – Gala – 3094-001 Figueira da Foz

Tel: 233 402 000/ Fax: 233 431 268

Mail : hdff@hdfigueira.min-saude.pt

Website: <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/>

Ou

Entregar Requerimento para reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal nos Serviços da Segurança Social Local

Ou

Preencher formulário Digital no Portal da

Segurança Social Direta

www.seg-social.pt

Modelo CI 1 –DGSS

Modelo CI 1/1 -DGSS

Modelo CI 2 -DGSS

Modelo CI 2/1 –DGSS

Modelo CI 12 –DGSS

Sede da Segurança Social

300502502 – dias úteis entre as 9h e as 18h



„Ajudar a Cuidar..“



Apoio ao Cuidador
Informal



O cuidador Informal é , normalmente, o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos)



Existem dois tipos de Cuidadores:

⇒ Cuidador Informal Principal

É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

⇒ Cuidador Informal não Principal

É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Para ser Cuidador Informal tem que:

- Ter residência legal em Portugal;
- Ter mais de 18 anos;
- Ter condições físicas e psicológicas;
- Ser marido/mulher, companheiro/a ou familiar até ao 4º grau;
- Não ser titular de pensão de invalidez.

Para ser Cuidador Informal Principal tem que:

- Viver na mesma habitação que a pessoa cuidada;
- Ter a mesma morada em documento oficial (Cartão cidadão);
- Cuidar de forma permanente;
- Não ter emprego com salário;
- Não receber prestações de desemprego;
- Não receber ordenado pelos cuidados prestados.



Vantagens de ser Cuidador Informal

- Beneficiar de medidas de apoio;
- Beneficiar de “ Descanso do cuidador”;
- Ser ajudado por uma rede de profissionais de referência;
- Aceder a grupos de autoajuda;
- Obter formação e informação especializadas;
- Obter apoio na integração no mercado de trabalho quando termina o prestação de cuidados.

Vantagens de ser Cuidador Informal Principal:

- Subsídio se elegível, dependente dos rendimentos do agregado familiar;
- Acesso a Seguro Social Voluntário.

Vantagens de ser Cuidador Informal não Principal:

- Conciliar a prestação de cuidados com emprego;
- Acesso a teletrabalho por quatro anos;
- Beneficiar do regime de Trabalhador- Estudante;
- Legislação Laboral de Apoio.

SER CUIDADOR INFORMAL

“É CUIDAR DE UM FAMILIAR
DEPENDENTE”